

PARTIE V

**PLANIFICATION FAMILIALE
ET CONTRACEPTION**

17. L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ?

Akam Evina et Kishimba Ngoy¹

Le recours aux méthodes de planification familiale a toujours été observé en Afrique. La continence et l'abstinence sont les plus vieilles méthodes que les sociétés africaines utilisaient pour espacer les naissances en vue de sauvegarder la santé des mères et des enfants. Aujourd'hui, suite à l'influence de la modernisation et à l'application des programmes de planification familiale, de nouvelles méthodes prennent le pas sur les méthodes traditionnelles. Elles bouleversent ainsi les habitudes traditionnelles des femmes. L'objectif assigné aux programmes par les gouvernements et les organismes de financement consiste à fournir à la population de nouvelles méthodes contraceptives permettant de limiter les naissances. Dans quelle mesure les femmes habituées aux méthodes traditionnelles recourent-elles aux méthodes modernes ? Quel est l'objectif poursuivi par les femmes en pratiquant la contraception moderne ? Est-ce l'espacement ou la limitation des naissances ? L'analyse réalisée sur neuf pays d'Afrique francophone à partir des données des enquêtes démographiques et de santé montre que les femmes d'Afrique du Nord contrairement à celles d'Afrique sub-saharienne utilisent davantage la contraception moderne en vue d'espacer et de limiter les naissances. Au Maroc tout comme en Tunisie, le comportement d'arrêt des naissances intervient dès l'entrée en vie féconde. A partir de trois enfants, on retrouve près de 50% des femmes en union qui désirent arrêter la procréation au Maroc. En Afrique sub-saharienne, bien que la prévalence contraceptive se soit beaucoup améliorée ces dernières années, on constate que les femmes pratiquent la contraception moderne en vue d'espacer les naissances. Le comportement d'arrêt de fécondité intervient surtout après avoir donné naissance à plus de cinq enfants. Mais suite à l'influence de la modernisation notamment la scolarisation des filles et des garçons, l'urbanisation, l'accès à l'emploi du secteur moderne, on devrait s'attendre à une évolution rapide de la situation : le passage de la planification d'espacement des naissances à la planification d'arrêt de la fécondité.

1. Institut de Formation et de Recherches Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II.

La régulation des naissances à travers un espacement long entre les naissances a toujours été pratiquée en Afrique. Elle visait surtout la sauvegarde de la santé de la famille, en particulier celle de la mère et de l'enfant. La continence et l'abstinence sont ainsi les plus vieilles méthodes que l'on rencontre dans tous les pays et les continents. En Afrique, elles ont constitué de tout temps la meilleure façon d'espacer les naissances ; elles étaient traditionnellement pratiquées par les couples en vue de garder un grand nombre d'enfants en vie [2, 3 et 6]. Dans les sociétés modernes les contraintes et les conditions d'application de ces méthodes sont devenues de plus en plus inadaptées et difficiles à observer, surtout en milieu urbain. Cela a pour conséquences la réduction des intervalles entre naissances, les grossesses rapprochées, l'augmentation de la fécondité, et la fragilisation de la santé des mères et des enfants. Le recours aux méthodes de contraception plus efficaces et moins contraignantes s'avère donc indispensable, d'une part pour amener la fécondité à des niveaux compatibles aux ambitions de développement des pays et, d'autre part, pour améliorer substantiellement la santé des mères et des enfants.

Depuis plus d'une trentaine d'années les pays anglophones d'Afrique, à l'exemple du Ghana, du Kenya, du Botswana, etc., ont mis sur pied des programmes ambitieux de planification familiale. Au cours des dix dernières années les pays francophones se sont lancés sur la même voie. L'expérience des pays anglophones a montré qu'un temps relativement long s'est écoulé entre le début des programmes et les premiers signes d'une baisse de la fécondité. On penserait donc qu'au premier stade de ces programmes, la pratique contraceptive moderne constitue un substitut des pratiques traditionnelles et vise surtout l'espacement des naissances. Au second stade, elle modifie le comportement procréateur des femmes et les amène volontairement à limiter les naissances.

Il est donc intéressant de se poser la question de savoir à quel stade se situent les pays francophones d'Afrique qui ont mis en place des programmes de planification familiale. Quel est l'objectif poursuivi par les femmes en recourant aux méthodes contraceptives traditionnelles ou modernes ? Est-ce l'espacement ou la limitation des naissances ? Ce chapitre essaye de répondre à ces interrogations. Il tente aussi de relever les variables pertinentes pouvant expliquer le passage de la stratégie d'espacement à la stratégie de limitation des naissances.

Méthodologie et sources des données

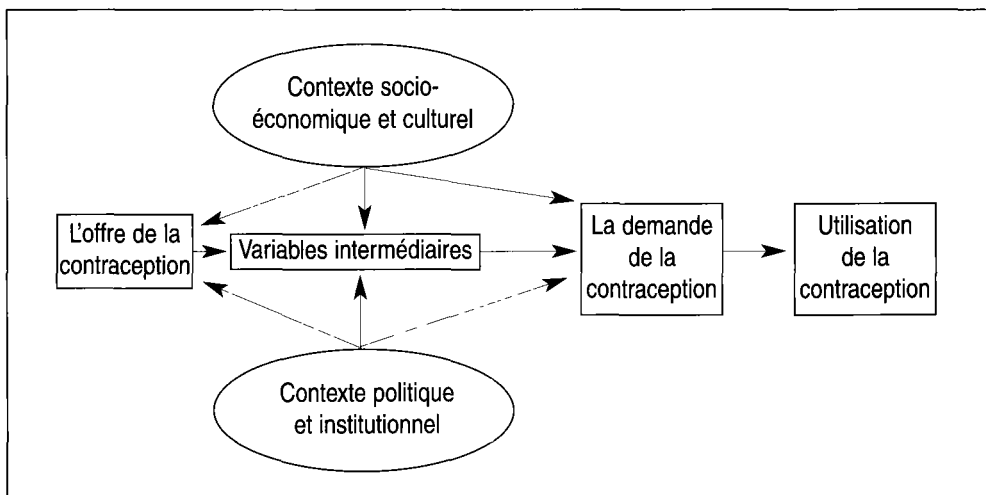
Les études consacrées au passage de la stratégie d'espacement à la stratégie de limitation des naissances sont très rares. De l'espacement à la limitation des naissances ? Cette question de recherche s'inscrit dans une approche longitudinale. Il importe par conséquent de bien préciser la démarche conceptuelle, la source des données utilisées ainsi que les limites de l'étude.

Cadre conceptuel

L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique ainsi que les objectifs assignés à cette pratique dépendent d'abord du contexte politique et institutionnel de chaque pays (Fig. 1). L'influence de ce contexte à travers l'offre de la contraception consiste, pour le pouvoir politique en place, à adopter une législation en faveur des

actions du programme de planification familiale (PF). Beaucoup de progrès ont été réalisés sur ce plan en Afrique, c'est le cas notamment de l'abrogation de la loi française de 1920 qui interdisait la vente des produits contraceptifs au Cameroun, au Sénégal, en Côte d'Ivoire etc. Mais quant aux objectifs assignés à l'utilisation de la contraception, on observe encore des différences selon les pays. Dans certains pays la mise en œuvre des programmes de PF a pour objectif la réduction du niveau de fécondité en fournissant à la population les méthodes contraceptives d'arrêt des naissances. C'est le cas de la Tunisie, du Maroc, du Rwanda, du Zimbabwe, etc. Mais dans d'autres pays d'Afrique francophone, c'est essentiellement la sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement long entre les naissances [5]. Les objectifs des programmes de PF rejoignent les préoccupations traditionnelles de la population.

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'analyse des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives



Le contexte politique et institutionnel peut aussi agir sur la demande de la contraception en facilitant l'accès aux services de planification familiale à toutes les couches de la population : homme ou femme sans restriction d'âge, couple, personne mariée accompagnée ou non de son conjoint. De par sa position dominante dans le couple et dans la société, l'homme est de plus en plus pris en compte dans les programmes de PF. A travers le dialogue, les discussions qu'il peut entretenir avec son épouse, le projet de fécondité et de planification familiale peut être élaboré par les deux conjoints en tenant compte de leurs contraintes socio-économiques.

Au niveau contextuel agissent aussi les facteurs socio-économique et culturel. Un contexte économique favorable permet à l'Etat d'apporter aux programmes de PF les soutiens financier et matériel nécessaires. Il permet en outre la mise en œuvre des programmes sociaux tels que l'éducation des filles qui favorisent également la demande de la contraception. D'un autre côté, il permet aux couples de disposer de ressources suffisantes pour l'achat des contraceptifs.

Les variables dites intermédiaires médient à la fois l'influence des contextes socio-politique, économique et institutionnel sur la demande de contraception.

Parmi ces variables, on a l'attitude de la femme face à la PF, l'attitude de la femme face aux messages sur la PF diffusés à la radio ou à la télévision, l'attitude du mari face à la PF, la préférence de la femme par rapport à celle de son mari en matière de fécondité, la discussion entre conjoints sur la PF, la demande d'enfants exprimée par la femme, et la fécondité réalisée par la femme. C'est à travers ces variables intermédiaires que les actions du programme de PF représentées par l'offre de la contraception sur la figure 1 agissent pour susciter la demande de la contraception chez les femmes.

Définitions des concepts

Ce chapitre fera largement usage des concepts de pratique des méthodes de planification familiale pour espacer ou limiter les naissances.

L'utilisation pour l'espacement des naissances

Au cours de leur vie génésique, les femmes peuvent éprouver la nécessité de retarder la conception pour plusieurs raisons, de santé ou économique. Dans ce dernier cas, le but visé à long terme est la limitation des naissances suite à la crise économique. Pour y parvenir, la femme peut faire usage des méthodes contraceptives traditionnelles, à savoir la continence périodique, l'abstinence, le retrait, les gris-gris, les plantes, etc., ou des méthodes modernes telles que la pilule, le DIU, les injections, les méthodes vaginales, le condom, les stérilisations masculine et féminine. Ainsi l'utilisation pour espacer les naissances concerne les femmes qui utilisent, au moment de l'enquête, les méthodes de planification familiale (traditionnelles ou modernes) pour retarder la conception².

L'utilisation pour la limitation des naissances

La limitation des naissances peut survenir à n'importe quel moment de la vie génésique de la femme. Après quelques accouchements survenus dans des conditions difficiles, la femme peut se retrouver obligée par ordonnance médicale, de mettre fin à sa vie féconde. Ce comportement d'arrêt peut aussi être observé chez une femme ou un couple qui estime avoir réalisé la descendance voulue. L'utilisation exclusive des méthodes contraceptives efficaces est un recours indispensable : méthodes d'arrêt définitif (stérilisation féminine ou masculine) ou méthodes réversibles (ligature des trompes, pilule, DIU, etc.). Ainsi l'utilisation pour limiter les naissances est un comportement d'arrêt en matière de fécondité qui concerne les femmes ou les couples qui pratiquent la contraception dans le but de ne plus avoir d'enfants.

C'est ainsi qu'à l'enquête EDS du Cameroun 1991, la prévalence contraceptive totale chez les femmes en union était de 16,1%. Ce taux de prévalence se décompose en 11,0% et 5,0% respectivement pour l'espacement et la limitation des naissances. Ces résultats révèlent que 5,0% des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives ne

2. Dans les rapports principaux des enquêtes EDS, on définit l'utilisation pour l'espacement des naissances comme étant une pratique visant à éviter la conception dans un délai minimum de deux ans. Mais tous les résultats EDS sur cette variable prennent en compte aussi bien les femmes utilisatrices désirant attendre moins de deux ans avant la prochaine conception que celles qui ne se prononcent pas sur le délai de la prochaine conception. Ce choix laisse supposer, et nous l'avons vérifié nous-même, que la restriction de la durée de deux ans rend les résultats difficiles à interpréter.

désirent plus avoir d'enfants. Tandis que 11,0% des femmes pratiquant la contraception désirent avoir un enfant dans un délai quelconque.

L'exposition au risque de grossesse

L'utilisation des méthodes contraceptives dans le contexte de la planification familiale suppose que la femme a la possibilité de concevoir lors des rapports sexuels. L'exposition au risque de grossesse suppose donc que la femme est apte à concevoir et est exposée aux relations sexuelles. Ce sont en général les femmes mariées, vivant en union ou ayant un partenaire régulier. Certaines catégories de femmes exposées aux relations sexuelles peuvent se retrouver momentanément non soumises au risque de grossesse (femmes en aménorrhée post-partum, enceintes ou infécondes) ou définitivement (femmes ménopausées, femmes stériles). Les analyses qui sont faites par la suite ne concernent que les femmes exposées au risque de conception.

Disponibilité des données

Pour tester la méthodologie développée précédemment nous utilisons les données des EDS récentes réalisées au Maroc (1992), Tunisie (1987), Burkina Faso (1993), Côte d'Ivoire (1994), Sénégal (1992/1993), Togo (1988), Cameroun (1991), Centrafrique (1994/1995), Rwanda (1992). De façon générale la méthodologie de collecte utilisée dans les EDS assure la comparabilité des résultats entre les différents pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour ce qui est de l'utilisation des méthodes contraceptives, on dispose des informations pour tous les pays concernés par cette étude : l'utilisation à un moment quelconque et l'utilisation au moment de l'enquête (méthodes traditionnelles et modernes). Quel que soit le pays étudié, la contraception moderne fait référence à la pilule, au condom, aux stérilisations masculine et féminine, au DIU, aux injections et aux méthodes vaginales.

Les variables intermédiaires sont pour la plupart disponibles dans tous les pays à l'exception du Togo, du Maroc et de la Tunisie. Les enquêtes du Maroc et de la Tunisie ne contiennent pas les informations sur les attitudes du mari et de la femme vis-à-vis de l'utilisation de la contraception, ni sur la discussion entre conjoints sur la planification familiale. Pour la Tunisie et le Togo on ne dispose pas de la préférence du mari par rapport à celle de la femme en matière de pratique des méthodes contraceptives.

Pour ce qui est des variables indépendantes, elles ont pour la plupart été recueillies dans toutes les enquêtes survenues après 1990. Pour les enquêtes relativement anciennes comme celles du Togo et de la Tunisie, certaines informations ne sont pas disponibles. Pour le Togo, c'est le cas du suivi des messages sur la PF à la radio ou à la télévision, de l'occupation de la femme et de celle de son mari. Pour l'enquête de la Tunisie, seule l'activité de la femme n'est pas disponible.

Pour des raisons de comparaison, deux modèles d'analyse sont élaborés en fonction de la disponibilité des variables indépendantes selon les pays. Le premier modèle qui prend en compte toutes les variables du cadre théorique n'est élaboré que pour le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Cameroun, la Centrafrique et le Rwanda. Le second modèle conçu pour tous les pays n'analyse que l'influence de quelques variables.

La prévalence contraceptive

Les différences de pratique contraceptive se dégagent selon les pays et les types de méthodes utilisées (Tab. 1). Les pays du Maghreb utilisent le plus les méthodes modernes tandis que les pays d'Afrique sub-saharienne ont recours en général aux méthodes traditionnelles. Le Maroc et la Tunisie sont parmi les premiers pays à avoir adopté des politiques de régulation des naissances très actives [4]. La Tunisie enregistre la meilleure performance avec un taux de prévalence élevé : 60,0% en 1994 [1]. Au Burkina Faso, au Togo et au Cameroun, les méthodes traditionnelles sont les plus utilisées. Le Sénégal et le Rwanda présentent des niveaux encore très faibles, mais la tendance semble être en faveur de l'utilisation des méthodes modernes.

Au Maroc et en Tunisie surtout, la sexualité et l'usage des contraceptifs se pratiquent presque exclusivement dans le mariage et les conditions de la femme y sont meilleures. Les interviews des femmes non mariées auraient permis de mieux apprécier cette situation.

Tableau 1 : Utilisation actuelle des méthodes contraceptives traditionnelles et modernes selon l'état matrimonial

Pays	Année	Célibataires		Mariées		Autres		Ensemble	
		T	M	T	M	T	M	T	M
Maroc	1992	0,0	0,0	6,8	40,5	0,0	0,0	3,5	21,1
Tunisie	1987	—	—	10,4	44,5	0,0	0,0	9,9	42,7
Burkina Faso	1993	4,0	2,5	23,7	4,8	9,8	7,3	20,4	4,5
Cameroun	1991	31,5	3,0	13,6	4,9	14,7	7,0	17,3	4,7
Centrafrique	1994/95	9,0	3,9	13,4	3,8	8,7	4,7	11,9	3,9
Côte d'Ivoire	1994	20,5	9,3	8,1	5,0	13,1	6,7	12,0	6,3
Rwanda	1992	0,8	0,9	9,6	15,0	2,4	8,0	5,8	9,3
Sénégal	1992/93	1,7	2,7	3,1	5,5	4,8	11,4	2,8	5,0
Togo	1988	27,0	3,9	35,9	3,6	25,9	6,6	33,2	3,8

Notes : T : méthodes traditionnelles ; M : méthodes modernes.

En Afrique noire le comportement reproductif est différent. La sexualité ainsi que le recours aux méthodes de régulation des naissances sont des phénomènes qu'on observe en dehors du mariage. Les femmes célibataires tout comme celles qui ont déjà vécu en union utilisent pour la plupart des méthodes contraceptives traditionnelles. Mais ce comportement différentiel selon l'état matrimonial varie selon le pays. Au Burkina Faso, au Sénégal et au Rwanda, la prévalence contraceptive chez les célibataires est plus faible, quelle que soit la méthode considérée (traditionnelle ou moderne) comparativement à ce qu'on observe dans les autres pays du continent. Ainsi par exemple, les femmes rwandaises mariées ont plus recours aux méthodes modernes de contraception (15,0%) que les femmes burkinabé qui utilisent encore davantage les méthodes traditionnelles (23,7%). Le niveau de prévalence contraceptive dépend aussi des efforts déployés par les programmes de planification familiale en matière de sensibilisation, de service, de disponibilité des produits et des progrès socio-économiques réalisés par les pays. Certains de ces aspects seront abordés par la suite.

Toutefois, le taux de prévalence contraceptive n'est pas le seul élément déterminant pour la baisse de la fécondité. Celle-ci dépend aussi et surtout du but poursuivi dans l'utilisation des différentes méthodes, à savoir l'espacement ou la limitation des naissances. Le passage de la pratique des méthodes traditionnelles à celle des méthodes modernes peut ainsi être une indication de la volonté réelle des couples et des individus d'un contrôle plus strict de leur fécondité. Il constitue donc un des éléments essentiels à prendre en compte dans la relation « pratique contraceptive-fécondité ».

La pratique contraceptive en Afrique, quels que soient la méthode utilisée et l'objectif visé, révèle que l'Afrique sub-saharienne, surtout francophone, reste encore attachée à une pratique d'espacement des naissances contrairement à l'Afrique du Nord plus orientée vers la limitation. En considérant l'ensemble des méthodes (traditionnelles et modernes), il y a lieu de noter que la Tunisie et le Maroc se distinguent des autres pays par une utilisation intense des méthodes contraceptives en vue de limiter les naissances. Le comportement d'arrêt de la fécondité est rarement observé en Afrique sub-saharienne francophone, à l'exception peut-être du Rwanda et du Togo, où s'amorce timidement l'utilisation d'une contraception d'arrêt. Ce résultat rejoint dans une certaine mesure celui de F. et E. Van de Walle : « En Afrique, autant les stratégies d'espacement sont évidentes, autant les stratégies d'arrêt sont rares » [6]. La différence d'objectifs visés entraîne aussi celle du choix des méthodes. En effet, les méthodes traditionnelles sont essentiellement utilisées pour espacer les naissances. Dans les pays où elles sont les plus utilisées, les méthodes contraceptives traditionnelles sont fortement corrélées à la fois à une forte fécondité et à une faible propension à l'arrêt de la procréation. L'Afrique sub-saharienne en général et les pays francophones en particulier, sont les régions les plus concernées (Tab. 2). Plus la fécondité est élevée et plus le recours à la contraception est traditionnel. A titre d'exemple, le Togo et le Burkina Faso, pays à fécondité élevée, sont les pays où cette tradition paraît être la plus conservée. Au moment de l'enquête, 26,3% des femmes mariées au Togo se servaient des méthodes traditionnelles pour espacer les naissances et elles étaient 18,7% au Burkina Faso. Le recours à ces méthodes pour limiter les naissances s'observe généralement dans des proportions très faibles dans tous les pays, à l'exception du Togo (9,6%) et dans une moindre mesure au Burkina Faso (5,0%) et au Rwanda (4,6%). En Afrique du Nord la pratique des méthodes traditionnelles est rare. Les quelques rares femmes mariées qui recourent à ce type des méthodes au Maghreb les utilisent davantage pour limiter les naissances.

L'Afrique du Nord dans son ensemble (à l'exception peut-être de la Libye) se distingue des autres régions du continent par une prévalence élevée d'utilisation des méthodes modernes de contraception. Celle-ci vise à la fois l'espacement et la limitation des naissances. Au Maroc par exemple, près du double des utilisatrices de méthodes modernes (26,7%) sont des femmes mariées qui veulent arrêter et limiter leurs naissances, contre 13,8% de celles qui désirent les espacer. En Tunisie par contre, les proportions d'utilisatrices dans les deux groupes précédents (limitation et espacement) sont identiques (27,2% pour la limitation et 27,7% pour l'espacement).

Contrairement à l'Afrique du Nord, le recours à la contraception moderne en Afrique sub-saharienne reste encore très faible et la différence entre la limitation et l'espacement est difficile à percevoir. On constate toutefois que dans certains pays comme le Rwanda (pays qui a l'une des fécondités les plus élevées au monde), les femmes commencent à utiliser la contraception moderne en vue de limiter leurs naissances.

Tableau 2 : Utilisation actuelle des méthodes contraceptives traditionnelles et modernes (en %) chez les femmes mariées pour espacer ou limiter les naissances

Pays	Année	Méthodes traditionnelles		Méthodes modernes		Toutes méthodes	
		Espacer	Limiter	Espacer	Limiter	Espacer	Limiter
Maroc	1992	2,3	4,5	13,8	26,7	16,1	31,2
Tunisie	1987	3,9	6,5	23,8	20,7	27,7	27,2
Burkina Faso	1993	18,7	5,0	3,0	1,8	21,7	6,8
Cameroon	1991	10,5	3,1	2,2	2,7	12,7	5,8
Centrafrique	1994/95	11,4	2,0	2,4	1,4	13,8	3,4
Côte d'Ivoire	1994	6,0	2,2	3,3	1,7	9,2	3,9
Rwanda	1992	4,9	4,6	6,9	8,1	11,8	12,7
Sénégal	1992/93	2,1	1,0	3,0	2,5	5,1	3,5
Togo	1988	26,3	9,6	2,2	1,4	28,5	11,0

De l'espacement à la limitation des naissances

Fécondité réalisée, fécondité désirée et méthodes contraceptives

La propension à l'espacement et à l'arrêt de la fécondité augmente avec le nombre d'enfants nés vivants. Plus ce nombre est élevé, plus le couple ou la femme aura tendance à vouloir arrêter sa fécondité (Fig. 2). Il en est de même de l'âge de la femme qui est fortement corrélé au nombre d'enfants nés vivants (Fig. 3). Le comportement d'arrêt de fécondité intervient ainsi généralement lorsque le couple estime avoir réalisé la descendance voulue. Ceci suppose au préalable l'existence d'un projet de planification de la taille de la descendance. La définition d'un projet de planification de la dimension de la famille et sa réalisation sont donc des étapes indispensables à l'amorce d'une transition de la fécondité en Afrique, du passage de la planification d'espacement des naissances à la planification d'arrêt de la fécondité.

La propension à l'espacement ou à l'arrêt de la fécondité entraîne le recours aux méthodes de régulation des naissances qui permettent, soit de retarder une grossesse soit d'éviter définitivement une conception supplémentaire, si la descendance désirée est déjà réalisée. La fécondité désirée et la fécondité réalisée sont donc deux variables liées qui vont déterminer le choix d'une utilisation de la planification familiale ou non. Sur la base de ce choix, le couple aura recours soit à l'espacement des naissances soit à la contraception d'arrêt de la fécondité. Le choix des méthodes se fera aussi en fonction de la disponibilité des méthodes.

En Afrique en général et en Afrique sub-saharienne en particulier, l'existence d'un projet de planification de la dimension de la famille n'est pas toujours évidente. Elle ne se manifeste encore que lentement au cours de la vie du couple et va dépendre généralement de ses conditions de subsistance, celles-ci influant sur le nombre idéal d'enfants désirés. La figure 2 montre ainsi que le désir de limiter les naissances reste très faible dans les pays à fécondité élevée de l'Afrique sub-saharienne, contrairement à l'Afrique du Nord.

Figure 2 : Proportion des femmes selon leur désir d'arrêt de fécondité ou d'enfant supplémentaire selon le nombre d'enfants nés vivants

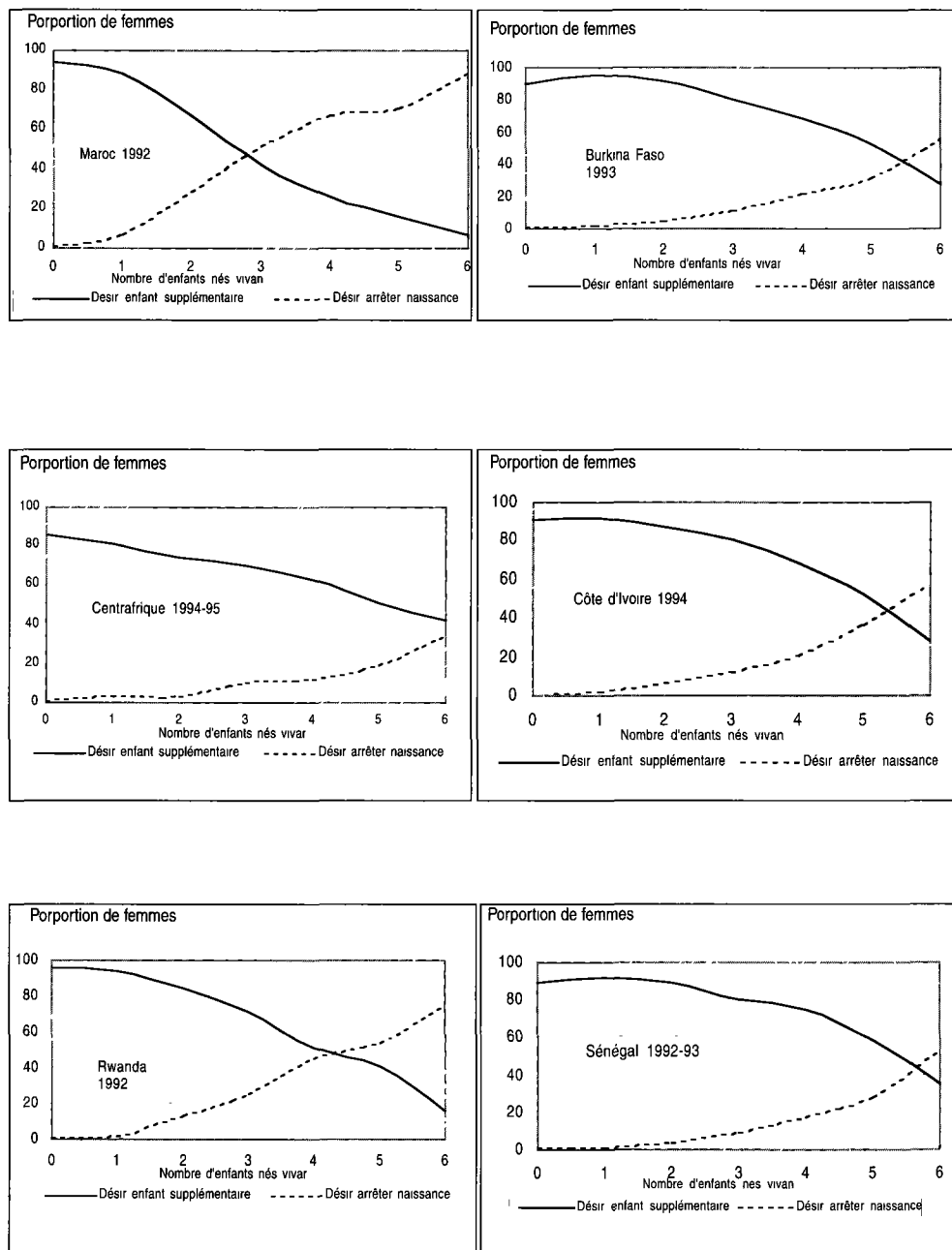
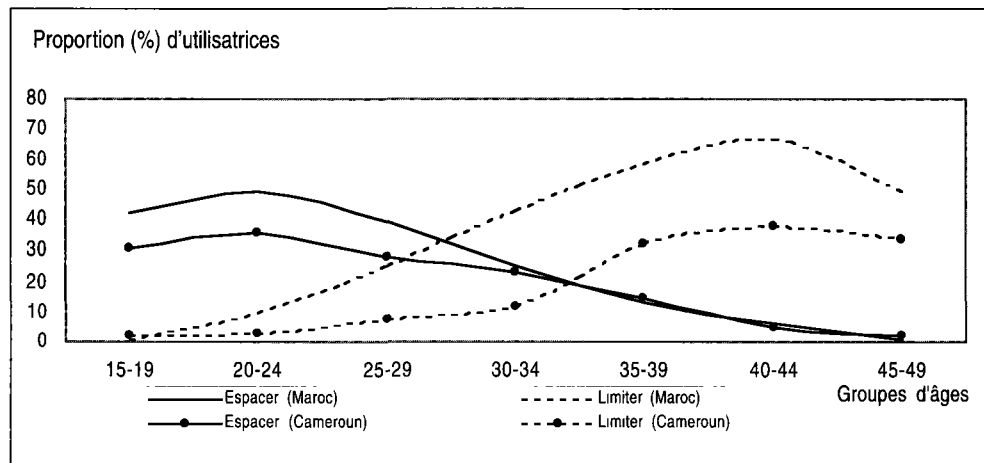


Figure 3 : Proportion des femmes utilisatrices de la contraception pour espacer ou limiter les naissances selon les groupes d'âges



Les courbes d'évolution du désir d'enfant supplémentaire d'une part et de la volonté d'arrêt de la fécondité d'autre part (Fig. 2) sont d'autant plus étalées que la fécondité est élevée. Le point de croisement de ces deux courbes détermine approximativement le nombre moyen de naissances désirées par les femmes considérées et la concrétisation d'un projet de limitation de la fécondité. Sa position par rapport à l'axe des ordonnées décrit l'entrée en phase de limitation des naissances (c'est le cas au Maroc), ou le maintien d'une contraception d'espacement des naissances (le cas des pays de l'Afrique sub-saharienne). Le Rwanda se distingue cependant des autres pays de la région et semble déjà avoir un projet manifeste de limitation des naissances. On devrait s'attendre à une évolution plus rapide du passage de la pratique d'espacement à la pratique de limitation dans ce pays. Le rythme de baisse de la fécondité au cours de ces dernières années semble corroborer cette hypothèse. Mais ce résultat ne pourra être atteint qu'avec une utilisation plus grande de la contraception moderne.

L'exemple du Maroc (Fig. 3) prouve que le projet de limitation des naissances ne peut être réalisé qu'avec une utilisation plus accrue des méthodes modernes de planification familiale, et par conséquent du passage de l'espacement des naissances (exemple du Cameroun) à la limitation des naissances (exemple du Maroc). Il est donc intéressant d'examiner dans quelle mesure la population habituée à la pratique des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances recourt à la pratique des méthodes modernes de limitation des naissances, et donc de connaître les principaux facteurs déterminant ce passage³.

La détermination de ces facteurs peut se faire à partir des données des enquêtes EDS. La variable dépendante, l'utilisation contraceptive, a les modalités suivantes : n'a jamais

3. Une enquête rétrospective de type biographique conviendrait mieux à ce type d'analyse. On serait alors en mesure de connaître le temps mis pour passer de la pratique des méthodes traditionnelles ou de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'utilisation des méthodes modernes. On serait également en mesure de savoir les facteurs explicatifs associés à ce changement à partir des itinéraires suivis par les personnes interrogées dans les autres aspects de la vie sociale : profession, résidence, logement, vie matrimoniale et procréative, etc. Mais on peut néanmoins à l'aide des données des enquêtes transversales faire une étude de ces facteurs.

utilisé la contraception, n'a utilisé que la contraception traditionnelle, a déjà utilisé la contraception moderne. Cette dernière modalité comprend aussi les femmes qui à un moment quelconque ont eu recours à la contraception traditionnelle. Ces dernières seraient donc passées de la contraception traditionnelle à la contraception moderne. C'est ce groupe qui permet de dévoiler le passage de la contraception traditionnelle ou de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes à la pratique de la contraception moderne. Pour ce faire, on se sert du modèle de régression logit. Les variables disponibles selon les pays conduisent à la construction de deux modèles de régression. Le premier prend en compte l'activité de la femme et celle de son mari, le milieu de résidence, le niveau d'éducation de la femme et celui de son mari, l'âge de la femme à l'enquête, et les variables intermédiaires de la planification familiale, à savoir le nombre d'enfants nés vivants de la femme, le nombre d'enfants désirés par la femme, l'attitude de la femme et celle de son mari face à la planification familiale, les préférences de la femme et de son mari en matière de fécondité⁴ et la discussion entre conjoints sur la planification familiale. Ce modèle est construit pour six pays : Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Sénégal, et Rwanda (Tab. 3). Le second modèle construit pour tous les pays retenus n'analyse que l'influence de quelques variables : l'éducation de la femme et celle de son mari, le milieu de résidence, l'âge de la femme, le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants désirés par la femme (Tab. 4).

Influence de la modernisation

L'urbanisation, la scolarisation et l'accès à l'emploi dans le secteur moderne sont les indicateurs utilisés pour examiner l'influence de la modernisation sur l'identification du groupe des femmes qui recourent à la contraception moderne [7]. Le tableau 3 présente les résultats de la régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception moderne à un moment quelconque, en fonction de l'ensemble des variables du premier modèle.

Parmi les indicateurs de modernisation retenus, l'accès de la femme ou de son mari à l'emploi dans le secteur moderne de façon générale, n'a aucun pouvoir prédictif significatif sur la pratique contraceptive moderne dans tous les pays étudiés, à l'exception du Cameroun et du Sénégal. A titre d'exemple, les femmes camerounaises dont les maris exercent dans le secteur moderne ont près de trois fois plus de chances (2,73) d'avoir pratiqué la contraception moderne que celles dont les maris sont sans emploi ; mais au Sénégal, c'est plutôt l'accès de la femme à l'emploi dans le secteur moderne qui lui a procuré plus de chances de pratiquer la contraception comparativement à la femme sans emploi. En examinant les risques relatifs de la pratique contraceptive moderne selon l'accès de la femme ou de son mari à l'emploi dans le secteur moderne, on constate toutefois une amélioration de la pratique contraceptive moderne, même si elle reste encore non significative, lorsque la femme ou son mari accède à un emploi dans le secteur moderne. Ce résultat suggère d'une part que les taux d'activité dans le secteur moderne n'ont pas encore atteint les niveaux nécessaires pour pouvoir modifier de manière significative le recours à la contraception moderne dans les pays concernés, et d'autre part que l'impact des programmes d'éducation à la vie familiale des travailleurs est encore faible. Par opposition au secteur moderne, l'appartenance de la femme ou de son mari au secteur traditionnel

4. On distingue à cet effet les couples où les deux conjoints ont la même préférence en matière de fécondité, ceux au sein desquels le mari préfère avoir plus d'enfants que son épouse, ceux où le mari préfère moins d'enfants que sa femme, et les couples où la femme ne connaît pas la préférence de son mari. Ce dernier cas de figure concerne généralement les couples où les deux conjoints n'ont jamais eu de discussion sur la fécondité et la planification familiale.

réduit de manière significative les risques de pratique de la contraception moderne chez les femmes au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Centrafrique et au Rwanda. Ceci n'exprime que la réalité du secteur de l'emploi traditionnel constitué en majeure partie des agriculteurs dont les techniques culturales nécessitent encore une main-d'œuvre importante constituée généralement par les femmes et les enfants. Dans ces conditions, les aspirations à la descendance nombreuse réduisent les projets de recours à la contraception moderne et donc à la limitation des naissances.

Tableau 3 : Premier modèle de régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception moderne en fonction de l'ensemble des variables indépendantes

Variables indépendantes		Burkina Faso		Cameroun		Centrafrique		Côte d'Ivoire		Rwanda		Sénégal	
		RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil
Secteur d'activité de la femme	Sans emploi	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Moderne	2,932	0,531	1,343	0,291	1,292	0,513	1,518	0,063	0,920	0,835	1,847	0,017
	Informel	2,552	0,588	1,198	0,335	1,025	0,880	1,085	0,496	1,097	0,808	1,085	0,623
	Traditionnel	0,872	0,938	0,379	0,000	0,642	0,032	0,980	0,908	0,538	0,038	0,767	0,469
Secteur d'activité du mari	Sans emploi	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Moderne	1,239	0,799	2,730	0,000	1,256	0,416	1,062	0,829	0,756	0,690	2,097	0,153
	Informel	0,956	0,957	1,806	0,025	1,428	0,197	0,709	0,222	0,628	0,505	1,382	0,532
	Traditionnel	0,632	0,589	(1)		0,713	0,292	0,437	0,005	0,439	0,233	0,580	0,339
Milieu de résidence	Rural	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Urbain	2,904	0,000	1,225	0,250	1,389	0,037	1,527	0,000	0,951	0,823	1,930	0,000
Niveau de scolarisation de la femme	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	2,243	0,000	3,158	0,001	2,073	0,000	2,424	0,000	1,381	0,001	1,527	0,021
	Secondaire et +	4,277	0,000	5,444	0,000	5,557	0,000	5,440	0,000	1,895	0,006	1,785	0,017
Niveau de scolarisation du mari	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	1,822	0,015	0,966	0,922	0,857	0,486	1,572	0,002	1,103	0,339	1,875	0,004
	Secondaire et +	2,326	0,022	1,520	0,253	1,431	0,108	2,103	0,000	1,344	0,179	2,321	0,001
	Ne sais pas	2,348	0,006	2,256	0,076	0,925	0,812	2,277	0,000	1,205	0,730	1,619	0,058
Age de la femme à l'enquête	< 30 ans	2,100	0,038	0,756	0,368	1,832	0,030	0,977		1,212	0,272	0,881	0,623
	30 – 39	2,109	0,016	0,906	0,735	1,870	0,012	1,075	0,904	1,330	0,032	1,138	0,541
	40 – 49	1,000		1,000		1,000		1,000	0,683	1,000		1,000	
Nombre d'enfants né vivants	0–3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 – 6	1,695	0,020	1,302	0,173	1,761	0,001	0,889	0,347	2,401	0,000	2,033	0,000
	7 et plus	1,110	0,751	1,511	0,147	3,053	0,000	0,944	0,749	3,212	0,000	1,585	0,067
Nombre d'enfants désirés	0–3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 – 6	1,322	0,270	1,236	0,383	1,004	0,986	1,137	0,348	0,998	0,987	0,765	0,186
	7 et plus	1,155	0,670	1,083	0,789	0,666	0,142	0,657	0,023	0,934	0,739	0,830	0,455
	Non numérique	0,907	0,787	1,795	0,147	0,779	0,418	0,968	0,935	0,359	0,159	0,884	0,718
Attitude de la femme face à la PF	Désapprouve	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Approuve	3,844	0,000	1,817	0,036	1,171	0,350	4,060	0,000	2,205	0,012	4,920	0,000
Attitude du mari face à la PF	Désapprouve	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Approuve	2,525	0,000	1,721	0,007	1,432	0,051	1,776	0,000	1,784	0,001	2,073	0,000
	Ne sais pas	0,696	0,227	1,171	0,484	0,864	0,550	0,904	0,514	0,895	0,633	0,613	0,071
Discussion entre conjoint sur la PF	Jamais	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Une ou 2 fois	3,128	0,000	2,130	0,001	1,328	0,152	0,510	0,000	1,664	0,001	2,285	0,000
	Plusieurs fois	2,589	0,000	2,167	0,000	1,899	0,002	1,256	0,097	2,264	0,000	4,313	0,000
Préférence fécondité de la femme p/r au mari	La même	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Le mari plus	1,063	0,810	0,883	0,517	1,003	0,985	1,100	0,497	0,942	0,674	0,863	0,466
	La femme plus	0,820	0,617	1,582	0,096	1,250	0,335	1,132	0,432	0,858	0,249	0,864	0,673
	Ne sait pas	0,834	0,398	0,874	0,512	0,913	0,625	1,076	0,578	0,701	0,013	0,681	0,039

Notes : RR : Risques Relatifs. (1) : Cette modalité n'a pas été prise en compte car très peu de femmes (6) ont donné des réponses numériques.

A l'exception du Cameroun et du Rwanda, l'urbanisation est l'un des facteurs de modernisation qui favorise le recours aux méthodes modernes de planification familiale. Les chances de pratiquer la contraception moderne sont nettement plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Centrafrique.

L'éducation de la femme est un facteur de modernisation dont l'influence est significative dans tous les pays étudiés. Les chances de recourir à la contraception moderne s'élèvent avec le niveau de scolarisation. Le niveau d'éducation secondaire ou supérieur prédispose plus les femmes à la pratique contraceptive moderne. Par rapport aux femmes non scolarisées, les risques relatifs sont variables selon les pays : au Cameroun, en Côte d'Ivoire et en Centrafrique, les femmes de niveau secondaire ou plus ont environ 5,5 fois plus de chances de recourir aux méthodes modernes que les femmes n'ayant jamais été à l'école. Au Rwanda et au Sénégal, ces risques relatifs se situent autour de 1,8. On observe aussi que l'instruction du mari augmente les chances pour la femme de recourir à la contraception moderne, mais les variations des risques relatifs ne sont pas aussi importantes que celles engendrées par l'instruction de la femme. Au Cameroun, en Centrafrique, et au Rwanda, l'influence du niveau d'instruction du mari n'a pas encore atteint un niveau significatif sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Le second modèle qui étudie l'ensemble des neuf pays, ne retient comme variables de modernisation que l'urbanisation, le niveau de scolarisation de la femme et celui de son mari (Tab. 4). Dans tous les pays étudiés, les effets de ces variables se révèlent être très significatifs. L'urbanisation et l'instruction des femmes et des hommes améliorent les taux de pratique contraceptive moderne des femmes mariées. Selon le niveau de scolarisation, les risques de recourir à la contraception moderne sont beaucoup plus élevés chez les femmes mariées de niveau secondaire et plus, ou chez celles dont les maris ont atteint le secondaire ou plus. Par rapport au milieu de résidence, les femmes qui résident en milieu urbain ont plus de chances de pratiquer la contraception moderne que celles du milieu rural.

Impact des variables socio-démographiques

L'âge, le nombre d'enfants nés vivants, le nombre d'enfants désirés sont des caractéristiques démographiques souvent prises en compte dans les études portant sur la planification familiale. Les variations de l'utilisation de la contraception moderne selon l'âge peuvent être dues à l'effet des générations. Les jeunes générations vivent généralement dans des conditions sanitaires et technologiques meilleures que les anciennes et sont beaucoup plus exposées et souvent plus sensibles aux campagnes sur la planification familiale. Les variations selon l'âge peuvent aussi refléter l'effet de la fécondité déjà réalisée ; les anciennes générations dont la descendance atteinte est souvent proche de celle désirée vont pratiquer une planification d'arrêt, tandis que les nouvelles générations, parfois sans projet fixe en matière de fécondité, utiliseront la contraception d'espacement ou remettront ce projet à plus tard. L'âge est ainsi en interaction constante avec la fécondité réalisée. Le rapport entre le nombre d'enfants désirés, le nombre d'enfants nés vivants et la planification familiale va dépendre, comme on l'a souligné plus haut, de l'existence d'un projet de régulation de la fécondité.

Tableau 4 : Deuxième modèle de régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception moderne en fonction de l'ensemble des variables indépendantes

Variables indépendantes		Maroc		Tunisie		Burkina Faso		Cameroun		Centrafrique	
		RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil
Niveau de scolarisation de la femme	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	1,729	0,000	1,708	0,000	2,680	0,000	2,297	0,003	2,563	0,000
	Secondaire et +	2,199	0,000	1,833	0,000	4,696	0,000	6,166	0,000	9,784	0,000
Niveau de scolarisation du mari	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	1,649	0,000	1,087	0,419	2,285	0,000	2,251	0,010	0,948	0,800
	Secondaire et +	1,908	0,000	1,548	0,001	3,773	0,000	4,816	0,000	1,988	0,001
	Ne sais pas	0,879	0,788	1,022	0,915	2,524	0,000	4,440	0,000	1,118	0,716
Milieu de résidence	Rural	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Urbain	2,119	0,000	2,141	0,000	4,484	0,000	1,901	0,000	2,239	0,000
Age de la femme à l'enquête	< 30 ans	1,724	0,000	0,664	0,002	1,586	0,069	0,594	0,035	2,068	0,004
	30 - 39	1,490	0,000	0,982	0,863	1,663	0,023	0,674	0,089	2,000	0,003
	40 - 49	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
Nombre d'enfants nés vivants	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	3,699	0,000	2,995	0,000	1,856	0,000	1,473	0,029	2,050	0,000
	7 et plus	4,578	0,000	2,520	0,000	1,286	0,294	2,482	0,000	3,803	0,000
Nombre d'enfants désirés	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	0,636	0,000	0,754	0,001	0,894	0,492	1,060	0,790	0,952	0,835
	7 et plus	0,421	0,000	0,358	0,000	0,625	0,038	0,786	0,351	0,555	0,023
	Non numérique	0,237	0,000	0,515	0,000	0,310	0,000	1,004	0,991	0,615	0,094

Variables indépendantes		Côte d'Ivoire		Rwanda		Sénégal		Togo	
		R R	Seuil	R R	Seuil	R R	Seuil	R R	Seuil
Niveau de scolarisation de la femme	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	3,172	0,000	1,525	0,000	2,513	0,000	1,747	0,005
	Secondaire et +	7,164	0,000	3,167	0,000	4,490	0,000	3,650	0,000
Niveau de scolarisation du mari	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	2,033	0,000	1,251	0,000	2,925	0,000	1,815	0,015
	Secondaire et +	4,049	0,000	2,137	0,000	5,694	0,000	3,593	0,000
	Ne sais pas	3,320	0,000	1,355	0,516	2,524	0,000	1,454	0,273
Milieu de résidence	Rural	1,000		1,000		1,000		1,000	
	Urbain	2,111	0,000	1,531	0,023	3,302	0,000	2,106	0,000
Age de la femme à l'enquête	< 30 ans	1,253	0,193	1,183	0,301	1,193	0,424	0,538	0,031
	30 - 39	1,276	0,125	1,271	0,051	1,229	0,251	0,778	0,312
	40 - 49	1,000		1,000		1,000		1,000	
Nombre d'enfants nés vivants	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	1,169	0,174	2,721	0,000	2,616	0,000	1,084	0,708
	7 et plus	1,457	0,022	3,219	0,000	3,135	0,000	1,112	0,717
Nombre d'enfants désirés	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	1,032	0,805	0,950	0,618	0,765	0,139	0,704	0,101
	7 et plus	0,455	0,000	0,630	0,017	0,593	0,018	0,278	0,001
	Non numérique	0,630	0,184	0,145	0,006	0,426	0,003	(1)	

Notes : R R : Risques Relatifs. (1) : Cette modalité n'a pas été prise en compte car très peu de femmes (6) ont donné des réponses numériques.

Le premier modèle qui analyse l'impact de l'ensemble des variables indépendantes sur la pratique de la contraception moderne montre que l'influence des variables démographiques à savoir l'âge, le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants désirés, n'apparaît que dans certains pays. En ce qui concerne l'âge, la différence des comportements entre les jeunes générations et les anciennes est très significative au Burkina Faso et en Centrafrique. Dans ces deux pays les jeunes femmes de moins de 30 ans ont plus de chances d'utiliser la contraception moderne que les femmes âgées de 40-49 ans. Mais dans les autres pays, le recours à la contraception moderne n'est pas influencé par l'âge, peut-être à cause de son interaction avec le nombre d'enfants nés vivants.

Le nombre d'enfants nés vivants est en effet un facteur déterminant de la pratique des méthodes modernes dans tous les pays étudiés (Tab. 4). Plus le nombre d'enfants augmente, plus la femme a des chances de pratiquer la contraception moderne, et par la suite d'avoir un projet de limitation de sa fécondité. Par contre, le désir d'enfants constitue un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Plus les femmes désirent avoir des enfants, moins elles ont recours à la contraception moderne (Tab. 4).

Influence des caractéristiques liées au mari

La prise en compte des caractéristiques liées au mari dans la recherche de l'explication des phénomènes démographiques, notamment la fécondité et la planification familiale, est une piste intéressante à explorer. Dans cette étude, l'influence de ces caractéristiques est appréhendée à travers l'attitude du mari face à la planification familiale, la discussion entre conjoints sur la planification familiale et la préférence du mari en matière de fécondité.

Les résultats de la régression (Tab. 3) montrent que l'influence du mari sur le recours à la contraception moderne est très importante. Cette influence se fait à travers son attitude et les discussions qu'il a avec son épouse sur la planification familiale. On remarque ainsi que plus le mari a une attitude favorable, plus le risque d'utiliser la contraception moderne par la femme est élevé. La fréquence des discussions entre conjoints améliore encore ce risque. D'une façon générale, les femmes qui ont discuté plusieurs fois avec leurs maris sur les méthodes de planification familiale sont aussi celles qui présentent les risques les plus élevés de recourir à la contraception moderne. Enfin, les préférences du mari en matière de fécondité par rapport à sa femme sont dans l'ensemble non significatives.

*

* *

Les pays de l'Afrique du Nord, à l'exemple du Maroc et de la Tunisie, en sont déjà au stade de familles planifiées. Ils sont passés ainsi de la planification d'espacement à la planification de limitation des naissances. Ils ont pu amorcer, de ce fait, leur transition de la fécondité. Les pays francophones d'Afrique sub-saharienne restent encore, dans leur ensemble, au stade de la planification familiale traditionnelle visant essentiellement l'espacement des naissances. La fécondité y demeure élevée, le désir d'enfants important et l'utilisation de la contraception moderne faible. Aucun projet de planifier la descendance ne semble encore clairement défini.

Toutefois, on devrait s'attendre à une évolution rapide de cette situation vers un passage de la planification d'espacement des naissances à la planification d'arrêt de la fécondité. Certains indices positifs sont à ce niveau perceptibles dans la plupart des pays : tout d'abord, une nette volonté de limiter la descendance (désir de ne plus avoir de naissance supplémentaire en constante augmentation avec l'âge) associée de plus en plus à l'utilisation de la contraception moderne, ensuite une scolarisation croissante des jeunes filles et enfin le début, bien que timide, des discussions entre conjoints sur la planification familiale. Tous ces éléments concourent à terme à la définition d'un projet de famille planifiée par les couples (définition d'un nombre limité d'enfants), suivi de la concrétisation de ce projet par l'adoption d'une planification familiale moderne à la place de la planification traditionnelle, et donc d'un passage de la planification d'espacement à la planification de limitation des naissances. Ce cheminement devrait conduire à un plus grand contrôle de la fécondité, et aussi à la transition de la fécondité. La réponse à la question du passage de l'espacement à la limitation des naissances reste en suspens. Les pays concernés par cette étude, à l'exception des pays de l'Afrique du Nord, en sont encore au premier stade du processus, à savoir la définition d'un projet de planification familiale.

Bibliographie

1. FNUAP, 1997, *Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction, État de la population mondiale*, New York, 76 p.
2. LOCOH T., 1984, Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain, INED-PUF, (Travaux et documents de l'INED, cahier n° 107), Paris, p. 177-182.
3. NGOM P., 1993, Pourquoi les femmes arrêtent-elles d'utiliser la contraception ? L'exemple du Botswana, in *Conférence sur La reproduction et la santé familiale en Afrique*, Abidjan, Côte d'Ivoire, 8-13 novembre 1993, UEPA, Dakar (Sénégal), p. 1-20.
4. ROSS J.A. et FRANKENBERG G.E., 1993, *Findings from two decades of family planning research*, The population council, New York, 101 p.
5. UNITED NATIONS, 1993, *Population policies and programmes*. Proceedings of the United Nations expert group meeting on population policies and programmes, Cairo, Egypt, 12-16 april 1992, United Nations, New York.
6. VAN DE WALLE E. et VAN DE WALLE F., 1988, Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité, in TABUTIN D., dir., *Population et sociétés en Afrique au sud du sahara*, l'Harmattan, Paris, p. 141-165.
7. WAKAM J., 1994, De la pertinence des théories « économistes » de fécondité dans le contexte socio-culturel camerounais et négro-africain, *Les cahiers de l'IFORD*, n° 8, Yaoundé, 527 p.

18. Étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique

Eliwo Mandjale Akoto¹ et Helène Kamgno Kandem²

En Afrique, la généralisation de la pratique contraceptive (surtout moderne), se heurte à plusieurs obstacles. Ce chapitre a pour objectif de relever d'une part les facteurs individuels déterminant l'utilisation de la pratique contraceptive moderne en Afrique, et d'autre part, à partir des expériences des pays dans lesquels les programmes de planification familiale ont connu du succès, les facteurs favorisant cette pratique au niveau macro. Notre hypothèse principale est que l'environnement socio-politique, économique et culturel dans lequel vivent les couples, influence leurs connaissances, attitudes et comportements en matière de contraception en général et de contraception moderne en particulier. Notre étude porte sur trois pays choisis selon le niveau de prévalence contraceptive : la Tunisie, pays où les programmes de planification familiale ont connu un grand succès, le Kenya, pays où ces programmes ont connu un succès mitigé et le Cameroun, pays où ces programmes se sont soldés par un échec ou n'ont pas été effectivement mis en œuvre. Nous avons utilisé les données des Enquêtes Démographiques et de Santé de ces pays, complétées par une revue de la littérature sur les politiques de population et les programmes de planification familiale.

Les exemples tunisiens et kenyans montrent que, pour obtenir une diffusion rapide de la contraception au sein de la population, l'appui gouvernemental est indispensable car par son soutien, il rend les services de planification familiale disponibles et accessibles.

Au niveau individuel, l'analyse montre l'importance du rôle joué par l'Information, Éducation et Communication (IEC), à travers les médias, dans les changements d'attitudes, de perceptions et de comportements en matière de contraception. L'étude révèle aussi la prépondérance de l'avis des hommes sur la contraception lorsque le processus de transition n'est pas encore enclenché. Par conséquent, faute d'une approche par couple, les hommes doivent être ciblés de façon spécifique dans les programmes de planification familiale. Enfin, il ressort de l'étude qu'une discussion entre hommes et femmes au sujet des méthodes contraceptives permet d'augmenter leurs chances d'utilisation. Cela confirme toute l'importance de la participation des femmes à la prise de décision au sein du ménage en général et en matière de procréation en particulier, d'où la nécessité d'améliorer leur statut.

1. Directeur de l'IFORD, Yaoundé, Cameroun.

2. Doctorante à l'IFORD, Yaoundé, Cameroun.

De nos jours, la majorité des gouvernements africains qui ont longtemps affiché des positions favorables à une forte fécondité, adoptent de plus en plus une attitude inverse [17 et 3]. C'est ainsi que la plupart d'entre eux ont mis en place des programmes de planification familiale en vue de faire baisser la fécondité et de préserver la santé de la mère et de l'enfant. Toutefois, des études ont montré que ces programmes n'ont pas produit partout les mêmes résultats [5 et 25]. Dans certains pays (une minorité) tels que le Kenya et la Tunisie, la planification familiale a connu du succès tandis que dans d'autres pays, elle s'est soldée par un échec. Il importe de signaler que même dans le premier cas, ce programme ne concernait que certaines couches de la population [25]. La généralisation de la pratique contraceptive, surtout moderne, se heurte donc à plusieurs obstacles.

L'objectif de ce chapitre est non seulement de relever les facteurs individuels déterminant la pratique contraceptive moderne en Afrique, mais aussi de relever à partir des expériences des pays dans lesquels les programmes de planification familiale ont connu du succès, les facteurs favorisant cette pratique au niveau macro. Cette étude comparative permettra peut-être de mieux orienter les politiques de planification familiale en tenant compte des expériences des uns et des autres.

Ce chapitre sera structuré en trois grandes parties, une fois la problématique posée et la méthodologie précisée : dans un premier temps, on examinera les politiques de population et les programmes de planification familiale. Cette analyse permettra d'identifier les points de divergence et de ressemblance entre pays. On analysera ensuite, au niveau individuel, les réseaux d'information et d'approvisionnement des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes. Enfin, la troisième partie sera consacrée à l'étude des déterminants individuels de la pratique contraceptive moderne.

Hypothèses et cadre conceptuel

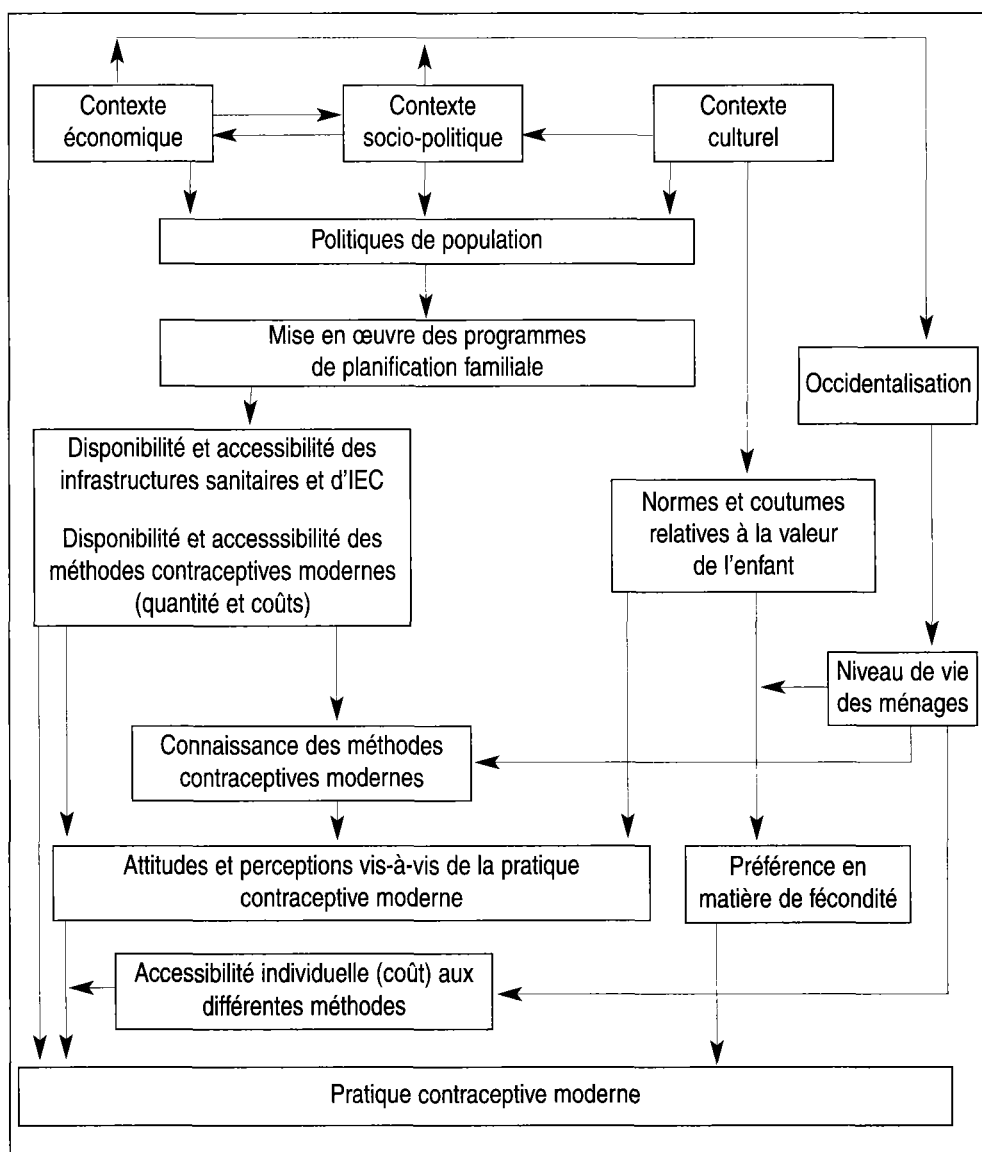
Nous partons de l'hypothèse principale suivante : l'environnement socio-politique, économique et culturel dans lequel vivent les couples influence leurs connaissances, attitudes et comportements en matière de pratique contraceptive en général et de pratique contraceptive moderne en particulier. Cette influence s'exerce à travers toute une série de mécanismes. Elle se réalise à travers la disponibilité d'infrastructures en matière d'information, d'éducation et de communication (IEC), d'infrastructures sanitaires, de méthodes et de services contraceptifs, à travers la déclaration de politique de la population et la mise en œuvre des programmes de planification familiale au niveau macro, et à travers les caractéristiques socio-économiques et culturelles de l'individu. L'expérience a montré en effet que l'engagement politique et la situation socio-économique d'un pays sont d'une grande importance pour la conception, la mise en place et la réussite des programmes de planification familiale [21].

La disponibilité d'infrastructures agit en association avec les caractéristiques socio-économiques et culturelles individuelles sur la pratique contraceptive moderne, directement ou indirectement, à travers le niveau de connaissances des individus. En effet, même si les méthodes contraceptives et les services de planification familiale sont disponibles en quantité suffisante, c'est le niveau de vie des individus (ou leur pouvoir d'achat) qui leur permet d'acquérir non seulement ces méthodes, mais aussi les moyens d'information (radio, télé, journaux...).

Le niveau des connaissances et le contexte culturel (à travers les normes et coutumes relatives à la fécondité en général et à la valeur de l'enfant en particulier) agissent sur les attitudes et les perceptions des individus en matière de pratique contraceptive moderne. Quels que soient le niveau des connaissances et le niveau de vie, il peut arriver que le degré d'attachement aux normes et coutumes relatives à la valeur de l'enfant influence fortement les attitudes et les perceptions à l'égard de la pratique contraceptive moderne et la préférence en matière de fécondité et, par ricochet le niveau de recours aux méthodes contraceptives modernes.

Des hypothèses précédentes découle le schéma conceptuel (Fig. 1).

Figure 1 : Relations entre les contextes socio-politique, économique et culturel et la pratique contraceptive moderne



Sources de données et méthodes d'analyse

Les pays africains peuvent être classés en trois catégories suivant la performance de leurs services de planification familiale : le premier groupe réunit les pays où les programmes de planification familiale ont connu un grand succès ; le deuxième, les pays où ces programmes ont connu un succès mitigé ; le troisième, les pays où ces programmes se sont soldés par un échec ou n'ont même pas été effectivement mis en œuvre. Dans le cadre de cette étude, trois pays ont été sélectionnés, un par catégorie : la Tunisie pour le premier groupe, le Kenya pour le second et le Cameroun pour le dernier. Nous utilisons les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de ces pays, données complétées par une revue de la littérature sur les politiques de population et les programmes de planification familiale. Au niveau individuel, notre population cible est constituée de femmes en union en âge de procréer. Lorsque cela est possible, nous tenons compte aussi des caractéristiques du conjoint.

Nous procédons à deux types d'analyse. Une analyse *descriptive univariée* nous permet tout d'abord de décrire les principaux réseaux d'information sur la pratique contraceptive moderne, ainsi que les sources d'approvisionnement. Une analyse *multivariée* cherche ensuite à expliquer la pratique contraceptive moderne au moment de l'enquête (variable dépendante) par les variables indépendantes avec un contrôle par les variables intermédiaires. Compte tenu de la nature dichotomique de nos variables dépendantes, nous utilisons la méthode de la régression logistique. Comme nous voulons identifier pour chaque pays les facteurs spécifiques de la pratique contraceptive moderne, nous utilisons la méthode « pas à pas » qui introduit au fur et à mesure dans le modèle les variables indépendante en commençant par celle qui a une forte influence sur la variable dépendante. Comme il y a des variables intermédiaires, nous introduisons d'abord toutes les variables indépendantes et nous voyons les plus influentes. Puis, nous contrôlons nos résultats par les variables intermédiaires. Les variables les plus influentes pouvant être différentes selon les pays, cela nous permet d'identifier les facteurs communs à tous les pays et les facteurs spécifiques pour chaque pays.

Diversité dans les politiques de population et les programmes de planification familiale

En matière de politique de la population, la situation des pays africains a subi de nombreux changements depuis la Conférence de Bucarest de 1974. Durant les années soixante, le nombre de pays dotés d'une politique de population ne dépassait guère une dizaine. En dehors des pionniers (Maurice, 1964 ; Tunisie, 1964, Égypte, 1965 ; Maroc, 1965 ; Kenya, 1966 ; Gambie, 1968 ; Ghana, 1968 ; Zimbabwe, 1968 ; Benin, 1969) la plupart des États ne voyaient pas la nécessité de se doter d'une politique de population et encore moins la nécessité de mettre en place des programmes nationaux destinés à réduire la fécondité [4]. Certains gouvernements, comme celui de la Zambie, ne trouvaient pas d'inconvénients liés à une croissance démographique élevée. Toutefois, après Bucarest, la majorité des pays africains ont adopté ou mis en place des programmes de planification familiale. Le nombre de pays disposant de programmes de planification familiale explicites destinés à faire baisser la fécondité est passé de 4 en 1974 à 23 en 1989 [6 : 42].

Mais la mise en place des programmes de planification familiale ne procède pas d'une même finalité. Elle peut se justifier par des motifs purement démographiques (maîtrise de la croissance démographique) ou sanitaires et humanitaires (santé maternelle et infantile, droits de la personne humaine relatifs à la procréation). Toutefois, cette distinction n'est pas facile à effectuer en pratique, car la plupart des pays qui soutiennent les activités de planification familiale pour réduire l'impact négatif de la croissance démographique sur leur développement le font en général également pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Aussi, on retient les raisons purement démographiques uniquement lorsque les objectifs poursuivis sont explicites et quantifiés (un certain taux brut de natalité, un indice synthétique de fécondité donné, un taux net de reproduction ou un taux d'accroissement donné dans un intervalle de temps spécifique).

En 1980, douze des trente-sept pays africains (Botswana, Égypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, Ouganda, Sénégal, Seychelles, Swaziland et Tunisie) ayant adopté ou autorisé la mise en place des programmes de planification familiale l'ont fait pour des raisons démographiques. Les autres ont préféré mettre en place des programmes de santé maternelle et infantile avec un volet de planification familiale [4: 126-127]. Toutefois, cette proportion masque de fortes variations régionales. En Afrique francophone et lusophone (17 pays concernés), seul le Sénégal a mis en œuvre des programmes de planification familiale en vue de contrôler la croissance de sa population. Plus récemment, Madagascar (1990) a adopté une politique de population dont les objectifs démographiques sont clairement définis et bien quantifiés : réduire l'indice synthétique de fécondité de 6 enfants en 1984 à 4 en l'an 2000, ramener avant l'an 2000 le taux d'accroissement naturel à environ 2%, etc. Parmi les pays anglophones en revanche, 8 pays sur 18 ont justifié leur soutien à la planification familiale avec le même motif. En définitive, peu de pays africains se prononcent sur la finalité démographique de leurs programmes de planification familiale.

Concernant l'appui apporté aux programmes de planification familiale, la situation est très différente selon les pays : appui direct, ou absence totale d'appui. On rencontre surtout l'appui direct dans les pays ayant une politique explicite. A l'heure actuelle, environ 50% des pays africains (25 sur 51) sont dotés d'une déclaration explicite de politique de population [20]. Vingt autres pays sont engagés dans le processus de formulation d'une politique de population. En 1995, dix-huit pays (Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Centrafrique, Congo, R.D. Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Guinée-Bissau, Guinée Équatoriale, Libye, Mozambique, Namibie, Seychelles, Somalie, Soudan, Togo et Zimbabwe) n'avaient pas de politique de population explicite [20]. La comparaison de ces pays avec la liste des pays apportant un appui direct aux programmes de planification familiale (Tab. 1) montre que l'adoption d'une politique de population n'est pas un préalable à la mise en place des activités de planification familiale. On notera, toutefois, qu'à l'exception des Seychelles, tous les pays n'ayant pas de déclaration de politique de population n'apportent aucun appui aux activités de planification familiale. Autrement dit, l'absence d'une politique de population explicite peut traduire la volonté d'un État de ne pas agir sur la fécondité et indirectement sur sa croissance démographique (politique du « laissez faire »).

L'appui direct aux programmes de planification familiale en Afrique est quasi général. Il concerne plus de 80% des pays (Tab. 1). Ceci dit, la mise en place des programmes de planification familiale et l'appui accordé par le gouvernement, ne signifient pas une utilisation effective par la population des services offerts. En

Afrique sub-saharienne, la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive quelconque ne dépasse guère les 20%. Le taux de prévalence contraceptive d'un pays comme le Kenya où l'appui direct aux programmes de planification familiale remonte à 1966, a longtemps stagné autour de 7 à 8% avant de passer à 27% en 1989, puis 33% en 1993 (la proportion des utilisatrices de méthodes modernes est toutefois inférieure : 27% en 1993) [21]. La Tunisie, quant à elle, aura mis près de vingt-cinq ans depuis l'appui initial du gouvernement aux activités de planification familiale (1964), pour atteindre le niveau de 50% de femmes utilisant une méthode contraceptive. Tout ceci confirme le fait que les changements sociaux sont lents. Malgré la formulation d'une politique de population dans la plupart des pays, on peut raisonnablement s'attendre à ce que la pratique contraceptive moderne ne concerne encore pendant longtemps que très peu de femmes.

Tableau 1 : Classement des pays africaines selon le type d'appui apporté aux activités de planification familiale (1993)

Type d'appui	Pays	Nombre
Direct	Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap Vert, Centrafrique, Comores, Congo, Congo Démocratique, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Maroc, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tome e Principe, Sénégal, Seychelles, Soudan, Tanzanie, Togo, Tunisie, Zambie, Zimbabwe	43
Indirect	Cameroun, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Somalie, Tchad	5
Aucun	Djibouti, Guinée Équatoriale, Gabon, Libye	4

Source : établi à partir des données de base publiées par les Nations-Unies [24].

Les expériences nationales doivent être confrontées afin d'en tirer les leçons. Il faut éviter par-dessus tout de se contenter uniquement d'une simple déclaration de politique. La réussite d'une politique de population passe par son appropriation aussi bien par les gouvernants que par les gouvernés. L'absence d'adhésion de la population aux objectifs et aux stratégies mis en place explique en grande partie l'échec des politiques de population. « Les politiques de population doivent (...) être socialement et culturellement acceptables et acceptées pour avoir un maximum de chances de succès » [8].

Dans son état des lieux des politiques de population en Afrique, Nzita [9] mentionne trois approches dans le processus de formulation de politique :

- l'élaboration de politique de population dans un cadre sous-régional en vue de résoudre des problèmes qui se posent à ce niveau (cas des pays du Sahel avec la déclaration de N'djaména) ;
- l'élaboration de politique de population à partir des résultats des études réalisées par des experts nationaux, à la suite de nombreux séminaires de sensibilisation et de consultation des communautés de base ;
- l'élaboration de politique de population selon le schéma défini par le *Research Triangle Institute* : les experts nationaux sont réunis pour formuler une proposi-

tion de politique de population à partir du document du *Future's Group* intitulé « les matériaux pour la préparation de politiques nationales de population pour les pays africains ».

La troisième approche comporte le risque d'aboutir à une déclaration de politique « prête à porter », où la population ne se sent pas impliquée. La deuxième formulation, la plus répandue, peut en revanche laisser supposer que le problème d'appropriation a très peu de chance de se poser. Mais il n'en est pas ainsi dans la pratique. En Afrique sub-saharienne, la quasi-totalité des politiques élaborées selon cette procédure ont été formulées sous l'instigation du FNUAP qui, à chaque fois, a dépêché sur place des experts internationaux pour aider à cette élaboration. Même si l'on ne peut pas douter de la bonne foi de ces experts, l'examen des différents documents de politique dénote de fortes similitudes et l'absence (souvent) de spécificité nationale. La lecture des différents textes donne l'impression qu'en dehors des figures de style, ils sont interchangeables. En considérant seulement le but, les documents de déclaration de politique du Cameroun, du Sénégal et du Tchad, par exemple, se caractérisent par l'absence d'objectifs quantifiés [9], donc difficiles à traduire en termes de plans et de programmes. « Or la fixation de (...) valeurs-cibles (a) l'avantage non seulement de rassurer sur la détermination des autorités politiques, mais aussi de focaliser l'action sur les résultats attendus » [7].

En outre, les documents examinés (Cameroun, Sénégal, Tchad) montrent une multiplicité d'objectifs à atteindre. Lors de sa troisième session, le Comité de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Plan d'Action du Caire réuni à Addis Abéba (septembre 1998), a mentionné parmi les contraintes de la mise en œuvre de politiques de population en Afrique, leur caractère général et la difficulté d'établir des priorités entre des objectifs trop nombreux. Au Cameroun, par exemple, on compte huit objectifs généraux, et pas moins de trente-cinq objectifs spécifiques, dont certains sont en fait des stratégies. Cela représente un sérieux handicap pour la mise en œuvre de la politique.

En définitive, la pratique contraceptive entre de plus en plus dans les mœurs en Afrique à un rythme variable selon les pays. La multiplication des déclarations de politiques de population devra à terme aboutir à une meilleure diffusion des méthodes contraceptives. Si l'on prend les exemples des pays au stade de transition avancée ou en léger décrochage, pour reprendre l'expression de D. Tabutin, cela durera le temps de remplacement d'une génération (environ 25 ans). Mais que faire pour accélérer la diffusion des méthodes contraceptives modernes ?

Recours à la contraception moderne et contexte socio-politique, économique et culturel

Quelles leçons tirer de l'expérience tunisienne ?

Avec un taux de prévalence contraceptive de 60%, la Tunisie occupe, après Maurice (75%), la deuxième position sur la scène africaine. Le succès de la planification familiale dans ce pays repose en grande partie sur l'intérêt que le président Bourguiba y a apporté dès le départ. La régulation des naissances, considérée comme favorable

au développement, apparaît dans le discours présidentiel dès 1966 (le 12 août 1966) à Tunis. Il affirme : « un accroissement trop rapide de la population conditionne l'évolution économique de la Tunisie qui ne saurait se permettre de contrecarrer son développement par des mères traînant derrière elles une marmaille d'une douzaine de gosses » (extrait cité par Sahli [16] : 322). Il préconise ainsi l'amélioration du statut de la femme à travers la scolarisation massive des filles et des garçons, et son émancipation. Un autre discours au relent néo-malthusien, tenu à La Kasba le 23 juillet 1973, met l'accent sur le lien entre la croissance économique et la limitation des naissances [16]. Entre 1965 et 1974, le chef de l'État tunisien n'a tenu pas moins d'une dizaine de discours au cours desquels il a évoqué les problèmes de population. Dans ce pays, le soutien du chef de l'État s'est avéré un des atouts majeurs du succès de la diffusion de la planification familiale en Tunisie. Cet appui a permis, entre autres, d'obtenir l'adhésion de la société civile.

La volonté du gouvernement s'est traduite, au moment de la création de l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) en 1973, par la mise à disposition de ressources considérables (tant humaines que matérielles) à cette structure chargée de rendre opérationnelle la politique.

Contrairement à la plupart des pays d'Afrique, la Tunisie consacre énormément de moyens à son programme de planification familiale. La part du budget de l'État dans le financement des activités dans ce domaine a connu une progression régulière : elle a augmenté de 61% en 1970 à 90% en 1990 en passant par 75% en 1980 [13 : 18]. Parallèlement, l'aide étrangère a baissé dans les mêmes proportions, passant de 39% à 10%.

Le succès tunisien est donc essentiellement dû à un soutien gouvernemental considérable, à la mise en place d'une structure autonome (ONFP) chargée de gérer les programmes et dont les attributions ont été clairement définies, au bon fonctionnement de l'ONFP, aux programmes d'IEC destinés à promouvoir l'adoption du modèle de la famille de petite taille auprès de la population et, enfin et surtout, à l'adhésion de la société civile à cette cause.

Et le Kenya ?

L'expérience kenyane est intéressante à plusieurs égards. Même si la mise en place des programmes de planification familiale dans ce pays remonte à la même époque que celle de la Tunisie, le Kenya a suivi une trajectoire totalement différente. Pionnier de la formulation d'une politique de population et des programmes de planification familiale en Afrique sub-saharienne, ce pays a longtemps attendu avant de commencer à goûter aux premiers succès de cette option politique. Jusqu'au début des années quatre-vingt, le taux de prévalence contraceptive y avoisinait 7 à 8%. Cet échec s'explique, entre autres, par le faible engagement du gouvernement dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Durant cette période, la part des ONG dans la distribution des contraceptifs a toujours été plus importante que celle de l'État. En outre, contrairement à la Tunisie, les programmes mis en place n'étaient ni culturellement, ni socialement acceptés par la population. On a, par exemple, ignoré le rôle et la place de l'homme dans la prise de décision dans le ménage. Or dans la société kenyane, l'avis de l'homme est déterminant pour le recours à la contraception moderne [15].

Un élément va tout changer à partir de 1982 : la création du Conseil National de la Population et du Développement (« National Council for Population and Development », NCPD). Il est chargé de coordonner les activités des organisations gouvernementales et non gouvernementales dans le domaine de la planification familiale. Trois objectifs lui sont assignés : formuler et coordonner les efforts visant à réduire le taux d'accroissement rapide de la population ; formuler la politique et les stratégies en matière de population ; renforcer l'organisation des programmes de population et de planification familiale. Actuellement, les objectifs démographiques poursuivis sont quantifiés (ramener l'ISF à 5,2 enfants par femme en l'an 2000 ; augmenter le nombre de centres de santé maternelle et infantile et de planification familiale de 850 en 1986 à 1550 en 1990). En outre, à l'initiative du NCPD, le Président de la République a déclaré en 1985 que les femmes devaient avoir au maximum quatre enfants et que le congé de maternité ne leur serait plus accordé à partir du cinquième enfant [22 : 104]. Tout ceci traduit un changement politique majeur : l'appui gouvernemental aux programmes de planification familiale se renforce. C'est l'une des clefs du début de la réussite de ces programmes.

En définitive, les exemples tunisien et kenyan montrent que l'appui réel de l'État, qui va au-delà de simples déclarations, est crucial dans la réussite des programmes de planification familiale. Il en est de même de la mise en place d'une structure chargée de la coordination des activités, de l'adhésion de la population à la politique ainsi préconisée, et donc, indirectement de l'information, l'éducation et la communication pour obtenir les changements de comportement dans le sens voulu. L'UNECA [21 : 39] affirme à ce sujet qu'on a observé au Kenya et en Tunisie une corrélation entre le renforcement des compétences en matière d'organisation et de gestion et l'accroissement de la capacité d'étendre et d'améliorer les services de planification familiale. Mais au-delà du contexte politique et socio-économique, n'y a-t-il pas au niveau individuel des facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver le recours aux méthodes contraceptives ?

Importance des réseaux d'information et d'approvisionnement

Quel que soit le pays, le niveau de connaissance de l'existence des méthodes contraceptives modernes est assez élevé. La Tunisie se distingue avec le taux le plus élevé (99%), suivie du Kenya (95%) et du Cameroun (72%). Toutefois, une très bonne connaissance de l'existence des méthodes contraceptives ne signifie pas nécessairement un meilleur usage. Au début des années quatre-vingt, le Kenya était le pays d'Afrique sub-saharienne où les méthodes étaient les moins ignorées des femmes, mais cela n'a pas empêché qu'on y enregistre l'un des taux de prévalence contraceptive les plus faibles du continent [18 : 82].

On observe la même tendance au niveau de la connaissance des lieux d'approvisionnement. Ici encore, la Tunisie vient en tête avec un taux de 96%, suivie du Kenya avec un taux de 88%. Au Cameroun, en revanche, le niveau de connaissance du lieu d'approvisionnement n'est pas aussi élevé (51%). Ceci pourrait s'expliquer par la faible couverture géographique des services de planification familiale et l'insuffisance des campagnes de sensibilisations dans ces pays. En effet, le Cameroun figure parmi les pays où l'appui aux activités de planification familiale est non seulement indirect, mais aussi récent : le premier programme n'y a démarré qu'au milieu des années quatre-vingt [2].

En ce qui concerne l'approvisionnement des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes en Tunisie comme au Kenya, les sources les plus utilisées relèvent du secteur public. Cela se conçoit dans la mesure où la plupart des activités de planification familiale dans ces pays sont soutenues par le gouvernement qui joue un rôle moteur en la matière. Au Cameroun par contre, c'est le secteur privé qui vient en tête. Toutefois, la contribution du secteur public y est non négligeable (30,5%).

Il convient, enfin, de distinguer entre les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles. Notons de prime abord que des trois pays retenus, la Tunisie est celui où la pratique contraceptive moderne est la plus élevée (un taux d'environ 50% en 1994). Le Kenya occupe une position intermédiaire avec un taux de 27% (en 1993). C'est au Cameroun qu'on observe le taux le plus faible (4% en 1991).

Concernant la pratique contraceptive en général, les tendances sont les mêmes. La Tunisie continue d'afficher le taux le plus élevé (60% en 1994), suivie du Kenya (33% en 1993) et du Cameroun (16% en 1991). La différence entre les premiers chiffres et les seconds correspond aux méthodes dites traditionnelles. La part de ces méthodes est plus élevée et connaît une évolution à la hausse au Cameroun (Tab. 2). Elle est passée de 67% en 1978 à 73% en 1991. Au Kenya, cette contribution est beaucoup plus faible qu'au Cameroun ; elle est restée presque stable entre 1977-78 et 1989 autour de 33-36% avant de chuter à 16% entre 1989 et 1993. C'est en Tunisie qu'on observe la contribution des méthodes traditionnelles la plus faible avec une évolution à la baisse comme au Kenya (de 19% à 16% entre 1988 et 1994). Ces résultats tempèrent, si besoin est, le progrès réalisé en matière de contraception au Cameroun car les méthodes traditionnelles qui s'avèrent souvent inefficaces masquent la réalité.

Tableau 2 : Répartition par pays des femmes en union utilisatrices de méthode contraceptive selon le type de méthode

Type de méthode	Pays						
	Cameroun		Kenya			Tunisie	
	1978	1991	1977-78	1989	1993	1988	1994
Moderne	33,3	26,7	64,1	66,5	83,5	81,1	83,7
Traditionnelle	66,7	73,3	35,9	33,5	16,5	18,9	16,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Rapports EMF Cameroun (1978), Kenya (1977-78) ; Rapports EDS Cameroun (1991), Kenya (1993), Tunisie (1988) ; ONFP de Tunisie (1995).

De la Tunisie au Kenya, puis au Cameroun, on enregistre une diminution de la part des méthodes traditionnelles dans la pratique contraceptive. Les méthodes traditionnelles cèdent donc la place aux méthodes modernes au fur et à mesure que la contraception se répand au sein de la population.

Déterminants du recours à la contraception moderne

Nos analyses sur le Kenya portent sur les données de l'enquête démographique et de santé de 1989, afin de pouvoir établir des comparaisons avec le Cameroun (EDS 1991) et la Tunisie (EDS 1988). Nous examinerons par la suite l'évolution de la hié-

rarchie des facteurs explicatifs de la contraception moderne au Kenya, grâce à l'enquête démographique et de santé de 1993.

Influences socio-économiques et culturelles individuelles

Lorsqu'on ne considère que les variables indépendantes liées aux caractéristiques socio-économiques, culturelles et démographiques des femmes (Tab. 3), les résultats sont très variables selon le pays.

Scolarisation féminine

On soulignera tout d'abord la prépondérance de la scolarisation féminine au Cameroun, au Kenya et dans une moindre mesure, en Tunisie. Dans les deux premiers pays, l'instruction est la variable qui influence le plus la pratique contraceptive moderne, suivie de l'âge et de l'activité de la femme. Au Cameroun comme au Kenya, c'est à partir de 7 ans d'études que le comportement des femmes face à la pratique contraceptive moderne est significativement différent de celui des femmes non scolarisées. Les premières ont 2,5 fois au Cameroun et 1,7 fois au Kenya plus de chance de pratiquer la contraception moderne que les analphabètes. Ce phénomène est également valable pour l'instruction du mari. La femme dont le mari a effectué au moins 7 années d'études a plus de chance (50% de plus au Cameroun et 23% de plus au Kenya) de pratiquer la contraception moderne. En Tunisie, en revanche, c'est le groupe des femmes ayant 5 à 6 ans d'études qui se distingue des autres : leur probabilité de recours à la contraception moderne est d'environ 23% supérieure à celle des autres femmes. La prévalence contraceptive moderne des analphabètes est meilleure que celles des femmes qui ont fait 1 à 4 ans d'études au Cameroun. Dans ce pays, les femmes non scolarisées ont deux fois plus de chance de pratiquer la contraception moderne que celles ayant accompli 1 à 4 années d'études, sans doute parce que les premières sont beaucoup plus réceptives aux campagnes d'information, d'éducation et de communication.

Milieu d'habitat

Le lieu de résidence s'est avérée être la variable la plus influente en Tunisie et, dans un degré moindre, au Kenya. Au Cameroun, son rôle est inexistant. En Tunisie, la forte influence du milieu d'habitat provient du fait que l'installation des services de planification familiale a débuté en milieu urbain où ils sont très développés ; ce n'est que plus tard et de façon progressive que ces services ont été étendus au milieu rural où ils sont relativement moins développés, surtout dans les zones enclavées. Au Cameroun, l'absence d'effet significatif du milieu de résidence ne signifie pas que la ville n'exerce pas d'influence sur la pratique contraceptive moderne. Mais, comme nous l'avons souligné [1], l'impact du milieu de résidence au Cameroun est médiatisé par l'instruction ; les citadines sont nettement plus scolarisées que les femmes résidant en milieu rural, elles ont plus de chance de pratiquer la contraception moderne. La présence, dans notre modèle, de l'instruction de la femme neutralise ainsi l'effet du lieu de résidence.

Age

L'âge joue un rôle déterminant dans les trois pays. Les jeunes femmes (moins de 25 ans) ont une probabilité moindre d'utiliser la contraception moderne que les

femmes âgées de 35 ans et plus. Ces dernières ayant fort probablement atteint, voire dépassé, leur fécondité désirée, on peut penser qu'elles sont plus enclines à pratiquer la contraception que les premières qui sont pour la plupart au début de leur vie féconde. On notera toutefois des différences entre d'une part le Cameroun et d'autre part le Kenya et la Tunisie. Au Cameroun, on n'enregistre aucune différence significative entre les groupes d'âges 25-34 ans et 35 ans et plus, tandis que dans les deux autres pays, le groupe 25-34 ans, où la fécondité atteint son maximum, est celui qui pratique le plus la contraception moderne. Enfin, la pratique contraceptive moderne semble relativement plus répandue chez les jeunes femmes tunisiennes que chez leurs congénères du Cameroun et du Kenya. Les premières semblent mieux informées et plus sensibilisées sur la planification familiale que les autres.

Tableau 3: Résultats de la régression quand on ne tient pas compte des variables relatives aux attitudes

Variables indépendantes		Pays											
		Cameroun (1991)			Kenya (1989)			Kenya (1993)			Tunisie (1988)		
		or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig
Age (35-49 ans)	15-24 ans	2	0,46	+++	2	0,46	+++	2	0,42	+++	2	0,60	+++
	25-34 ans		0,83	-		1,14	++		1,29	+++		1,09	+
Années d'étude (non scolarisé)	1-4 ans	1	0,49	++	1	0,98	-	1	0,79	+++	3	0,94	-
	5-6 ans		1,31	-		1,11	-		1,23	+++		1,23	+++
	7 ans et plus		2,51	+++		1,67	+++		1,66	+++		0,97	-
Années d'étude du conjoint (non scolarisé)	1-4 ans	5	0,99	-	4	1,21	+	3	0,92	-			
	5-6 ans		1,29	-		0,96	-		0,89	-			
	7 ans et plus		1,49	++		1,23	+++		1,54	+++			
Religion* (musulmane)	Chrétienne							4	1,31	++			
	Autre								0,51	+++			
Occupation du conjoint (agriculteur (4))	Cadre (1)	4	1,21	+	6	1,18	++	7	1,29	+++			
	Commerce (2)		1,54	++		1,26	+++		1,06	-			
	Manœuvre (3)		1,71	++		0,84	+		1,04	-			
	Chômeur		1,02	-		0,86	-		0,68	++			
Occupation de la femme (agriculteur (4))	Cadre (1)	3	1,20	+	3	1,29 ¹	+++	5	1,13 ¹	+++			
	Commerce (5)		1,89	+++		1,00 ²			1,00 ²				
	Chômeur		1,21	-									
Lieu de résidence actuel (rural)	Urbain				5	1,15	+++	6	1,15	+++	1	1,40	+++

*risque : risque relatif ; or : ordre croissant d'influence de la variable sur la pratique contraceptive moderne ; sig : signification (+ : significatif à 10%, ++ : significatif à 5%, +++ : significatif à 1%, - : non significatif) ; * : variables non saisies en Tunisie. Au Kenya et en Tunisie, l'occupation de la femme a seulement deux modalités : ¹ : la femme travaille, ² : la femme ne travaille pas (pour ces deux pays, ² est la modalité de référence) ; (1) : Cadre, professions libérales, chef d'entreprise et techniciens du secteur organisé ; (2) : Commerce, autre service ; (3) : Manœuvre, technicien du secteur non organisé ; (4) : Agriculture, pêche, élevage ; (5) : Commerce, manœuvre, technicienne du secteur organisé et autre service.*

Activités de la femme et de son mari

La profession de la femme exerce une influence non négligeable sur la pratique contraceptive au Cameroun et au Kenya. Au Cameroun, les agricultrices et les chômeuses ont tendance à moins pratiquer la contraception moderne que les autres femmes. Cela s'observe également pour l'activité du mari. Les agriculteurs ayant

besoin d'une main-d'œuvre abondante pour les travaux des champs, et donc d'une progéniture nombreuse, il est normal que leurs femmes recourent moins que les femmes des autres travailleurs à la contraception moderne. Par ailleurs, le conflit maternité-emploi peut expliquer en partie la propension des femmes travaillant dans le secteur non agricole à recourir à la contraception moderne. L'absence d'influence de la profession de la femme sur sa pratique contraceptive en Tunisie peut s'expliquer par le soutien (financier) du gouvernement et des organisations non-gouvernementales aux programmes de planification familiale, rendant ainsi les coûts des services de planification familiale et des méthodes contraceptives financièrement accessibles à la grande majorité de la population. Le revenu des ménages (mesuré à travers la profession) n'est ainsi pas discriminant en ce qui concerne l'acquisition de contraceptifs, une fois prise la décision d'y recourir.

En résumé, l'analyse comparative des déterminants de la contraception moderne dans les trois pays révèle la prépondérance de la scolarisation féminine, de l'âge, de l'activité économique (sauf en Tunisie) et du milieu d'habitat (sauf au Cameroun).

Influence des attitudes face à la pratique contraceptive moderne

Le tableau 4 fournit les résultats de la régression où l'on tient compte en plus des variables socio-économiques, des facteurs relatifs aux attitudes face à la contraception moderne.

Prépondérance de l'avis du conjoint

Au Cameroun et au Kenya, les influences de l'instruction du conjoint et de son activité s'estompent. C'est l'avis du conjoint sur la pratique contraceptive qui devient la variable la plus influente. Les femmes dont le mari approuve l'utilisation d'une méthode contraceptive ont une plus grande probabilité de pratiquer la contraception moderne que celles dont le conjoint désapprouve la pratique contraceptive³. L'avis de la femme sur la pratique contraceptive est aussi déterminant, mais son influence est plus faible que celle de l'homme. L'influence de l'activité de la femme est maintenue et devient plus significative. La discussion avec le conjoint des méthodes contraceptives est aussi favorable à la pratique contraceptive moderne, cette influence est cependant beaucoup plus faible au Kenya qu'au Cameroun. Au regard de ces observations, on peut affirmer que le point de vue de l'homme est fondamental au Cameroun et au Kenya. Dans ces deux pays, c'est l'homme qui détient le pouvoir de décision au sein de la famille. Les activités de planification familiale ne devraient ainsi pas être axées uniquement sur la femme, mais aussi sur l'homme.

Diffusion des informations sur la planification familiale dans les média

En Tunisie, le milieu de résidence reste toujours la variable la plus déterminante, suivie de l'âge. L'influence de l'instruction de la femme passe de la 3^{ème} à la 5^{ème} position, et ce sont l'attitude face à la diffusion des informations sur la planification familiale dans les média et le nombre idéal d'enfants qui occupent respectivement les 3^{ème} et la 4^{ème} places. Les femmes qui approuvent la diffusion des informations

3. Nous pensons que si cette variable avait été saisie en Tunisie, on aurait observé le même résultat.

sur la planification familiale dans les média pratiquent davantage la contraception que celles qui ne l'approuvent pas. L'attitude face à la diffusion des informations sur la planification familiale dans les média n'influence pas fortement la pratique contraceptive moderne au Cameroun. Ceci peut s'expliquer par une insuffisance de ces messages dans les média au Cameroun où les activités de sensibilisation sur la planification familiale sont récentes et moins développées, contrairement au Kenya, et surtout à la Tunisie. La différence de recours à la pratique contraceptive moderne entre les femmes qui trouvent que le nombre idéal d'enfants est de trois au plus et celles qui trouvent que ce nombre est de 7 au moins est significative. Les premières ont plus de chance que les secondes de pratiquer la contraception moderne. Les influences du nombre idéal d'enfants et de l'attitude face à la diffusion des informations sur la planification familiale dans les média s'observent aussi au Kenya où elles occupent respectivement les 5^{ème} et 6^{ème} positions et varient dans le même sens qu'en Tunisie. Toutefois, les femmes qui trouvent que le nombre idéal d'enfants se situe entre 4 et 6 enfants ont moins de chance de pratiquer la contraception moderne que celles pour qui ce nombre est de 7 enfants au moins. Pour les premières, on pourrait penser que leur fécondité réalisée est inférieure à leur nombre idéal d'enfants qui n'est pas encore atteint.

Scolarisation féminine

Au Cameroun, le comportement différentiel face à la pratique contraceptive moderne selon le niveau d'instruction devient significatif quand la femme a fait plus de 4 années d'études alors qu'au Kenya, cette différence s'observe lorsque la femme a accompli au moins 7 ans d'études. En Tunisie, c'est toujours le groupe des femmes ayant 5 à 6 ans d'études qui se distingue des autres.

En définitive

Le rôle des média, du nombre idéal d'enfants et du milieu de résidence est donc important au Kenya et en Tunisie, deux pays où la tradition de programme de planification familiale est ancienne et où la prévalence contraceptive moderne est relativement élevée, comparée à celle du Cameroun. Les stratégies d'information, d'éducation et de communication en planification familiale à travers les média ont, à n'en pas douter, contribué de façon déterminante aux changements de comportements en matière de contraception des Kenyanes et des Tunisiennes. Ce n'est pas le cas au Cameroun.

Par ailleurs, l'influence du mari est prépondérante dans les deux pays sub-sahariens. Au Kenya comme au Cameroun, l'avis du mari sur la contraception est la variable la plus importante. Son approbation pour les méthodes contraceptives modernes fait plus que doubler la probabilité pour la femme d'y recourir. Autrement dit, dans ces deux pays, une campagne d'information, d'éducation et de communication adressée aux hommes peut, si elle est efficace, faire progresser sensiblement la prévalence contraceptive moderne. Ce résultat a également été observé dans d'autres pays d'Afrique, tels que le Ghana, le Soudan et le Zimbabwe où les hommes pensent qu'ils ont leur mot à dire sur la planification familiale [15: 12].

Tableau 4 : Résultats de la régression quand on tient compte des variables relatives aux attitudes

Variables indépendantes		Pays											
		Cameroun (1991)			Kenya (1989)			Kenya (1993)			Tunisie (1988)		
		or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig
Age (35-49 ans)	15-24 ans	5	0,54	+++	3	0,47	+++	2	0,40	+++	2	0,59	+++
	25-34 ans		0,93	-		1,16	+++		1,26	+++		1,08	-
Années d'étude (non scolarisé)	1-4 ans	6	0,77	-	4	1,02	-	3	0,81	+++	5	0,94	-
	5-6 ans		1,75	++		1,06	-		1,20	++		1,20	+++
	7 ans et plus		2,22	+++		1,41	+++		1,51	+++		0,96	-
Années d'étude du conjoint (non scolarisé)	1-4 ans							5	0,91	-			
	5-6 ans								0,87	-			
	7 ans et plus								1,49	+++			
Religion* (musulmane)	Chrétienne							8	1,13	-			
	Autre								0,55	+++			
Occupation du conjoint (agriculteur (4))	Cadre (1)				10	1,12	-						
	Commerce (2)					1,22	++						
	Manœuvre (3)					0,89	-						
	Chômeur					0,92	-						
Occupation de la femme (agriculteur (4))	Cadre (1)	2	1,74	+	2	1,23 ¹	+++	7	1,13 ¹	+++			
	Commerce (5)		2,94	+++		1,00 ²			1,00 ²				
	Chômeur		1,99	+++									
Lieu de résiden- ce actuel (rural)	Urbain				8	1,15	+++				1	1,34	+++
Avis sur la diffusion d'information sur la PF dans les médias (contre)	Pour				6	2,17	+++				3	1,47	+++
Avis sur la contraception* (désapprouve)	Approuve	4	1,98	++	9	1,24	+++	4	1,92	+++			
Avis du conjoint sur la contraception* (désapprouve)	Approuve	1	1,86	+++	1	2,46	+++	6	1,14	+++			
Discussion avec le conjoint de la contraception* (non)	Oui	3	1,79	+++	7	1,84	+++						
Nombre idéal d'enfants (7 et plus)	Moins de 4				5	1,45	+++	1	1,65	+++	4	1,19	+++
	4 à 6					0,82	++		0,91	-		1,09	-

risque : risque relatif ; or : ordre croissant d'influence de la variable sur la pratique contraceptive moderne ; sig : signification (+ : significatif à 10%, ++ : significatif à 5%, +++ : significatif à 1%, - : non significatif) ; * : variables non saisies en Tunisie. Au Kenya et en Tunisie, l'occupation de la femme a seulement deux modalités : ¹ : la femme travaille, ² : la femme ne travaille pas (pour ces deux pays, ² est la modalité de référence) ; (1) : Cadre, professions libérales, chef d'entreprise et techniciens du secteur organisé ; (2) : Commerce, autre service ; (3) : Manœuvre, technicien du secteur non organisé ; (4) : Agriculture, pêche, élevage ; (5) : Commerce, manœuvre, technicienne du secteur organisé et autre service.

Évolution des déterminants au Kenya

Au Kenya, les données permettent une comparaison dans le temps : de 1989 à 1993, la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 18% à 27%. La comparaison des facteurs explicatifs de deux périodes confirme la prépondérance de la scolarisation de la femme et de son âge. Alors que son influence n'était pas considérable en 1989, la religion occupe la quatrième position en 1993, soit bien avant le travail de la femme et de son conjoint ainsi que le lieu de résidence. Par rapport aux femmes musulmanes, les chrétiennes ont une probabilité de recourir à la contraception moderne de 30% supérieure. Les adhérentes aux autres religions ont deux fois moins de chance que les musulmanes d'y recourir. Contrairement à 1989, la prise en compte des variables liées aux attitudes dénote cette fois-ci la prépondérance du nombre idéal d'enfants dans le recours contraceptif moderne. Cette variable explique en grande partie l'évolution de la prévalence contraceptive observée entre 1989 et 1993. En effet, la proportion de femmes ayant un nombre idéal d'enfant inférieur à 4 a sensiblement augmenté durant cette période, passant de 18% à 34%. Ceci résulte sans doute des différentes campagnes d'information, d'éducation et de communication menées dans ce pays. Un autre élément important à signaler concerne l'avis du conjoint : même s'il demeure relativement important, il n'occupe plus que la sixième place dans la hiérarchie des facteurs explicatifs.

*

* *

L'amélioration des connaissances des différentes méthodes contraceptives ne suffit pas pour améliorer la prévalence. Pour insuffler un grand élan à la diffusion rapide de la contraception au sein de la population, les services de planification familiale doivent être rendus disponibles et accessibles d'un point de vue géographique, financier et culturel. Pour cela, le soutien réel des autorités politiques est essentiel. Cet appui du gouvernement, même s'il n'a pas conditionné l'exercice des activités de planification familiale dans différents pays, est indispensable pour obtenir des résultats palpables. En Tunisie et au Kenya, cela s'est réalisé à travers la création et la mise en place effective d'une structure chargée de coordonner les activités de planification familiale aussi bien du secteur public que privé. C'est une expérience à reproduire dans d'autres pays si l'on veut donner un coup d'accélérateur au recours contraceptif moderne sur le continent.

L'analyse au niveau individuel met en lumière le rôle important joué par l'information, l'éducation et la communication à travers les médias : changements d'attitudes, de perception et de comportement en matière de contraception. Par rapport aux deux autres pays, le Cameroun souffre d'un déficit d'information, d'éducation et de communication. Les résultats obtenus suggèrent qu'en Afrique sub-saharienne, en dehors des femmes, les hommes doivent également être pris en compte : leur avis sur la contraception prime sur toute autre considération (scolarisation, profession, etc.), c'est la variable la plus influente. C'est le cas du Cameroun (1991) et du Kenya (1989). Toutefois, l'exemple kenyan de 1993 montre que lorsque le processus de transition est enclenché, l'avis du conjoint devient moins important.

En outre, cette étude confirme les résultats observés dans d'autres pays, relatifs à l'importance de la participation de la femme à la prise de décision au sein du ménage.

ge. On a ainsi remarqué qu'une discussion entre hommes et femmes au sujet des méthodes contraceptives permet d'augmenter les chances de recours contraceptif moderne aussi bien au Cameroun qu'au Kenya. Il y a lieu de penser que l'amélioration du statut de la femme entraînera, entre autre, celle de la prévalence contraceptive moderne.

Bibliographie

1. AKOTO E. et KANDEM H., 1998, Comportement procréateur face à la crise et milieu d'habitat en Afrique, in GENDREAU F., *Dir., Crises, pauvreté et changements démographiques dans les Pays du Sud*, AUPELF/UREF, ESTEM, Paris, p. 317-338.
2. BELLA N., 1998, *Les politiques de population dans deux pays en développement : le Cameroun et la Thaïlande*, Les Cahiers de l'IFORD, N° 17, Yaoundé, 156 p.
3. CHAMIE J., 1988, Les positions et politiques gouvernementales en matière de fécondité et de planification familiale, in TABUTIN D., *Dir, Population et sociétés en Afrique du Sud du Sahara*, l'Harmattan, Paris, p. 167-190.
4. JOHNSON S.P., 1994, *World Population — Turning the tide. Three decades of progress*, Graham & Trotman, Londres, 388 P.
5. LOCOH T., 1998, La fécondité en Afrique Noire : un progrès rapide des connaissances, mais un avenir encore difficile à discerner, *les dossiers du CEPED*, n° 3, CEPED, Paris, 26 p.
6. MAKINWA P., Content of Population Policies : African Countries, in United Nations, *Population Policies and Programmes*, New-York, United Nations, ST/ESA/SER.R/128, p. 42-52.
7. NGONDO A PITSHANDENG S., 1994, Politiques et programmes de population en Afrique : précision des objectifs et adéquation des moyens, in GENDREAU D., NZITA KIKHELA D. et GUERIN V., *Dir., L'évaluation des politiques et programmes de population*, John Libbey Eurotext, Paris, p. 99-109.
8. NGEWE E., 1998, *Un aperçu des problèmes de population en Afrique*, Communication présentée au Séminaire de l'UEPA sur La Sensibilisation des Responsables de Comités Nationaux de Population, Kinshasa, 19 p.
9. NZITA KIKHELA D., 1998, *Les politiques de population en Afrique : état et principaux acquis*, Communication présentée au Séminaire de l'UEPA sur La Sensibilisation des Responsables de Comités Nationaux de Population, Kinshasa, 19 p.
10. RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN, COMMISSION NATIONALE DE LA POPULATION, 1993, *Déclaration de la politique nationale de population*, Yaoundé, 62 p.
11. RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL/DIRECTION DE LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES, 1996, *La déclaration de Politique de Population à la lumière des enseignements islamiques*, Projet UNICOM II.
12. RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR, Loi n° 90-030 relative à la Politique Nationale de Population pour le Développement Économique et Social.
13. RÉPUBLIQUE TUNISIENNE, OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1995, *La planification familiale en Tunisie. Fondements, Résultats, Perspectives*, Tunis, ONFP.
14. RÉPUBLIQUE TUNISIENNE, OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIALE ET DE LA POPULATION, 1981, *Législation et politique tunisienne en matière de population*, Tunis, ONPFP.
15. RONO P.K., 1998, Family size preferences and attitudes towards contraceptive use among men : the case of Kappuno Community in Nandi district of Kenya. An analysis of patriarchal implications on fertility regulation, *UAPS Study Report*, n° 34, 72 p.

16. SAHLI S., 1981, La pensée démographique tunisienne à travers les discours présidentiels, in *République Tunisienne/Office National du Planning familial et de la Population, Législation et politique tunisienne en matière de population*, Tunis, ONPFP, P. 319-327.
17. SALA-DIAKANDA D.M. et GUBRY P., 1988, Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances, *Les dossiers du CEPED*, n° 2, CEPED, Paris, 50 p.
18. SALA-DIAKANDA D.M., 1994, L'évaluation de l'objectif de maîtrise de la croissance démographique en Afrique, in GENDREAU F., NZITA KIKHELA D. et GUERIN V., *Dir., L'évaluation des politiques et programmes de population*, John Libbey Eurotext, Paris, p. 77-84.
19. UNECA, 1993, *An assessment of the formulation and implementation of National Population Programmes in ECA member states during the 1990s*, ECA/POP/TP/93/1 [3(b) (i)].
20. UNECA, 1993, *Evaluation of Institutional Arrangements for the Formulation and implementation of National Population Programmes in ECA member States*, ECA/POP/TP/93/3(b)/2.
21. UNECA, 1996, *Comparative study on management of family planning programmes in selected African countries*, E/ECA/SER.A./13.
22. UNITED-NATIONS, 1989, *Trends in Population Policy*, *Population Studies*, n° 114, New-York, United Nations, 387 p.
23. UNITED NATIONS, 1989, *World Population Policies, vol. II & III*, New-York, United Nations, ST/ESA/SER.A./102/Add1 & ST/ESA/SER.A./102/Add2.
24. UNITED NATIONS, 1995, *Global Population Policy data base, 1993*, New-York, United Nations, ST/ESA/SER.R./138.
25. VIMARD P., 1996, Évolutions de la fécondité et crises africaines, in COUSSY J. et VALLIN J., *Dir., Crise et Population en Afrique*, Les Études du CEPED, n° 13, Paris, p. 293-318.

19. Impact de la distribution de produits contraceptifs en milieu rural au Burkina Faso : le cas du Bazèga

Banza Baya¹

Au titre de sa stratégie pour le développement du programme de planification familiale (PF), le Ministère de la Santé du Burkina Faso a entrepris d'expérimenter une approche visant à faire face aux besoins de services de planification familiale non satisfaits en milieu rural. Ainsi, il procède actuellement à l'expérimentation de modèles de distribution communautaire de méthodes contraceptives dans le cadre du Laboratoire de Santé Communautaire (LSC) du Bazèga. Cette approche à travers laquelle des volontaires issus de la communauté fournissent les services à domicile ou renvoient la population aux structures sanitaires, est supposée être un moyen permettant d'atteindre un nombre assez important de client(es) potentiel(les) en zone rurale.

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'impact de l'intervention des services à base communautaire (SBC) sur les comportements en matière de contraception. La population cible, c'est-à-dire celle bénéficiant de l'intervention d'agents SBC, diffère-t-elle de la population témoin (celle ne bénéficiant pas d'intervention) en matière de contraception ? Nous tentons de répondre entre autres aux questions suivantes : les couples expriment-ils plus leur souhait d'espacer et/ou de limiter leur descendance du fait de l'intervention SBC ? Comment le taux de prévalence contraceptive a-t-il varié dans chacun des deux cas ? Comment la demande de contraception a-t-elle évolué dans les deux cas ? Quelles ont été les modifications dans la perception de la contraception ?

Les données utilisées proviennent de deux séries d'enquêtes portant sur une population bénéficiant de l'intervention et sur une population témoin. Une première, dite enquête de base a été menée d'avril à juin 1996, avant le début des activités de SBC. La seconde série est intervenue dix-huit mois après la mise en œuvre de la stratégie de distribution à base communautaire, afin d'évaluer les progrès accomplis au cours de la période.

Les résultats indiquent un accroissement significatif de la prévalence contraceptive dans la zone d'expérimentation (par rapport à la zone témoin), c'est-à-dire celle bénéficiant de la présence des volontaires des services à base communautaire. Cependant, on doit se demander si l'on peut compter, de façon durable, sur le travail bénévole d'agents communautaires qui doivent chaque jour faire face à de dures conditions d'existence.

1. UERD, Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

La fécondité des femmes au Burkina Faso demeure très élevée. Elle est d'environ sept enfants par femme [7]. La timide transition de la fécondité révélée par l'Enquête Démographique et de Santé ne semble se manifester qu'en milieu urbain, où vit à peine un burkinabé sur cinq. La prévalence contraceptive qui était estimée à 10% pour l'ensemble du pays en 1993 n'était que de 1,5% en milieu rural. Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé révèlent toutefois l'existence de besoins non satisfaits en matière de PF.

Le programme de PF du Burkina Faso a été officiellement adopté au milieu des années quatre-vingt. Depuis cette date, les services de PF se sont progressivement mis en place dans les formations sanitaires publiques du pays. Les deux principales associations privées de prestation de services de PF que sont l'Association Burkinabé pour le Bien-être Familial (ABBEF) et l'Association Burkinabé des sages-femmes (ABSF) ont renforcé et diversifié leurs interventions sur le terrain [13]. Toutefois le programme de PF est, comme l'ensemble des services de santé, beaucoup plus concentré dans les zones urbaines où il a connu plus de succès [7].

Ce sera seulement à la suite de l'adoption de la politique de population du Burkina Faso en 1991 que le Ministère de la Santé élaborera en 1992 une « stratégie pour le développement du programme de PF² au Burkina Faso couvrant la période 1993-98 ». Au titre des stratégies pour augmenter la disponibilité des prestations de services de PF, l'expérimentation de modèles de distribution communautaire de méthodes contraceptives est recommandée. Plusieurs organisations ont donc mis en œuvre cette recommandation [13].

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne, en effet les formations sanitaires sont au Burkina Faso la principale source d'approvisionnement des services de PF. Cependant, en raison des longues distances que les populations ont souvent à parcourir pour se rendre dans une formation sanitaire et en raison aussi des autres considérations ayant trait à la qualité des services [3 et 12], l'accès est parfois limité pour des utilisateurs potentiels des services de santé de la reproduction. Par conséquent, plusieurs programmes ont développé et mis en œuvre des approches alternatives hors formation sanitaire afin de mettre les services à la disposition des populations.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a entrepris d'expérimenter une approche visant à faire face aux besoins de services de PF non satisfaits en milieu rural. Le Laboratoire de Santé Communautaire (LSC)³ du Bazèga a ainsi été mis en place afin de tester des systèmes permettant d'atteindre un nombre assez important de client(es) potentiel(les). Pour ce faire, une stratégie de fourniture de services à base communautaire (SBC) a été mise en œuvre leur offrant des services à domicile ou les dirigeant vers les structures sanitaires.

2. La planification familiale est définie au Burkina Faso comme étant « l'ensemble des mesures éducatives, psycho-sociales et techniques offertes aux individus et aux couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, d'éviter les grossesses non désirées, d'espacer les naissances et de déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille » [10].

3. Le LSC se veut une station de recherche capable de jouer un rôle similaire à celui du Centre de recherche en santé de Navrongo au Ghana [1]; c'est-à-dire créer un environnement pour évaluer de nouvelles approches novatrices dans la prestation de services de santé et de population avant leur utilisation à grande échelle et leur exécution au niveau national. Outre le Ministère de la Santé (DSF), les autres institutions impliquées dans les activités du LSC sont le Population Council, Mwangaza et l'UERD. L'USAID et la Fondation Rockefeller en sont actuellement les bailleurs de fonds.

Bien que variant dans leur structure et dans leur fonctionnement, les programmes SBC consistent essentiellement à mettre à la disposition de la communauté, des agents issus de cette même communauté, qui ont à charge d'éduquer les membres de la communauté en matière de PF et autres services. Ces agents distribuent ou vendent des contraceptifs, ainsi que quelques médicaments sélectionnés.

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'impact de l'intervention SBC sur les comportements en matière de contraception en milieu rural au Burkina Faso. La population cible, c'est-à-dire, celle bénéficiant de l'intervention d'agents SBC diffère-t-elle de la population témoin (celle ne bénéficiant pas d'intervention) en matière de contraception ? Nous tentons de répondre entre autres aux questions suivantes : les couples expriment-ils davantage leur souhait d'espacer et/ou de limiter leur descendance du fait de l'intervention SBC ? Comment le taux de prévalence contraceptive a-t-il varié dans chacun des deux cas ? Comment la demande de contraception a-t-elle évolué dans les deux cas ? Quelles ont été les modifications dans la perception de la contraception ?

Nous décrirons tout d'abord les caractéristiques du champ d'investigation, puis l'approche méthodologique et les hypothèses qui sous-tendent la démarche. Nous présenterons enfin quelques résultats issus de l'expérience conduite sur le terrain.

Cadre de l'étude

Caractéristiques de la population

La zone d'étude du LSC est une zone entièrement rurale peuplée majoritairement par l'ethnie mossi. Près de la moitié de la population est musulmane ; l'autre moitié se partageant entre l'animisme (environ 30%) et le christianisme (environ 20%) [8].

Les résultats de l'enquête de base réalisée en 1996 indiquent des caractéristiques de l'aire d'investigation assez proches de celles du Burkina Faso rural [14]. La concession abrite en moyenne 1,4 ménage, avec une taille moyenne du ménage d'environ sept personnes (6,8), soit environ une dizaine de personnes par concession (9,5).

Environ un chef de ménage sur dix (9,0%) est de sexe féminin, ce qui est un résultat proche de celui fourni pour le milieu rural par le recensement général de la population de 1985 où la proportion de chefs de ménage femmes était de 9,3% [6].

L'habitat de l'aire du LSC est de type traditionnel. Les murs sont essentiellement faits en banco ; le sol est surtout fait de terre battue, et de ciment dans une moindre mesure. La paille puis la tôle constituent dans l'ensemble, les principaux matériaux du toit.

La pratique de l'excision y demeure largement répandue. La prévalence y est estimée à 79% chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans).

Les données sur la mortalité indiquent qu'environ un enfant sur cinq né dans la zone meurt avant de fêter son cinquième anniversaire.

La structure par grands groupes d'âges révèle une extrême jeunesse de la population, conformément à la tendance observée au niveau national. Environ un résident sur deux (51,1%) est âgé de moins de 15 ans. La faible part de la population âgée de 65 ans et plus (4,6%) traduit le faible niveau de l'espérance de vie à la naissance.

Le rapport de masculinité est de 91 hommes pour 100 femmes. Ce rapport numérique entre les deux sexes n'est pas identique aux différents âges. C'est surtout dans la tranche d'âge de 20 à 60 ans que l'on observe un important déficit masculin, probablement imputable à l'émigration. En effet, selon les résultats de l'enquête démographique de 1991, le Bazèga se classe au troisième rang des provinces pourvoyeuses en migrants vers les autres provinces du pays.

Caractéristiques de la fécondité et de la prévalence contraceptive

La parité moyenne observée montre une précocité de la fécondité. Un cinquième des femmes de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant. Dans la tranche d'âges 20-24 ans, 16% des femmes ont déjà eu au moins trois naissances vivantes. Le problème de la santé reproductive des adolescentes se pose donc avec acuité. Cette précocité de la fécondité s'explique en partie par la précocité et l'intensité du mariage. En effet l'âge moyen au premier mariage des filles est de 17,7 ans et à 20-24 ans, 95% des femmes sont déjà mariées. Il n'y a presque pas de célibat définitif féminin (moins de 1% des femmes).

Les discussions au sein du couple sur la reproduction, particulièrement sur le nombre d'enfants désirés sont particulièrement peu nombreuses : 88,4% des femmes et 85,4% des hommes déclarent n'avoir jamais discuté de la question avec le (la) partenaire. Quant aux facteurs pouvant influencer sur le nombre d'enfants, une forte proportion s'en remet à Dieu (35% chez les femmes et 53% chez les hommes).

Trois femmes sur cinq (63%) en âge de procréer ont déjà entendu parler d'espace-ment des naissances. Chez les hommes, la proportion est plus importante (79%). Alors que chez les hommes cette proportion varie faiblement d'une zone à l'autre, chez les femmes, la variation est beaucoup plus forte.

Parmi les personnes ayant déjà entendu parler de PF, au moins sept sur dix (respectivement 72 et 78% des hommes et des femmes) déclarent approuver la PF. Cependant, il semble y avoir peu d'hommes (moins d'un sur quatre) qui encouragent leurs épouses en matière de PF.

Pour la plupart des personnes interrogées (plus de 80% de chaque sexe), l'intervalle intergénéral devrait être au minimum de trois ans. Concernant la signification de la PF, la majorité des femmes estiment qu'elle permet de laisser la mère se reposer alors que du côté des hommes, ceux-ci pensent qu'elle permet à la mère de mieux s'occuper des enfants.

Environ une femme sur dix et un homme sur cinq pensent qu'il existe des inconvénients liés à la PF. Les inconvénients le plus souvent cités ont trait aux ennuis de santé occasionnés par la contraception. A noter aussi que les femmes citent l'opposition du mari et le coût élevé de la PF comme étant des inconvénients.

La pilule et le condom sont les méthodes contraceptives les plus connues des femmes interrogées. Les hommes quant à eux, citent plus souvent le condom et l'abstinence périodique. Quels que soient le sexe et la zone considérés, la méthode la plus utilisée de tous temps est l'abstinence périodique. Les méthodes contraceptives modernes le sont à un moindre degré.

Parmi les femmes n'utilisant pas actuellement de méthode contraceptive, environ 2/5 déclarent avoir l'intention d'en utiliser dans l'avenir, contre une proportion à peu près équivalente qui n'en a pas l'intention. La pilule semble être la méthode préférée par les femmes qui ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir. A noter toutefois que le taux de préférence de la pilule chez les futures utilisatrices de PF varie d'une zone à l'autre. La proportion des femmes indécises est aussi non négligeable.

Pour les femmes n'utilisant pas la contraception, les principales raisons avancées sont l'absence de rapports sexuels, le désir d'enfant et le manque d'information.

Les principales sources d'information des populations enquêtées sur la PF sont le personnel de santé et la radio.

Quel que soit leur sexe, les enquêtés sont relativement plus nombreux (un tiers environ) à penser que la décision du choix de la méthode contraceptive incombe à l'homme.

Méthodologie

L'étude cherche à tester l'efficacité de deux formules expérimentales et à les comparer à une zone témoin dans laquelle le programme gouvernemental habituel est en cours (Fig. 1). Dans la première zone (A), le personnel des centres de santé publics existants a été recyclé par une formation aux prestations de services de PF. Les cinq centres de santé ont également été approvisionnés d'un grand nombre de méthodes contraceptives.

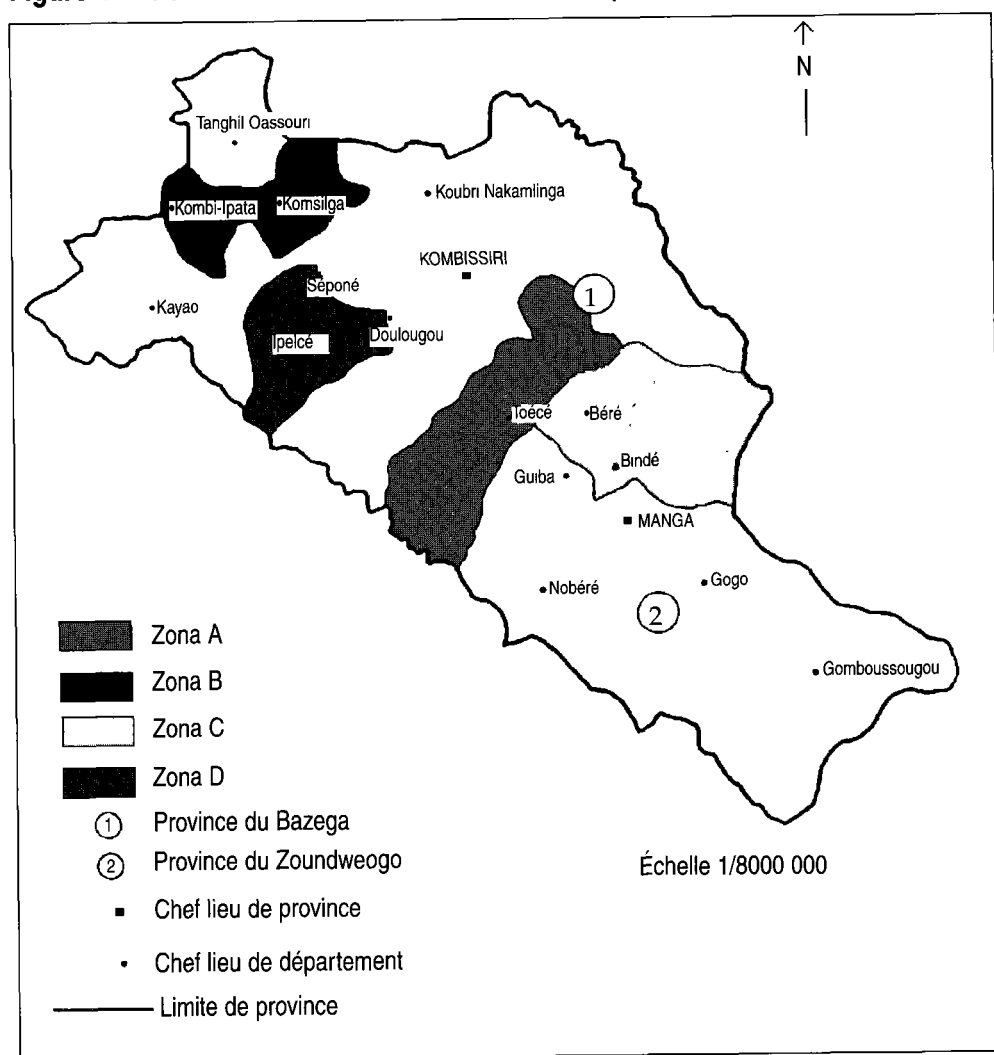
En zone B, en plus de la même organisation que dans la zone A, des agents SBC (en moyenne deux par village), interviennent. Ils sont recrutés et formés pour effectuer des visites à domicile. Cette zone comprend six formations sanitaires. Elle constitue la zone expérimentale par excellence. Par conséquent c'est dans cette zone que l'impact le plus important est attendu.

Ces agents SBC sont des volontaires sélectionnés par la communauté elle-même en dehors de toute intervention de l'autorité médicale. Le recrutement des agents SBC a été conduit par une ONG nationale (Mwangaza), spécialisée dans le domaine de la mobilisation sociale. Ces volontaires sont formés pour faire des visites à domicile, vendre des contraceptifs (condoms, mousses et pilules), recommander aux clientes les centres de santé auxquels elles peuvent s'adresser pour d'autres services et également offrir quelques services de santé comme les sels de réhydratation par voie orale (SRO) en cas de diarrhée et de la nivaquine en cas de paludisme. Chaque agent SBC a reçu une bicyclette pour ses déplacements et un sac pour le transport du matériel.

Deux autres zones ont été enquêtées aux fins de comparaison. La zone C est une zone témoin située dans une province voisine (Zoundwéogo) de celle qui abrite les deux premières zones. Aucune activité spéciale d'intervention n'y est envisagée. Elle comprend les villages relevant de deux formations sanitaires. Elle a été choisie suffisamment éloignée de la zone d'expérimentation (B) pour éviter les risques de contamination. La zone D, également zone de comparaison, est située dans la province du Bazèga. C'est une zone où l'ONG « Save The Children » a mené au cours des dix dernières années (qui ont précédé 1995) des activités ayant trait aux services de santé primaires et de PF. Il n'y est pas prévu d'intervention dans le cadre du pro-

jet SBC. La zone D comprend les villages relevant de six formations sanitaires. L'ajout de la zone D à notre champ d'investigation vise à explorer l'hypothèse de maintien ou de détérioration du niveau des indicateurs de santé à la suite du retrait de la zone de l'ONG Save the Children. Le tableau I récapitule l'approche méthodologique et le découpage du champ d'investigation en zones A, B, C et D est porté sur la figure 1.

Figure 1 : Laboratoire de Santé communautaire (Burkina Faso) : zones d'étude



Les données utilisées proviennent de deux séries d'enquêtes. Une première, dite enquête de base, a été menée entre avril et juin 1996, avant le début des activités de SBC. La seconde série est intervenue deux années après la première et dix huit mois après la mise en œuvre de la SBC, afin d'évaluer les progrès accomplis au cours de la période. Le questionnaire de type EDS, a été administré à toute femme en âge de procréer (15-49 ans) et à tout homme chef de ménage, âgé de 18 ans et plus, résidant dans les concessions échantillonnées pour l'étude. Les concessions visitées en 1996 l'ont été à nouveau en 1998.

Tableau 1 : Approche méthodologique (LSC, 1996)

Zones expérimentales	A (expérience 1) –Rénovation des services de santé –Recyclage du personnel –Mise à disposition d'une gamme variée de produits contraceptifs	B (expérience 2) –Rénovation des services de santé –Recyclage du personnel –Mise à disposition d'une gamme variée de produits contraceptifs –Présence d'agents SBS
Zones témoin et de comparaison	C (témoin) Services gouvernementaux habituels de santé	D (comparaison) Zone d'intervention de l'ONG « Save the Children » au cours des dix années ayant précédé 1995

Hypothèses

On peut penser que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes va s'accroître si des campagnes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) sont menées en direction des utilisateurs potentiels en même temps que l'on accroît la disponibilité des services. En même temps qu'ils approvisionnent les nouvelles personnes utilisatrices de la PF et qu'ils réapprovisionnent les anciens utilisateurs, les agents SBS mènent des activités d'IEC.

Comme l'ont souligné plusieurs auteurs [2, 4 et 5], parmi les variables qui influencent la fécondité, la contraception apparaît comme une composante centrale lorsque les couples sexuellement actifs souhaitent réduire leur fécondité en deçà de leur potentiel naturel. Des études ont montré que les politiques, les lois et les programmes gouvernementaux qui soutiennent et font la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives, ont une grande influence sur la fécondité [5].

La hausse de la prévalence contraceptive devrait se traduire à terme par une baisse de la fécondité. Cependant, en raison de l'idéologie pro-nataliste fortement ancrée dans cette société, il serait illusoire d'espérer des changements fondamentaux de comportements en matière de reproduction en si peu de temps, deux ans en l'occurrence. C'est pourquoi, même si la baisse de la fécondité, observée grâce à l'indice synthétique de fécondité, est le résultat ultime attendu, ici la pratique contraceptive constitue la variable dépendante qui retient notre attention parce que l'expérience aura été sans effet si la prévalence contraceptive n'a pas augmenté.

La figure 2 présente le cadre conceptuel simplifié de la stratégie SBC.

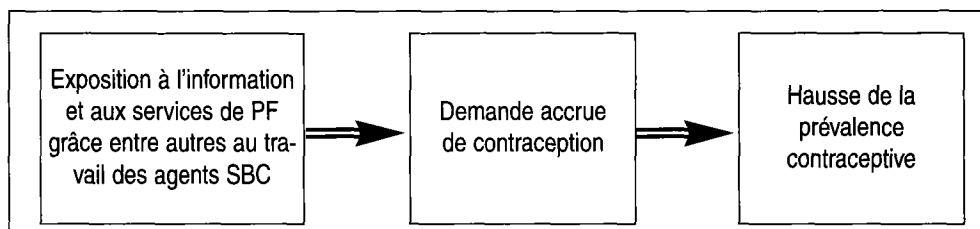
L'hypothèse sous-jacente est que l'intensité des rencontres entre les agents mobiles et les villageois aura un impact sur la demande et l'utilisation des services.

Les activités du programme d'intervention permettent une large information sur les méthodes contraceptives ainsi que leur disponibilité. Il s'ensuivra un accroissement de la demande contraceptive, de même qu'une utilisation accrue des méthodes contraceptives.

En réduisant les temps de déplacement, l'attente des clients(es), bref, en rapprochant les services des utilisateurs, le programme SBC est susceptible de générer une

utilisation de la contraception indépendamment d'un changement dans la demande. Les bénéfices de l'approche SBC se situent aussi au plan psychologique : les services sont mis à la disposition des populations dans un cadre supposé beaucoup plus approprié que les points fixes de prestation de services qui paraissent plutôt étrangers à l'environnement quotidien des populations. Le programme est supposé contribuer à légitimer la pratique contraceptive et rompre le silence entre conjoints à propos de la PF.

Figure 2 : Cadre conceptuel de la stratégie SBC



En améliorant les connaissances des populations en matière de PF, cela pourrait améliorer la perception que les populations ont des méthodes contraceptives. La tendance est parfois de lier à tort certains problèmes de santé à l'utilisation de méthodes contraceptives. La présence des agents SBC devrait donc entraîner la levée d'un certain nombre d'obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Dans notre schéma, l'hypothèse nulle est celle où aucune des formules n'engendre une augmentation de la prévalence contraceptive comparativement au cas témoin ($H_0 : B=A=C$). Les hypothèses alternatives sont :

- celle où les formules A et B s'équivalent ($H_1 : B=A>C$) avec un résultat supérieur à celui de la formule C (témoin) ;
- celle où la formule B donne des résultats supérieurs à ceux de la formule A, elle-même donnant des résultats supérieurs à ceux de la formule témoin ($H_2 : B>A>C$).

Résultats

Les résultats qui suivent sont issus d'un premier dépouillement et ne concernent que le sexe féminin. Par ailleurs, nous ne faisons ici qu'une analyse transversale de chacune des deux enquêtes de 1996 et de 1998.

Evolution de la demande contraceptive

La demande potentielle totale en PF a été définie de la même façon que dans les EDS, c'est-à-dire comme étant la somme des besoins satisfaits et des besoins non satisfaits pour espacer ou limiter les naissances. Les besoins non satisfaits pour espacer les naissances concernent d'une part les femmes enceintes ou en aménorrhée dont la dernière grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, et d'autre part les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, mais qui ont déclaré ne pas vouloir une prochaine naissance dans l'immédiat et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive.

Quant aux besoins non satisfaits pour limiter les naissances, ils concernent d'une part les femmes enceintes ou en aménorrhée dont la dernière grossesse n'était pas désirée, et d'autre part les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée mais qui déclarent ne plus vouloir d'enfant et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive. Les femmes qui déclarent ne pas pouvoir avoir d'enfant (pour des raisons de stérilité ou de ménopause) sont exclues des calculs.

L'analyse de l'évolution de la demande potentielle de contraception au cours de la période indique que celle-ci est restée sensiblement la même entre 1996 et 1998 (Tab. 2).

Tableau 2 : Évolution (en %) de la demande potentielle de contraception entre 1996 et 1998 (LSC, 1998)

Année	Zone			
	A	B	C	D
1996	43,2	51,5	44,0	49,0
1998	43,2	49,7	37,0	52,0

Prévalence contraceptive

Nous avons considéré les femmes âgées de 15 à 49 ans en 1996 et en 1998. La structure par âge des femmes dans les deux opérations de collecte est très comparable. Des différences éventuelles de prévalence contraceptive ne seraient donc pas imputables à cette structure.

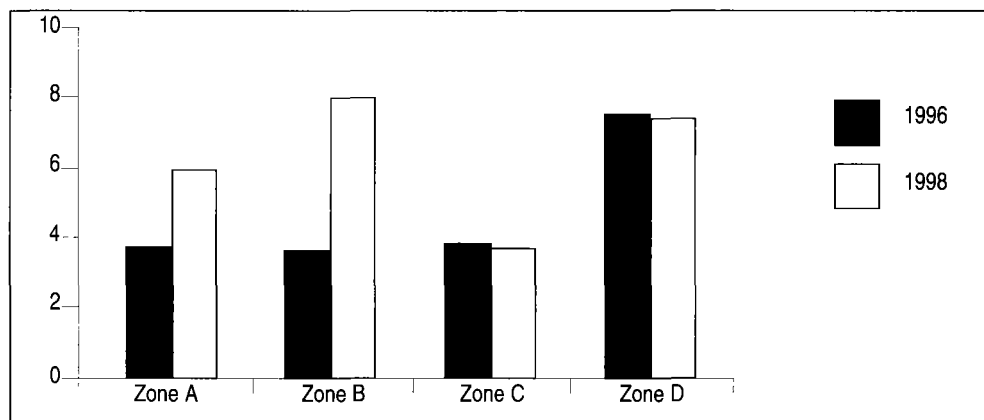
Nous avons exploité la variable « Utilisation actuelle d'une méthode contraceptive moderne » recueillie auprès des femmes en âge de procréer. En raison de la faiblesse des effectifs de femmes utilisant chaque méthode contraceptive moderne, la présentation est faite non pas par méthode contraceptive mais pour l'ensemble des méthodes contraceptives modernes. Le tableau 3 donne pour chaque zone, la prévalence contraceptive en 1996 et 1998.

Tableau 3 : Taux de prévalence contraceptive (%) par zone en 1996 et 1998 (LSC, 1998)

Zones	A	B	C	D
1996	3,7	3,6	3,2	7,4
1998	5,9	8,0	2,7	7,3

Deux des quatre zones connaissent une forte augmentation des taux de prévalence contraceptive. En 1996, le niveau de prévalence contraceptive était assez proche dans les trois zones A, B et C. Deux années plus tard, l'écart s'est creusé entre ces trois zones. Dans la zone B, le taux de prévalence a doublé au cours de la période alors que dans la zone A, le taux a été multiplié par 1,6. Quant aux deux autres zones C et D, elles ont connu une situation quasi stationnaire. La tendance serait même à une légère régression, notamment dans la zone C (Fig. 3).

Ces résultats confirment l'hypothèse 2 selon laquelle la formule B qui met à contribution les volontaires SBC entraîne une plus forte augmentation de la prévalence contraceptive que la formule A, elle-même plus performante que la formule C (témoin).

Figure 3 : Prévalence contraceptive par zone entre 1996 et 1998

L'examen de l'évolution de la demande puis des taux de prévalence contraceptive suggère que la facilité d'accès aux moyens contraceptifs dans les zones A et B a permis de satisfaire une demande qui existait déjà. Il ne semble pas y avoir eu création de nouvelle demande contraceptive du fait de la présence des agents SBC.

Nous nous sommes intéressés en particulier aux femmes relativement jeunes, c'est-à-dire celles âgées entre 15 et 34 ans. La raison en est que ce sont celles dont la pratique contraceptive est le plus susceptible d'influencer le niveau de la fécondité dans la région.

Lorsqu'ils sont ventilés par tranche quinquennale d'âges et par zone, les effectifs de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne deviennent très faibles. L'examen de la prévalence contraceptive indique toutefois une tendance à la hausse dans les zones A et B au cours de la période 1996-98, et ce pour chacun des groupes d'âge considérés (sauf pour les femmes de 30 à 34 ans dans la zone A). Dans la zone C, la tendance est plutôt à la baisse dans chacun des groupes d'âge entre 1996 et 1998. C'est ce dernier schéma qui est également observé dans la zone D, hormis la première tranche d'âge (Fig. 4 et 5).

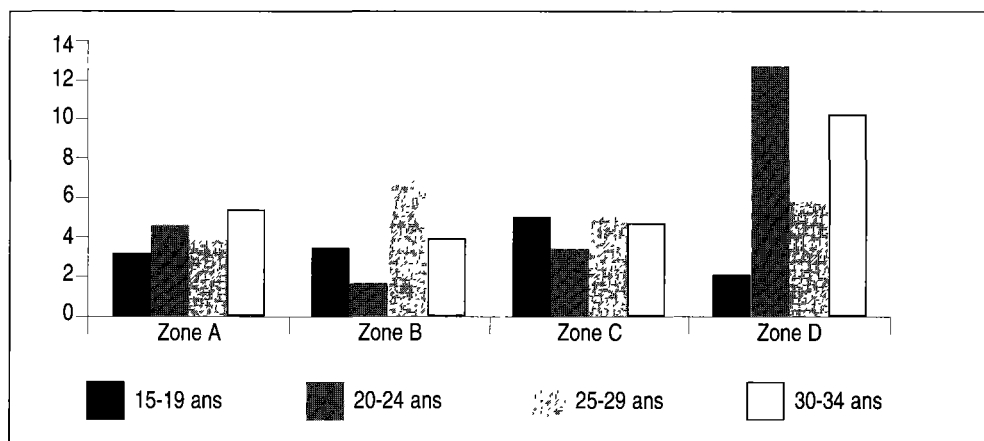
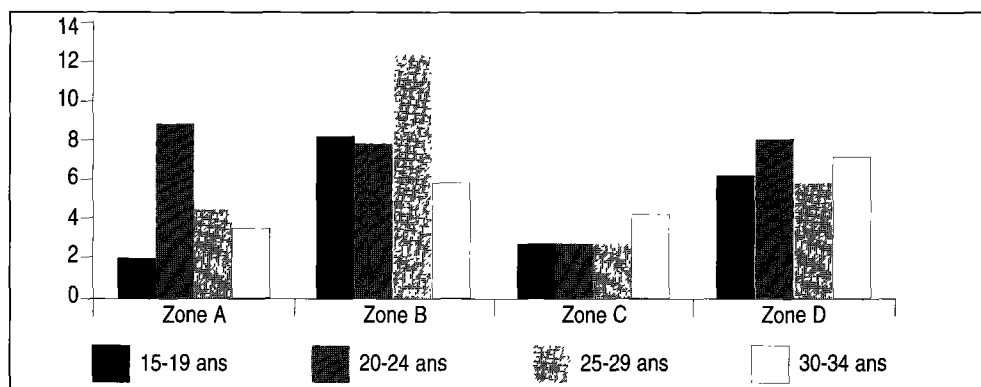
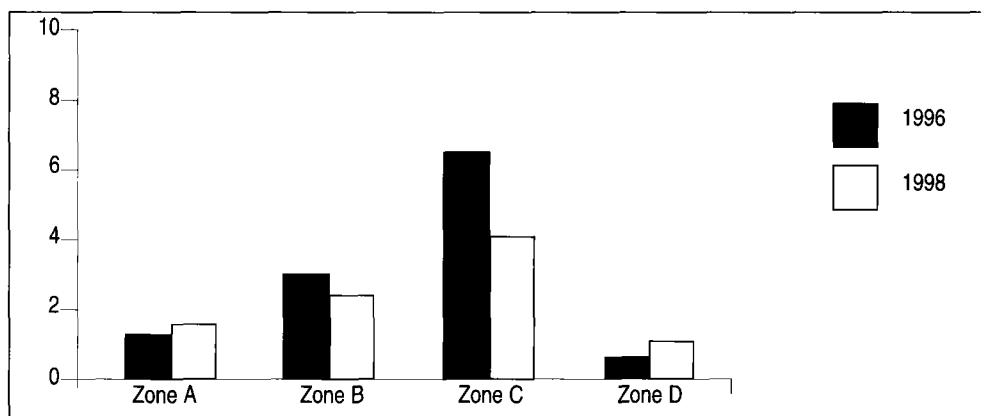
Figure 4 : Prévalence contraceptive chez les jeunes femmes en 1996 par zone

Figure 5 : Prévalence contraceptive chez les jeunes femmes en 1998 par zone

Perception des méthodes de planification familiale

Une faible proportion de femmes déclare des inconvénients associés à l'utilisation de méthodes contraceptives. On notera une tendance à une légère baisse de cette proportion entre 1996 et 1998 (Fig. 6). Cependant, il importe de relever que les femmes qui déclarent ne pas savoir représentent une proportion non négligeable⁴ qui semble même avoir légèrement augmenté au cours de la période de 1996 à 1998, passant de 15% à 17%.

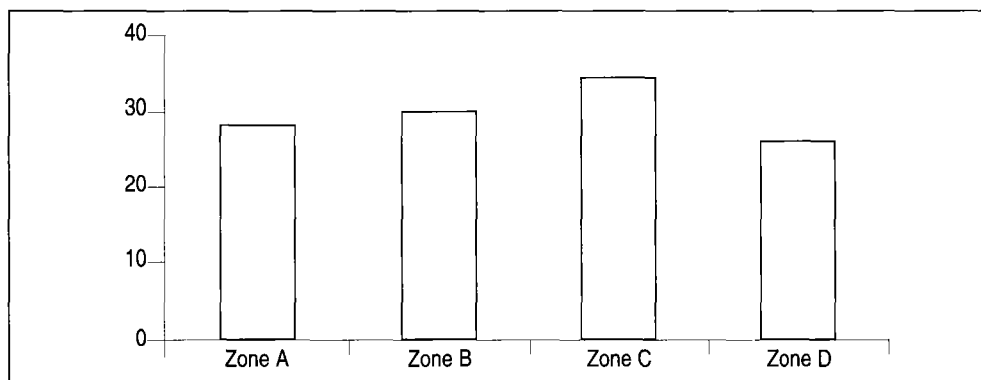
Figure 6 : Proportion des femmes qui déclarent que les méthodes contraceptives comportent des inconvénients en 1996 et 1998

Enfin, la proportion de femmes qui mentionnent les inconvénients des méthodes contraceptives est plus forte en zone C que dans les autres zones (Fig. 6).

Une autre donnée, disponible uniquement en 1998, permet d'apprécier l'évolution de la perception de la PF : c'est la proportion de femmes qui n'accepteraient pas les produits contraceptifs en dépit de leur gratuité. Environ une femme sur trois est dans ce cas. Les différences entre zones sont faibles. Néanmoins, la comparaison révèle la zone C comme celle où le rejet des méthodes contraceptives est légèrement plus fort. Le taux de rejet dans les zones A et B est sensiblement le même. Le plus faible taux de rejet est enregistré en zone D (Fig. 7).

4. Dans le doute, les femmes sont tentées de s'en abstenir.

Figure 7 : Proportion des femmes qui n'accepteraient pas les méthodes contraceptives en dépit de leur gratuité par zone en 1998 (en %)



*
* *

Les résultats de l'expérience menée au Bazèga révèlent une hausse significative de la prévalence contraceptive notamment dans la zone où les SBC ont été mis à contribution (versus la zone témoin). Par contre, la demande contraceptive ne semble pas avoir augmenté, même dans la zone (B) d'expérimentation par excellence. Cela suggère que si les volontaires SBC sont parvenus à satisfaire une demande qui existait déjà, leur travail ne semble pas avoir permis de susciter une demande contraceptive additionnelle.

L'expérience mérite d'être poursuivie afin de vérifier l'atteinte de l'objectif ultime de la baisse de la fécondité, mais pour cela, deux conditions doivent être remplies :

- l'élaboration d'un programme adéquat de motivation. La motivation des volontaires communautaires détermine en grande partie les chances de succès du projet de SBC. La plupart des expériences connues ont été confrontées à cette difficulté sans pouvoir y apporter une solution satisfaisante. C'est donc à juste titre que G. Sorgho [13] fait observer que les formations/recyclages ne suffiront pas à maintenir la motivation de personnes bénévoles dans les villages burkinabé tenaillés par la misère car c'est bien en milieu rural que la misère sévit le plus comme l'ont indiqué les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages [9]. C'est ainsi que le repas quotidien n'est jamais assuré : chaque jour, les populations doivent trouver des solutions pour y parvenir. Ceci limite objectivement la disponibilité de volontaires pour le bénévolat à l'échelle communautaire. Le système de ristourne pratiqué sur la vente des contraceptifs au Bazèga n'est pas de nature à garantir la motivation des volontaires. En effet, il est prévu 10 FCFA de ristourne sur chaque plaquette de pilule vendue. Ceci correspond à un montant de 1000 FCFA si le volontaire parvient à réaliser une performance (quasi-impossible) de 100 plaquettes vendues mensuellement.
- un accent sur la lutte contre la mortalité des enfants. Les expériences à petite échelle des ONG ou du secteur public au Burkina Faso ont montré que les volontaires ne parlant que de PF dans des communautés qui ont faiblement accès à des services de santé, sont souvent marginalisés et rejetés. De façon pragmatique, l'élargissement de la gamme des prestations des volontaires communautaires

apparaît comme une stratégie en faveur de la PF. L'accent devrait être mis sur la lutte contre la mortalité des enfants parce que la demande d'enfant est, dans le contexte du Bazèga, affectée par le niveau encore élevé de la mortalité des tout petits. Un enfant sur cinq qui naît au Bazèga décède avant son cinquième anniversaire. Les pathologies responsables sont à présent assez bien identifiées : le paludisme, les infections respiratoires, la rougeole, la méningite et des diarrhées aggravées par la malnutrition. La mortalité des enfants apparaît donc, comme l'ont relevé d'autres auteurs [11], comme un des principaux obstacles à la volonté des populations de réduire leur fécondité.

Bibliographie

1. BINKA N.F., NAZZAR A., and PHILLIPS J., 1995, The Navrongo Community Health and Family Planning Project, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, n° 3, p. 121-139.
2. BONGAARTS J., 1978, A framework for analysing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 1, p. 105-131.
3. BURKINA FASO, 1996, *Deuxième analyse situationnelle du Programme de Planification Familiale au Burkina Faso*, 48 pages.
4. DAVIS K. and BLAKE (J.), 1956, *Social Structure and Fertility : An Analytical Framework*, *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 4, n° 3, p. 211-235.
5. FAROOQ G.M. and DEGRAFF D.S., 1988, *Fertility and Development : An introduction to theory, empirical research and policy issues*, International Labour Office Geneva, 56 p.
6. INSD, 1989, *Recensement général de la population du Burkina Faso 1985. Analyse des résultats définitifs*, 318 pages.
7. INSD, 1994, *Burkina Faso, Enquête démographique et de Santé 1993*. INSD et Macro International Inc., 296 pages.
8. INSD, 1995, *Analyse des résultats de l'enquête démographique de 1991*. Direction de la démographie avec la coopération du FNUAP, deuxième édition, Ouagadougou, 358 pages.
9. INSD, 1996, *Le profil de la pauvreté au Burkina Faso*, Etude statistique nationale.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE, 1992, *Politiques et Standards des services de SMI/PF au Burkina Faso*, DSF.
11. NAZZAR A., ADONGO P.A., BINKA F.N., PHILLIPS J.F., ADAZU F. and MACLEOD B., 1995, Developing a Culturally Appropriate Family Planning Program for the Navrongo Experiment, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, n° 6, p. 307-324.
12. PRAPASS, 1997, *Projet Recherche Action pour l'Amélioration des Soins de Santé*, Projet TS3*CT92-0078 « Science et Technologie pour le Développement » Université de Ouagadougou, Faculté des Sciences de la Santé et Université de Heidelberg Département d'Hygiène Tropicale et de la Santé Publique, Rapport Final 213 p.
13. SORGHO G., 1997, *Planification à base communautaire au Burkina Faso : Expériences et leçons*, 49 p.
14. UERD, 1997, *Résultats de l'enquête de base du Laboratoire de Santé Communautaire (LSC), réalisée en 1996*, 96 p.

20. Condition féminine, milieu social, planification familiale et santé infantile au Maroc

Aurora Angeli¹, Silvana Salvini²

L'objectif principal de ce chapitre est d'étudier la variabilité démographique et de déterminer les facteurs qui peuvent mieux expliquer les différences relatives, en particulier, à la fécondité, à la contraception et à la santé maternelle et infantile. La base des données des analyses se trouve dans les informations individuelles contenues dans les enquêtes démographiques réalisées au Maroc en 1992 et 1995.

Les changements des modèles de nuptialité et de fécondité sont liés au processus d'exode rural qui a caractérisé le Maroc pendant les dernières décennies. Le processus d'urbanisation semble avoir beaucoup d'importance dans la transition de la fécondité.

Au Maroc, comme dans les autres pays du monde arabe, la scolarisation féminine exerce un rôle primordial dans la formation des comportements démographiques autant au niveau du contrôle des naissances que pour l'utilisation des structures de santé. Cela montre que le moment le plus important de l'émancipation de la femme, c'est à dire la scolarisation, est à la base des choix en matière de famille et de santé.

A partir de là, on vérifie l'importance des différents facteurs qui peuvent décrire la situation de la femme (par exemple le niveau d'instruction et le milieu de résidence) par rapport au comportement contraceptif et à la santé infantile. Dans ce but, l'analyse de la mortalité infantile permet, grâce à l'utilisation de modèles de régression logistique, de déterminer les facteurs qui conditionnent la contraception et la survie des enfants jusqu'à la première année de vie et, également, d'analyser les effets des variables liées aux améliorations de la condition de la femme. Enfin, il ne faut pas oublier l'importance des mécanismes qui lient les caractéristiques familiales (en termes de structures et de relations) au modèle de formation de la famille et des soins apportés aux enfants. Notre hypothèse considère la position de la femme, à l'intérieur de la famille ou de la société, comme le dénominateur commun du changement.

Les résultats de l'utilisation des modèles de régression appliqués aux données de l'enquête de 1995 mettent en lumière le fait que le recours à des structures sanitaires et à la planification familiale semble dépendre de l'existence d'un « dialogue » entre les conjoints sur des sujets relatifs à la taille de la famille. Cela témoigne autant du rôle non négligeable du mari dans les choix du couple que du rapport d'égalité entre les conjoints.

1. Département de Statistique, Université de Bologne.

2. Département de Statistiques, Université de Florence.

Les travaux de la Conférence du Caire de 1994 et de la Conférence de Pékin de 1995 ont souligné non seulement que la diffusion de la contraception représente la clef de voûte du déclin de la fécondité, mais aussi que le nouveau modèle de fécondité qui en découle favorise le déclin de la mortalité infantile. L'existence de facteurs communs à ces deux processus, liés à l'amélioration de la condition féminine, apparaît évidente. La diffusion de la scolarisation féminine, l'accès au marché du travail pour les femmes, l'égalité au sein de la famille, l'accès aux services, en particulier à la santé de la reproduction, l'élimination des inégalités entre les genres, sont désormais considérés comme des objectifs essentiels du développement social.

Cette contribution³ s'inscrit dans une recherche plus vaste sur les changements de comportements démographiques à l'intérieur de certains pays méditerranéens islamiques. L'objectif principal est d'étudier la variabilité démographique et de déterminer les facteurs qui permettent d'expliquer ces différences [1 et 2].

La base de données des analyses est constituée des informations individuelles issues des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées au Maroc en 1992 et en 1995 ; en particulier l'accent a été mis sur les données relatives à la fécondité, à la contraception et à la santé maternelle et infantile en relation avec le contexte économique et social, notamment la situation féminine.

Aujourd'hui, la situation démographique de l'Afrique du Nord n'est pas encore homogène : les indicateurs les plus récents [15] continuent de montrer une remarquable hétérogénéité au niveau territorial, avec de profondes différences au niveau tant des indicateurs strictement démographiques que des indicateurs socio-économique. En général, les facteurs considérés comme les plus importants pour expliquer les différences dans le comportement procréatif et la transition de la fécondité, sont liés à l'évolution sociale et culturelle, en particulier l'augmentation de l'âge au mariage, l'amélioration du statut de la femme et l'extension de la pratique contraceptive.

Le Maroc a connu ces dernières années, de substantiels changements de la fécondité et de la survie, en particulier de celle des enfants. Cependant une situation contradictoire se fait jour [15 et 23] : le taux de mortalité maternelle et le pourcentage d'accouchement assistés par un personnel qualifié, montrent clairement les dures conditions que les femmes continuent de subir. La connaissance bien répandue des méthodes de contrôle des naissances semble toutefois indiquer que les structures de santé maternelle et infantile sont distribuées correctement sur le territoire. Mais il semble que les couples, contrairement à d'autres pays d'Afrique du Nord, éprouvent des difficultés à réaliser la taille désirée de leur famille, ceci se traduisant par une augmentation de la fécondité non désirée entre 1987 et 1992 [7].

Au Maroc, comme dans les autres pays du monde arabe [13], la scolarisation féminine exerce un rôle primordial dans la formation des comportements démographiques, par rapport aussi bien au contrôle des naissances qu'à l'utilisation des structures de santé. Le moment le plus important de l'émancipation de la femme, c'est-à-dire la période de la scolarisation, détermine les choix en matière de famille et de santé [20].

Dans ce chapitre, on tentera de vérifier l'influence des différentes variables qui décrivent la situation de la femme (par exemple l'instruction, la structure familiale) sur le comportement contraceptif et la santé maternelle et infantile.

3. Ce texte est le fruit d'un travail conjointement mené par les deux auteurs. En particulier, Aurora Angeli s'est occupée de la rédaction de cette introduction et de la seconde partie ; Silvana Salvini a préparé celle des première et troisième parties.

Nous utiliserons également les variables relatives aux caractéristiques résidentielles, car le contexte urbain peut représenter un indicateur de changement de la mentalité traditionnelle.

Planification familiale et santé maternelle et infantile

La diminution de la fécondité au Maroc a commencé au début des années soixante. A partir des niveaux proches de la fécondité naturelle des années soixante-dix (7,2 enfants par femme) et après un léger accroissement dû aux premières améliorations sanitaires (l'ISF est passé à 7,4), la fécondité a amorcé un déclin continu et soutenu. Selon l'enquête de 1995, l'ISF a enfin atteint un peu plus de trois enfants par femme. Si l'on regarde les différences selon le niveau d'instruction, on voit le rôle que ce facteur, à la fois cause et conséquence de l'émancipation féminine, a eu au cours de la transition démographique [9 et 10]. En effet, la diminution de la fécondité concerne tous les niveaux d'instruction, y compris les femmes analphabètes, mais on est frappé par l'évolution de l'indice synthétique de fécondité pour les femmes ayant atteint une instruction supérieure : la réduction est de plus de la moitié, jusqu'à atteindre une valeur inférieure au niveau de remplacement des générations.

Cette évolution a été naturellement facilitée par l'urbanisation rapide qui a caractérisé le Maroc dans les trente dernières années, mais aussi par la diffusion de l'instruction et par une plus grande possibilité pour les femmes de s'affirmer comme telles et non uniquement comme mère. Ceci conditionne le comportement en termes de variables intermédiaires de la fécondité, en particulier l'âge au mariage et l'utilisation des méthodes de contrôle des naissances. En effet, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'acceptation de normes de fécondité contrôlée et donc l'adoption de méthodes de contrôle des naissances apparaît plus facile dans les zones urbaines où, parallèlement, le niveau d'instruction est plus élevé [8]. De même que le niveau d'instruction, le milieu urbain favorise l'accès de la femme au monde du travail, qui est un symbole de l'acceptation sociale du rôle de la femme en dehors de la famille [12]. Actuellement, le facteur influant le plus sur le travail féminin extra-ménager semble être la nuptialité, qui dépend du niveau d'instruction et de la soumission au système patriarcal encore existant au Maroc rural [24].

L'augmentation de l'âge au premier mariage et le recours à la contraception (la prévalence contraceptive étant passée de 36% en 1987 à 50% en 1995) ont remarquablement contribué au déclin de la fécondité. Outre les changements de mentalité qui ont provoqué une diminution de la « demande d'enfants », c'est l'augmentation de la disponibilité des méthodes contraceptives et surtout, la diffusion sur le territoire de structures d'information et de fourniture des méthodes contraceptives qui ont conduit à la modernisation des comportements. La disponibilité des services sanitaires et la diffusion des moyens contraceptifs se sont améliorés parallèlement au recours aux soins de santé maternelle et reproductive, notamment l'assistance pendant la grossesse et l'accouchement.

Les tableaux suivants fournissent, à partir des données des enquêtes EDS de 1992 et de 1995, une synthèse de ces phénomènes, qui sont importants comme indices du développement socio-sanitaire d'un pays et comme facteurs de la transition de la fécondité. Le recours aux soins prénatals et à l'assistance pendant l'accouchement

par un personnel qualifié tend à augmenter. Tandis que dans l'enquête de 1992 seulement 32% des femmes ont déclaré avoir eu recours aux soins prénatals et 28,4% avoir accouché dans des structures sanitaires [25], l'enquête panel, qui a été réalisée trois ans après, montre que ces proportions ont sensiblement augmenté (Tab. 1 et 2).

Tableaux 1 : Soins prénatals : répartition (%) des naissances des cinq années précédant l'enquête selon le type des visites faites et les caractéristiques de résidence et d'instruction de la mère, enquêtes 1992 et 1995

Type de visite		Médecin		Infirmier		Sage femme		Personne	
Caractéristiques		1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Résidence	Urbain	45,0	56,8	18,6	22,1	0,3	0,1	39,0	20,8
	Rural	10,7	16,5	6,9	11,1	0,1	0,1	82,3	72,0
Niveau d'instruction	Aucun	13,8	20,2	9,4	12,6	0,1	0,1	76,6	67,0
	Primaire	31,2	47,7	21,9	24,0	1,0	0,0	38,7	28,3
	Secondaire	75,2	72,8	12,2	19,7	0,0	0,0	12,6	7,5

Sources : [4] et [5]

Tableau 2 : Lieu de l'accouchement : répartition (%) des naissances des cinq années précédant l'enquête selon le lieu de l'accouchement et les caractéristiques de résidence et d'instruction de la mère, enquêtes 1992 et 1995

Lieu d'accouchement		Services sanitaires		A la maison		Ailleurs	
Caractéristiques		1992	1995	1992	1995	1992	1995
Résidence	Urbain	58,7	73,8	41,1	26,0	0,1	0,1
	Rural	12,5	18,5	87,3	81,3	0,0	0,2
Niveau d'instruction	Aucun	18,9	24,1	81,0	75,6	0,0	0,2
	Primaire	58,1	65,5	41,3	34,5	0,2	0,0
	Secondaire	84,4	88,5	15,2	11,5	0,2	0,0

Sources : [4] et [5]

Il apparaît clairement que le type de résidence et le niveau d'instruction exercent une influence sur le recours aux services sanitaires en général : en 1995, presque trois enfants sur quatre sont nés dans des structures sanitaires en ville, contre 19% à la campagne (Tab. 2). En ce qui concerne le niveau d'instruction, parmi les mères qui ne sont pas scolarisées, seulement 24% des accouchements se produisent dans des hôpitaux, contre 66% pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 89% pour celles qui ont une instruction plus élevée. De ce point de vue, la situation sanitaire paraît s'être améliorée pendant les trois années qui séparent les deux enquêtes. On ne rapporte pas ici les données relatives aux vaccinations, qui, du reste, ont vu pendant la période une augmentation de leur diffusion en parallèle à la diffusion de la scolarisation [22], tant en ville qu'à la campagne.

Les données sur la mortalité infantile ne mettent pas en évidence ce processus d'amélioration sanitaire (Tab. 3), probablement parce que la qualité des données des enquêtes les plus récentes est meilleure.

Tableau 3 : Mortalité des enfants dans les cinq premières années de vie. Taux de mortalité néo-natale, post-néonatale et infantile pour les naissances des cinq années qui précèdent l'enquête, EDS 1987, 1992 et 1995

Taux de mortalité (%)	EDS 1987	EDS 1992	EDS 1995
Mortalité néonatale	43,5	31,4	37,4
Mortalité post-néonatale	32,5	25,9	24,2
Mortalité 0-1 an	76,0	57,3	61,6
Mortalité 1-4 ans	31,1	20,0	20,0
Mortalité 0-4 ans	104,7	76,1	80,4

Sources : [3], [4] et [5].

Alors qu'il y a une amélioration entre 1987 et 1992, on relève une augmentation des taux de mortalité, en particulier de la mortalité néo-natale, entre l'enquête de 1992 et celle de 1995. La mortalité post-néonatale paraît avoir continué de décliner, de façon cependant moins rapide que durant la période précédente.

Survie infantile, santé maternelle et infantile, comportement reproductif

Beaucoup d'études conduites en Afrique du Nord ainsi que dans d'autres pays en voie de développement suggèrent que le niveau d'instruction de la mère est lié de façon significative à une plus grande survie des enfants : les femmes les plus instruites sont plus conscientes des normes d'hygiène, en particulier pour l'alimentation des enfants après l'allaitement. En outre, elles sont mieux informées de l'existence des structures sanitaires et des pratiques de vaccination. En résumé, les femmes qui ont fréquenté une école sont, en général, mieux informées des pratiques contraceptives et des problèmes relatifs à la grossesse et à l'allaitement.

Le milieu urbain aussi favorise, comme on l'a déjà noté, la survie infantile : selon les données de l'enquête de 1992, le niveau de la mortalité entre un et quatre ans était de 7‰ en ville et de 31‰ à la campagne [6]. En effet, le milieu urbain offre des types d'habitation meilleurs, un accès à l'eau potable plus facile, et des services sanitaires plus nombreux, de meilleure qualité et plus accessibles [11].

Notre analyse s'appuie sur la recherche des variables explicatives des différences dans le niveau de la mortalité infantile, l'utilisation des structures de santé et des méthodes de planification familiale.

Ainsi, dans les modèles explicatifs que nous proposons, outre les variables démographiques, nous envisageons l'instruction et le milieu de résidence. Le tableau 4 présente les variables que nous allons introduire dans nos modèles d'explication.

La mortalité infantile au cours des cinq années précédant l'enquête est considérée comme la variable dépendante, dans un modèle de régression logistique qui a les variables explicatives suivantes : l'âge de la femme au moment de l'enquête, la résidence urbaine ou rurale, l'alphabétisation, les comportements sanitaires pendant la grossesse et l'accouchement, le fait que la femme parle avec le mari de planification familiale.

Tableau 4 : Cadre analytique des variables ajoutées aux modèles de régression, Maroc, EDS 1995

Nom de la variable	Modalités	Pourcentage
Variable dépendante = Mortalité infantile et soins prénatals (a)		
Milieu de résidence	Urbaine	33,0
	Rurale	67,0
Classe d'âge	15-24	18,8
	25-34	48,4
	35 et +	32,8
Alphabétisation	Oui	23,5
	Non	76,5
Nombre d'enfants	0	12,5
	1	18,6
	2	16,2
	3	12,7
	4 et +	40,0
Assistance à l'accouchement (b)	Oui	43,0
	Non	57,0
Soins prénatals (b)	Oui	50,7
	Non	49,3
Parle avec le mari de planification familiale	Oui	67,2
	Non	32,8
Variable dépendante = Utilisation de méthodes contraceptives au moment de l'enquête (c)		
Milieu de résidence	Urbaine	44,1
	Rurale	55,9
Classe d'âge	15-24	17,3
	25-34	36,4
	35 et +	46,3
Alphabétisation	Oui	29,1
	Non	70,9
Nombre d'enfants	0	10,2
	1	13,3
	2	14,9
	3	12,5
	4 et +	49,1
Désire d'autres enfants	Oui	50,9
	Non	49,1
Assistance à l'accouchement (d)	Oui	29,5
	Non	70,5
Soins prénatals (e)	Oui	34,3
	Non	65,7
Parle avec le mari de nombre d'enfants	Oui	69,6
	Non	30,4
Parle avec le mari de planification familiale	Oui	66,9
	Non	33,1

Notes : (a) : Groupe de repère : 2424 nés vivants dans les 5 années précédant l'enquête ; (b) : pour chaque grossesse ; (c) : groupe de repère ; 2481 femmes mariées au moment de l'enquête ; (d) : au moins un accouchement suivi par du personnel spécialisé ; (e) : au moins une grossesse avec une ou plus de visites par du personnel spécialisé.

Sur 2424 enfants nés entre 1990 et 1994, 143 sont morts au cours de la première année de vie, ce qui indique la persistance d'un niveau élevé de mortalité infantile (59%). Cependant, la faible taille de l'échantillon nous conduit à utiliser avec précaution les résultats, surtout dans un modèle à plusieurs variables.

Dans le modèle explicatif (Tab. 5), outre les variables socio-économiques, qui ne sont liées au phénomène que de façon indirecte, on a introduit les variables qui pèsent directement sur la survie et qui sont à leur tour conditionnées par le milieu de résidence et par l'instruction, c'est-à-dire les variables relatives aux soins prénatals, à l'assistance pendant l'accouchement et au nombre d'enfants de la femme.

Tableau 5 : Résultats de la régression logistique. Variable dépendante = mortalité infantile, enquête de 1995

Variables explicatives	Coefficient β	Risques relatifs
Constante	-3,535	—
Age 15-24 ans (a)	0,998**	2,713
Age 25-34 ans (a)	0,245	1,278
Nombre d'enfants	0,129**	1,137
Résidence : urbaine	-0,425*	0,654
Instruction : alphabétisée	-0,366	0,693
Soins prénatals : oui	0,553**	1,738
Parle de planification familiale avec le mari : oui	-0,421*	0,657
Assistance à l'accouchement : oui	-0,052	0,950

Notes : ** : significatif à niveau $p < 0,01$; * : significatif à niveau $p < 0,05$; (a) : catégorie de repère 35 ans et +.

Avoir eu recours aux services sanitaires pendant la grossesse et avoir bénéficié d'une assistance adéquate pendant l'accouchement fait entrevoir une intégration directe de la femme au milieu social ; c'est pourquoi nous pouvons identifier dans ces variables des indicateurs de promotion sociale de la femme.

En réalité, le signe du coefficient de la variable « soins prénatals » (qui, comme on l'a déjà dit, prend la valeur 1 si la femme a eu, pendant cette grossesse-là, au moins une visite spécialisée) est positif. Ceci indique une corrélation positive entre les soins et la mortalité de l'enfant. Ce résultat n'est pas facilement interprétable ; cependant il semble indiquer la tendance à utiliser plus souvent les soins prénatals dans le cas où la grossesse présente des problèmes particuliers.

En effet, si l'on regarde les résultats reportés dans le tableau 6, où l'on a considéré comme variable dépendante le fait d'avoir reçu ou non des soins prénatals, on voit que la résidence urbaine et l'alphabétisation de la mère ont une influence positive très forte sur la survie des enfants.

En outre, les deux modèles montrent que la mortalité infantile augmente avec le nombre d'enfants. Le signe et la valeur du coefficient nous confirment que la fécondité pèse directement (Tab. 5) et indirectement (Tab. 6) sur la mortalité infantile. En effet, le risque relatif de la variable « nombre d'enfants » est de 1,137 si la variable dépendante est la mortalité infantile (Tab. 5) et 0,936 si la variable est « soins prénatals » (Tab. 6) : l'utilisation des soins prénatals diminue avec l'augmentation du nombre d'enfants. Ces résultats montrent que le déclin de la mortalité infantile et le déclin de la fécondité par l'adoption de normes de fécondité contrôlée sont liés d'une façon complexe.

Tableau 6 : Résultats de la régression logistique. Variable dépendante = soins prénatals, enquête de 1995

Variables explicatives	Coefficient β	Risques relatifs
Constante	-0,182	—
Age 15-24 ans (a)	-0,825**	0,438
Age 25-34 ans (a)	-0,609**	0,544
Nombre d'enfants	-0,066**	0,936
Résidence : urbaine	1,596***	4,931
Instruction : alphabétisée	1,510**	4,525
Parle de planification familiale avec le mari : oui	0,301**	1,351

Notes : ** : significatif à niveau $p < 0,01$; * : significatif à niveau $p < 0,05$; (a) : catégorie de repère 35 ans et +.

L'interprétation de ces relations se base sur des considérations différentes : une première approche destinée à étudier les liens entre la santé maternelle et infantile et le comportement fécond peut être définie comme l'hypothèse de la « cause commune ». L'idée principale est que le développement économique et social provoque un déclin dans la mortalité d'abord et ensuite un déclin analogue dans la fécondité. Dans la version de la cause commune de la théorie de la transition, la période de temps entre le déclin de la mortalité et celui de la fécondité est habituellement expliquée en termes culturels : dans le cas de la mortalité, il n'y a pas de résistance culturelle au changement, tandis qu'elle peut être forte concernant le comportement fécond. L'idée de limiter délibérément la reproduction à l'intérieur du mariage peut être extérieure ou même contraire à la conception des couples, mais le développement social, en changeant la structure économique peut éliminer la nécessité des familles nombreuses et augmenter les coûts de la reproduction. Tôt ou tard, les défenseurs culturels de la fécondité élevée tendent à perdre un rôle dominant et la fécondité diminue. On est dans le cadre de l'explication classique de la transition démographique.

Une autre hypothèse dérive de la constatation que la fécondité élevée se présente sous la forme d'une adaptation fonctionnelle à la mortalité élevée ; quand la survie s'améliore, le taux de reproduction se réduit : la perception de l'amélioration de la survie infantile peut représenter un facteur important de la transition de la fécondité, car on prend conscience que même si les naissances diminuent, un plus grand nombre atteindra l'âge adulte. Dans ce sens, la survie infantile prend de l'importance comme variable intermédiaire de la fécondité potentielle, c'est-à-dire de l'offre d'enfants. Cette hypothèse, qui explique les stratégies familiales selon la « survie de l'enfant », se base sur des mécanismes de remplacement et d'assurance de la survie familiale. Enfin, il faut noter un lien purement physiologique entre une plus longue survie infantile et la fécondité grâce à l'allaitement : la réduction du taux de mortalité infantile tend à étendre les intervalles entre les naissances et réduit ainsi la fécondité.

Enfin on a introduit dans les modèles une variable qui intuitivement ne semblait pas être importante comme variable explicative de la survie infantile : si la femme a parlé avec le mari des techniques de planification familiale. Dans les modèles successifs, on considère cette variable comme un indicateur de promotion féminine à l'intérieur du couple et de la famille, c'est-à-dire comme « proxy » du rapport entre les conjoints dans la détermination des choix reproductifs.

Le coefficient de cette variable apparaît significativement positif autant dans le modèle explicatif de la mortalité infantile que dans celui qui est relatif aux soins prénatals.

L'interprétation, bien qu'elle ne soit pas immédiate, se situe dans le cadre des relations d'égalité au sein du couple. Si la femme a eu la possibilité de dialoguer avec son mari sur un thème délicat comme le contrôle des naissances, cela signifie que les normes traditionnelles de soumission au mari se sont au moins en partie détendues et qu'un peu de pouvoir délibératif s'est introduit dans les familles où le rôle de la femme pouvait apparaître en second plan. On peut considérer cet indicateur comme «*proxi*» du rapport entre les conjoints en ce qui concerne la détermination des choix en matière de reproduction, c'est-à-dire la possibilité d'un dialogue autour du contrôle de la fécondité et en définitive comme un indicateur d'autonomie féminine.

Promotion de la femme et comportement contraceptif

L'autonomie féminine joue un rôle important dans l'analyse de l'utilisation des méthodes de contraception. Encore une fois, les liens entre la santé maternelle et infantile et le comportement reproductif sont mis en évidence.

Dans le tableau 7, on a considéré comme variable dépendante l'utilisation d'un moyen contraceptif au moment de l'enquête et comme variables explicatives celles qui ont été utilisées précédemment et qui peuvent être subdivisées en trois groupes : les variables démographiques et sociales relatives à la mère (le nombre d'enfants nés vivants, le milieu de résidence actuelle, le niveau d'instruction), les variables qui peuvent synthétiser l'intégration sociale de la femme (l'assistance pendant l'accouchement, le recours aux soins prénatals), et enfin, les variables de la promotion féminine à l'intérieur du couple et de la famille («*parle avec le mari du nombre d'enfants*» et «*parle avec le mari de planification familiale*»).

Environ 46% des 2481 femmes mariées au moment de l'enquête déclarent utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Les résultats figurant dans le tableau 7 montrent l'effet des variables explicatives sur le comportement contraceptif. En particulier, le milieu de résidence joue un rôle fondamental : toutes choses étant égales par ailleurs, vivre en ville augmente de 75% la probabilité d'utilisation des moyens anticonceptionnels. L'alphabétisation a également une influence positive, moindre cependant que le milieu de résidence.

Ensuite émergent les relations avec d'autres variables qui peut-être n'expliquent pas directement la propension à utiliser des moyens contraceptifs mais sont plutôt liées à une démarche commune : l'assistance au moment de l'accouchement ou l'utilisation de soins prénatals montrent une influence très significative sur le comportement reproductif. C'est surtout l'utilisation de soins prénatals qui fait apparaître une attention de la femme à la santé de la reproduction et une participation active à l'utilisation de structures médico-sanitaires (risque relatif de 1,8). Les variables «*de promotion au sein du couple*» exercent une influence encore plus significative : parler de planification familiale avec le mari et vivre donc une relation d'égalité par rapport à cet aspect, triple presque la probabilité d'utiliser des méthodes de contrôle des naissances. La simple discussion avec le mari sur le nombre d'enfants a aussi une influence positive, même si elle est moindre.

Tableau 7 : Résultats de la régression logistique. Variable dépendante = utilisation des méthodes modernes de contraception au moment de l'enquête, 1995

Variables explicatives	Coefficient β	Risques relatifs
Constante	-1,490**	—
Age 15-24 ans (a)	0,212	1,236
Age 25-34 ans (a)	0,234*	1,264
Nombre d'enfants	0,033	1,034
Résidence : urbaine	0,561**	1,752
Instruction : alphabétisée	0,246*	1,279
Assistance à l'accouchement : oui	0,412**	1,510
Soins prénataux : oui	0,588**	1,800
Désire d'autres enfants : oui	-1,131**	0,323
Parle (b)	0,273*	1,314
Parle PF (c)	1,054**	2,870

Notes : **: significatif à niveau $p < 0,01$; * : significatif à niveau $p < 0,05$; (a) : catégorie de repère 35 ans et + ; (b) : Parle : « Parle avec le mari du nombre d'enfants » ; (c) : Parle PF : « Parle avec le mari de la planification familiale ».

En ce qui concerne l'âge, on observe que les femmes de la tranche d'âges centrale (25-34 ans) sont celles qui utilisent le plus les moyens contraceptifs. Les femmes les plus jeunes ne sont pas significativement différentes de celles qui sont plus âgées, même si les motivations des deux groupes sont probablement différentes : les premières n'ont pas encore la nécessité de limiter la taille de leur famille ; les femmes les plus âgées la « refusent » pour des raisons culturelles que l'on peut imputer à la persistance des valeurs traditionnelles.

D'autre part, les femmes de la classe d'âges centrale (25-34 ans) sont les mêmes qui déclarent parler plus souvent avec le mari de planification familiale : 68% contre 53% pour les plus âgées et contre 66% pour les plus jeunes. Cela semble indiquer un comportement différent des couples moins âgés, avec des rapports plus égalitaires et une approche culturelle différente envers la question de la procréation. Cette égalité à l'intérieur du couple peut dépendre du niveau d'instruction des conjoints, des opportunités de travail, et donc elle peut être conditionnée par le milieu de résidence et les relations sociales.

En outre, ces résultats mettent en évidence le concept d'assistance sanitaire intégrée qui ne signifie pas seulement une bonne distribution des services sur le territoire : le point essentiel est de rendre les femmes conscientes des possibilités afin qu'elles puissent les utiliser, ce qui dépasse la pratique strictement médicale. Là où le niveau d'intégration entre les services d'assistance maternelle-infantile et les services de planification familiale est le plus élevé, l'utilisation de moyens modernes de contraception est encore plus généralisée. Pour le moment, la diffusion des services intégrés a eu une influence minime sur la planification familiale mais la qualité s'est améliorée, et on prévoit plus de recours aux services avec une retombée positive sur la santé des femmes et des enfants [15]. L'instruction, encore une fois, fait fonction de variable de repère : les femmes les plus instruites prêtent plus d'attention à leur santé, utilisent plus efficacement les informations et les services disponibles et peuvent payer plus facilement les contraceptifs elles-mêmes.

*

* *

Il résulte de l'analyse des facteurs de changement de la santé de la reproduction et de la planification familiale au Maroc que la condition de la femme, notamment dans sa dimension relative à l'instruction, représente un des facteurs qui conditionnent les comportements socio-démographiques.

En particulier, l'alphabétisation exerce une influence claire sur la mortalité infantile et sur l'utilisation des structures sanitaires pour la santé infantile et de la reproduction.

Non seulement l'utilisation de moyens de contraception se révèle fortement conditionnée par des variables démographiques (parité atteinte et génération d'appartenance), mais elle résulte aussi du niveau d'instruction féminine. L'acceptation de normes de fécondité contrôlée et donc l'adoption de méthodes de contrôle des naissances apparaît plus facile dans les zones urbaines où, par ailleurs, le niveau d'instruction est plus élevé. En effet, comme l'on a déjà relevé pour d'autre pays en voie de développement, l'instruction paraît représenter le facteur de fond le plus important quant au pouvoir explicatif du déclin de la fécondité, c'est-à-dire de l'accélération de la transition démographique.

Les résultats de l'utilisation des modèles de régression appliqués aux données de l'enquête de 1995 ont mis en évidence le fait que le recours aux soins prénatals et à la planification familiale semble dépendre de l'existence d'un « dialogue » entre les conjoints à propos de la planification familiale et de la taille de la famille. Cela prouve qu'on ne peut pas négliger le rôle du mari quant aux choix reproductifs du couple [21] et cela démontre l'importance du rapport entre les conjoints.

Si l'on désire approfondir le rôle de la promotion féminine dans la détermination des comportements démographiques, l'important est d'ajouter dans l'analyse, toute une série de variables de type économique et culturel afin de mettre en évidence l'autonomie/indépendance féminine à partir de la condition de travail de la femme.

Malheureusement, les renseignements rassemblés sur la condition de la femme sont assez négligeables et, par exemple, les données sur le travail féminin sont insuffisamment exploitables. Au Maroc, comme dans d'autres pays en voie de développement, la situation du travail des femmes n'est pas suffisamment définie. Il serait souhaitable qu'il y ait au Maroc aussi (comme, par exemple, dans l'enquête EDS de l'Égypte, 1988), des indicateurs d'autonomie féminine. Cela pourrait nous permettre de voir le lien de cette variable avec le comportement reproductif et le niveau de mortalité infantile [17].

Bibliographie

1. ANGELI A. et SALVINI S., 1996, Changing demographic behaviour in Morocco ; the role of migration, family patterns, and women's status. A comparison of the 1987 and 1992 DHS data, in *Arab Regional Population Conference*, Vol. II, Cairo, p. 304-323.
2. ANGELI A. et SALVINI S., 1997, Les facteurs territoriaux de la fécondité marocaine, une analyse d'après l'enquête ENPS de 1987, in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb; approches anthropologiques*, Les Cahiers de l'IREMAM, CNRS-Universités d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, p. 31-42.
3. AZELMAT M., AYAD M. et BELHACHMI H., 1989, Enquête nationale sur la Planification familiale, la Fécondité et la Santé au Maroc (ENPS) 1987, Ministère de la Santé Publique, Services des Études et de l'Information Sanitaire, Demographic and Health Surveys, Institute for resource Development/Westinghouse, USA.
4. AZELMAT M., AYAD M. et HOUSNI E.A., 1993, Enquête nationale sur la Population et la Santé (ENPS II) 1992, Ministère de la Santé Publique, Services des Études et de l'Information Sanitaire, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc., USA.
5. AZELMAT M., AYAD M. et HOUSNI E.A., 1996, Enquête nationale sur la Population et la Santé (EPPS) 1995, Ministère de la Santé Publique, Services des Etudes et de l'Information Sanitaire, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc., USA.
6. BICEGO O. et AHMAD B., 1996, Infant and child mortality, *DHS Comparative Studies* n° 20, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, New York, USA, 58 p.
7. BONGAARTS J., 1997, Trends in unwanted childbearing in the Developing World, *Studies in Family Planning*, Vol. 28, n° 4, p. 267-277.
8. CASTRO MARTIN T., 1995, Women's education and fertility ; results from 26 Demographic and Health Surveys, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, n° 4, p. 187-202.
9. COURBAGE Y., 1995, Fertility transition in the Mashriq and the Magrib ; education, emigration, and the diffusion of ideas, in MAKHLOUF OBERMEYER C., Ed., *Family, gender, and population in the Middle East; policies in context*, American University Press in Cairo, Cairo, p. 80-104.
10. COURBAGE Y., 1998, Nuovi scenari demografici mediterranei, *au Colloque Contributi di Ricerca Fondazione Giovanni Agnelli*, 6/3/1998, Torino.
11. DESAI S. et ALVA S., 1998, Maternal education and child health ; is there a strong causal relationship ?, *Demography*, Vol. 35, n° 1, p. 71-81.
12. DIXON-MÜLLER R., 1993, Population policy & women's rights. *Transforming reproductive choice*, Praeger Publishers, Westport CT.
13. EL-KHORAZATY M., 1996, Characterisation and determinants of reproductive patterns in the Arab World ; 1976-95, *Arab Regional Population Conference*, Vol. I, Cairo, p. 375-434.
14. FARGUES P., 1995, Changing gerarchies of gender and generation in the arab world, in MAKHLOUF OBERMEYER C., Ed., *Family, Gender, and Population in the Middle East; Policies in Context*, American University Press in Cairo, Cairo, p. 179-198.
15. FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, 1997, *État de la population mondiale 1997 : le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*, sous la direction de Nafis Sadik, N.Y., 76 p.
16. KARIMS., 1997, *Reproductive Behaviour in Muslim Countries*, DHS Working Papers n° 23, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, New York, USA.
17. KISHOR S., 1995, Autonomy and egyptian women ; Findings from the 1988 Egypt Demographic and Health Survey, *DHS Occasional Papers*, n° 2, Calverton : Macro International Inc., 56 p.

18. MAKHLOUF OBERMEYER C. et CARDENAS R., 1997, Son preference and differential treatment in Morocco and Tunisia, *Studies in Family Planning*, Vol. 28, n° 3, p. 235-244.
19. MAKHLOUF OBERMEYER C., 1992, Islam, women and politics ; the demography of Arab countries, *Population and Development Review*, Vol. 18, n° 1, p. 33-60.
20. MAKHLOUF OBERMEYER C. , 1993, Culture, maternal health care, and women's status ; a comparison of Morocco and Tunisia, *Studies in Family Planning*, Vol. 24, n° 6, p. 133-156.
21. ROBEYS B., ROSS J., BHUSHAN I., 1996, Meeting unmet need; new strategies, *Population Reports*, Série J, n° 43.
22. SOMMERFELT A.E. et PIANI A.L., 1997, Childhood immunization ; 1990-94, *DHS Comparative Studies*, n° 22, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, New York, USA, 50 p.
23. WORLD BANK, 1997, *World Development Indicators*, Washington D.C, 340 p.
24. YAAKOUBD A.I., 1997a, La transition de fécondité au Maroc ; faits et facteurs, *Genus*, Vol. LIII, n° 1-2, p. 189-202.
25. YAAKOUBD A.I., 1997b, La situation socio-démographique au Maroc à la veille de l'an 2000, *Genus*, Vol. LIII, n° 3-4, p. 243-259.

21. Niveau, structure et raison de la discontinuation de la contraception au Maroc

Ali El Youbi¹

Le Maroc connaît un accroissement continu de sa prévalence contraceptive. Dans ce chapitre, nous avons analysé les facteurs qui peuvent influencer la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives et ceux qui freinent l'accroissement de la prévalence contraceptive. Nous étudions également le niveau et la structure de la discontinuation des méthodes contraceptives ainsi que les raisons justifiant cette discontinuation.

On a constaté que, parallèlement à une prévalence contraceptive en nette augmentation, le taux des femmes qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive baisse avec l'âge et avec le niveau d'instruction. Par contre, la discontinuation de la contraception diminue avec l'âge et augmente avec le niveau d'instruction. De plus, son taux est plus important dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Les méthodes contraceptives les plus discontinuées dans le milieu rural sont la pilule et l'abstinence périodique alors que dans le milieu urbain, il s'agit du DIU et du retrait.

Les raisons les plus importantes de la discontinuation de la contraception sont de nature « démographique et d'exposition », suivies par des raisons de santé et des raisons d'échecs. Les méthodes traditionnelles font l'objet de discontinuation pour des raisons d'échecs, alors que la pilule l'est plus pour des raisons « démographiques et d'exposition ». A l'inverse, le DIU est arrêté pour des raisons de santé plus que pour n'importe quelle autre raison. Les taux de discontinuation pour des raisons « démographiques et d'exposition » et des raisons d'échec baissent avec l'âge; par contre les taux de discontinuation pour des raisons de santé augmentent au début de l'âge fécond et jusqu'à l'âge de 30 ans et s'amenuisent ensuite. Quelle que soit la raison, les taux de discontinuation chez les femmes sans niveau d'instruction sont toujours plus importants que chez celles qui ont atteint le niveau primaire.

La contraception, un des déterminants proches de la fécondité, reste la variable privilégiée pour agir sur l'intensité et la structure de la fécondité. Seulement, elle demeure exposée aux phénomènes de refus, de non-utilisation et d'arrêt de son utilisation. Ces facteurs peuvent empêcher l'évolution normale d'un programme de planification familiale et influencer négativement son impact sur la fécondité.

1. Démographe, Chercheur au Centre d'Études et de Recherches Démographiques (CERED).

En effet, sachant que le Maroc connaît un accroissement continu de sa prévalence contraceptive, le rôle de la dynamique d'utilisation de la contraception sur la structure de la prévalence contraceptive et sur l'intensité de la fécondité risque d'être de plus en plus important. Nous souhaitons à travers ce chapitre contribuer à la connaissance de ce phénomène en répondant aux interrogations suivantes : y a-t-il des facteurs qui peuvent empêcher la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives et induire le freinage de l'accroissement de la prévalence contraceptive ? Quels sont le niveau et la structure de la discontinuation des méthodes contraceptives ? Quelles sont les raisons qui génèrent cette discontinuation ?

Données et méthodologie

Les données qui sont utilisées dans cette étude proviennent pour l'essentiel de l'Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc 1992 (ENPS) [1]. Il s'agit très précisément du calendrier rempli pour les femmes éligibles lors de cette enquête, notamment les deux colonnes qui donne mensuellement (et sur les cinq années qui précèdent l'enquête) la méthode contraceptive utilisée par femme et la raison de sa discontinuation éventuelle. Dans cette étude, on s'est limité à la population des femmes qui utilisaient, en janvier 1990, une méthode contraceptive, autre que la stérilisation², soit 1667 femmes³.

Dans cette population, quatre méthodes dont deux modernes et deux traditionnelles, sont utilisées par la quasi-totalité des femmes. Les deux méthodes modernes (la pilule et le DIU) sont utilisées par plus des quatre cinquième des femmes. La pilule est utilisée par plus des deux tiers des femmes enquêtées, soit 72%, suivie par le DIU (10%). Alors que les deux méthodes traditionnelles sont utilisées par 16% des femmes : l'abstinence périodique (9%) et le retrait (7%).

Nous avons suivi l'évolution de l'utilisation de la méthode contraceptive sur 24 mois. Ainsi, nous avons relevé le premier arrêt de l'usage, la raison et la durée d'utilisation, à partir du mois de janvier 1990 et jusqu'à la date d'arrêt du contraceptif. Même si la femme reprend l'usage de la contraception, elle n'est pas reprise dans l'échantillon. Ceci nous a permis de dégager les taux de discontinuation des méthodes contraceptives et les raisons avancées sur 12 et 24 mois.

La prévalence contraceptive

Toutes les études sur la fécondité réalisées au Maroc montrent qu'il y a d'importantes inégalités dans la fécondité et la prévalence contraceptive selon l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

La fécondité est passée, au niveau national, d'environ 7 enfants par femme en 1962 à 3,1 en 1994-97, soit une baisse relative de 56%. Dans le milieu urbain, elle a enregistré une baisse de 70%. Dans le milieu rural, la baisse de l'indice synthétique de fécondité de 6,9 à 4,1 enfants par femme, a été moins rapide (41%). Cette situation est due essentiellement aux divers changements et mutations sociales qu'a connus la société marocaine, notamment l'augmentation de la prévalence contraceptive.

2. La stérilisation étant une méthode irréversible, elle ne peut être discontinuée.

3. L'idéal aurait été d'étudier des femmes qui ont commencé à utiliser une méthode contraceptive au même moment pour éviter les effets de la troncature à gauche.

Ainsi, en 1980, moins d'une femme mariée en âge de procréer sur cinq utilisait un moyen contraceptif (19,4%). Cinq ans plus tard, cette prévalence contraceptive est passée à 25,5%, soit une hausse relative de 30%. Elle atteint 59% en 1997 avec des disparités selon le milieu de résidence. Le milieu rural reste en retard par rapport au milieu urbain : le taux de prévalence contraceptive se chiffrait, en 1997, à 51% dans la campagne contre 66% dans les villes.

Ce taux de prévalence varie aussi selon le niveau d'instruction. En 1995, de 45% chez les femmes sans instruction, il passe à 63% chez celles ayant atteint le niveau primaire et à 66% chez celles ayant atteint le secondaire ou plus. Par ailleurs, entre 1992 et 1995, l'augmentation de l'utilisation de moyens contraceptifs a été plus prononcée chez les femmes analphabètes (+25%) que chez celles ayant reçu un enseignement primaire (+11%) ou secondaire (+2%).

Néanmoins, malgré l'extension sans précédent de la connaissance et de l'usage des méthodes contraceptives, une proportion non négligeable de femmes n'ont jamais utilisé les moyens contraceptifs. Les données montrent qu'en 1992, plus d'un tiers (36%) des femmes non célibataires n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive (23% dans le milieu urbain et 47% dans le milieu rural). Le taux de non-utilisation décroît avec l'âge et le niveau d'instruction. En 1995, le taux global de non-utilisation a baissé à 28% (14% en milieu urbain et 39% en milieu rural). De 1992 à 1995, la baisse des taux de non-utilisation se produit à tous les âges et pour tous les niveaux d'instruction (Tab. 1).

34% des femmes mariées n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive en 1992, contre seulement 26% en 1995. Le taux de non-utilisation des femmes mariées a atteint 19% chez celles du niveau primaire et 10% chez les femmes du niveau secondaire et plus. Ce taux atteint presque 40% chez les femmes mariées sans niveau d'instruction. On note ainsi l'importance de la part des femmes mariées parmi celles qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive et le rôle qu'elles peuvent avoir dans la modification de la structure de la prévalence contraceptive.

Ceci étant, les variables « âge », « milieu de résidence » et « niveau d'instruction » impliquent-elles des différences quant à la discontinuation ? Quelles sont les raisons qui poussent les femmes à arrêter l'usage des méthodes contraceptives ?

La discontinuation de la contraception

La discontinuation d'une méthode contraceptive donnée peut être commandée soit par le désir d'avoir un enfant, soit pour changer de méthode ; il peut s'agir aussi d'une cessation définitive⁴.

Le niveau de la discontinuation de la contraception

Dans le tableau 2 donnant les taux de discontinuation suivant l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la méthode abandonnée, nous constatons que 31% des femmes ont arrêté leur méthode contraceptive au cours de la première année et plus de la moitié l'ont arrêté au cours de la deuxième année d'utilisation⁵.

4. Nous ne nous intéressons pas à « l'après discontinuation », autrement dit à la situation de la femme vis-à-vis de la contraception après avoir discontinué une méthode contraceptive.

5. Notons que ces variables individuelles donnent la situation lors de l'enquête et non au moment de la discontinuation.

Tableau 1 : Taux (%) de non-utilisation des méthodes contraceptives selon l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et l'état matrimonial en 1992 et 1995

Variables	Catégorie	1992 (N = 5639)	1995 (N = 2736)
Classe d'âges	15-19	58,0	48,6
	20-24	40,8	35,4
	25-29	35,1	26,5
	30-34	29,3	21,6
	35-39	32,1	22,2
	40-44	32,6	26,8
	45-49	46,2	34,9
Milieu de résidence	Urbain	22,9	14,2
	Rural	46,9	39,2
Niveau d'instruction	Aucun	41,9	34,4
	Primaire	21,7	15,7
	Secondaire	12,5	9,5
	Supérieur	6,0	5,1
État matrimonial actuel	Mariée	33,8	25,8
	Veuve	66,7	51,1
	Divorcée	53,9	45,3
Total		36,1	27,9

Sources : [1] et [2].

Les taux de discontinuation diminuent avec l'âge et augmentent avec la durée d'utilisation (Fig. 1 à 4). Le même évolution est observée selon le niveau d'instruction. Plus la femme est instruite, plus elle est disposée à arrêter la méthode qu'elle utilisait. Les taux de discontinuation sont plus importants dans le milieu rural que dans le milieu urbain, soit respectivement 31% contre 28% sur 12 mois d'usage, et 50% contre 46% sur 24 mois.

Sur 12 mois, trois méthodes contraceptives, parmi les quatre les plus utilisées, sont arrêtées par près du tiers des utilisatrices, soit presque 32%. Il s'agit de la pilule, de l'abstinence périodique et du retrait. Le DIU qui est normalement une méthode de longue durée n'est discontinué qu'à 21%. Les taux de discontinuation de ces quatre méthodes n'évoluent pas de la même manière sur 24 mois. L'abstinence périodique voit son taux de discontinuation atteindre 55%, suivi par la pilule avec 51%, ensuite le DIU avec 45% et enfin le retrait avec 43%.

Au cours des cinq années précédant l'enquête de 1992, 56% des femmes non célibataires ont arrêté la dernière méthode utilisée. Ce niveau de discontinuation est presque le même dans le milieu urbain (56%) que dans le milieu rural (57%). Ce taux augmente avec le niveau d'instruction : il va de 55% pour les femmes analphabètes à 64% pour celles qui ont atteint le niveau secondaire. Toutes les méthodes sont discontinuées à un taux qui dépasse 80%. Le condom se trouve au premier rang avec 97% comme taux de discontinuation et les méthodes vaginales au dernier rang avec le taux de 82%. Le taux de discontinuation augmente de 52% dans le groupe d'âges 15-19 ans jusqu'à 68% dans le groupe d'âges 25-29 ans et diminue après cet âge. Il atteint 26% pour les femmes âgées de 45 et 49 ans.

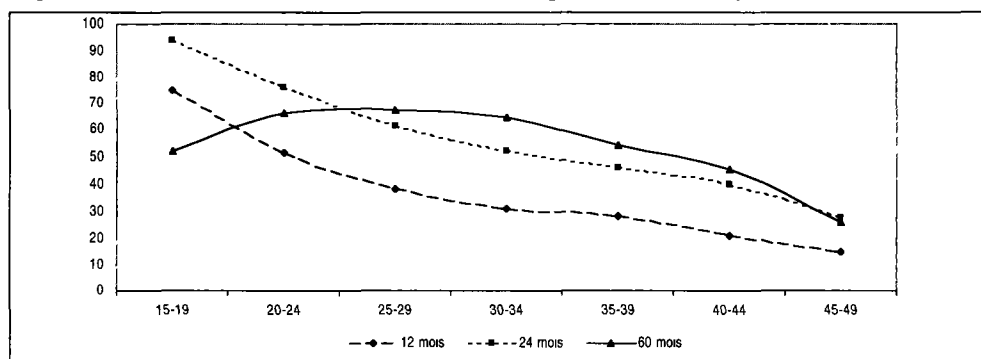
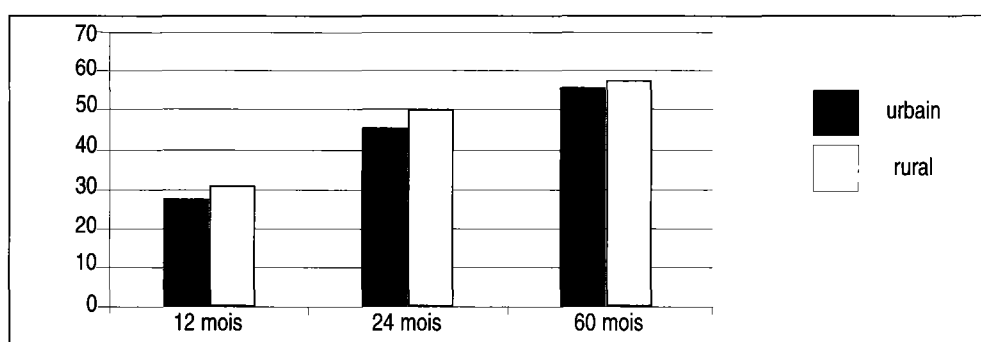
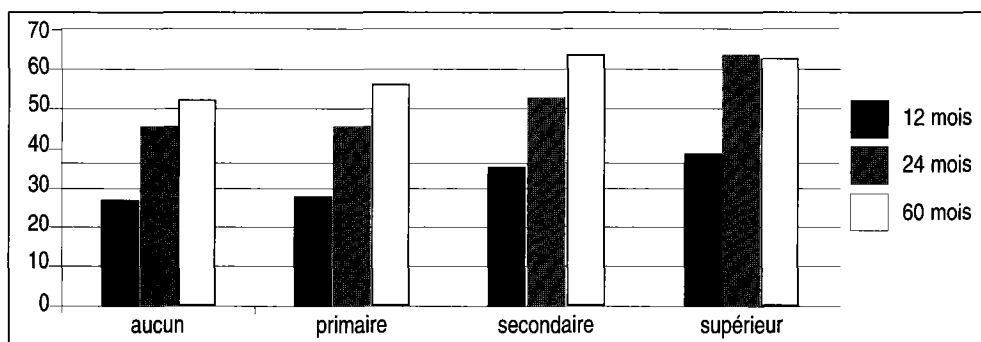
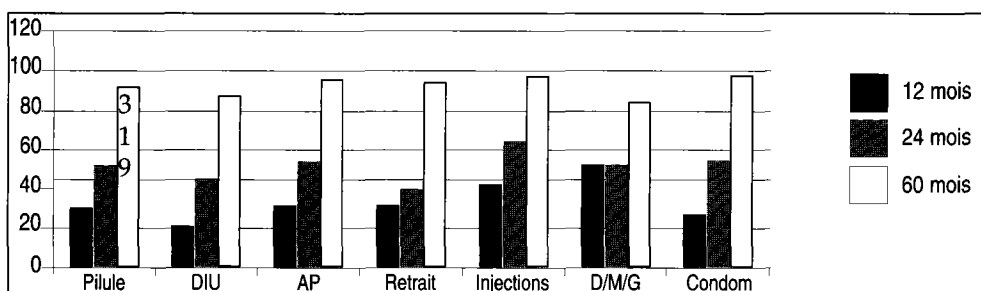
Tableau 2 : Taux (%) de discontinuation selon l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la méthode discontinuée et la durée d'observation

Variable	Catégorie	Durée d'observation (N = 1667)		Dernière discontinuation sur 5 ans (N = 3603)
		12 mois	24 mois	
Classe d'âges	15-19	75,0	93,7	52,2
	20-24	51,3	76,3	66,5
	25-29	38,0	61,6	67,6
	30-34	30,9	52,2	64,7
	35-39	28,1	45,8	54,1
	40-44	20,8	39,6	45,4
	45-49	14,9	27,9	25,7
Milieu de résidence	Urbain	27,3	45,5	55,6
	Rural	30,8	50,2	57,2
Niveau d'instruction	Aucun	27,2	45,9	54,7
	Primaire	27,4	45,6	56,5
	Secondaire	35,0	53,3	64,1
	Supérieur	38,9	63,9	62,8
Méthode discontinuée	Pilule	31,4	51,3	91,6
	DIU	21,3	45,1	87,3
	Abstinence périodique	31,7	55,2	95,1
	Retrait	32,0	43,4	94,4
	Injections	44,4	66,7	95,7
	Diaphragme/Mousse/Gelée	50,0	50,0	82,4
	Condom	28,6	53,6	96,6
Total		30,6	50,6	56,3

Sources : [1] et [2].

Alors pourquoi ces différences par niveau d'instruction et par milieu de résidence ? La supériorité des taux de discontinuation dans le milieu rural ne se retrouve pas au niveau de toutes les méthodes contraceptives. En effet, la pilule et l'abstinence périodique sont plus discontinuées dans le milieu rural que dans le milieu urbain alors que le DIU et le retrait sont plus discontinués dans le milieu urbain. En un an, un tiers des femmes rurales ont arrêté l'utilisation de la pilule contre 30% des femmes urbaines (Tab. 3). Sur deux années, plus de la moitié des utilisatrices de pilule l'ont arrêtée dans le milieu rural (55%) contre moins de la moitié en milieu urbain. Le DIU est une méthode plus résistante à la discontinuation dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Ainsi sur une année, 18% des femmes rurales ont discontinué le stérilet contre 22% dans l'urbain. Sur 24 mois, ces taux font plus que doubler dans les deux milieux, soit respectivement 47% et 36%.

Contrairement au retrait, les femmes rurales pratiquent moins l'abstinence périodique que les femmes urbaines. Par conséquent, l'abstinence périodique est plus soumise à la discontinuation dans le milieu rural que dans le milieu urbain, avec des taux de discontinuation de 41% contre 29%. Autrement dit, les femmes urbaines résistent plus au désir d'avoir des rapports sexuels au cours de la période fécondable de leur cycle que les femmes rurales. Ceci signifie-t-il que les femmes urbaines sont plus en mesure que les femmes rurales de refuser des rapports sexuels lorsque ceux-ci peuvent entraîner des risques de grossesse ? Ou est-ce le fait que les femmes rurales connaissent moins leur cycle et par conséquent arrêtent l'abstinence périodique sans le vouloir ?

Figure 1 : Taux de discontinuation selon l'âge (ENPS, 1992)**Figure 2 : Taux de discontinuation selon le milieu de résidence (ENPS, 1992)****Figure 3 : Taux de discontinuation par niveau d'instruction (ENPS, 1992)****Figure 4 : Taux de discontinuation par méthode (ENPS, 1992)**

Toutes les méthodes contraceptives connaissent des taux de discontinuation en diminution avec l'âge (sauf le DIU) et en augmentation avec la durée d'observation. Les taux de discontinuation du DIU dans la première année augmentent d'abord et redescendent après l'âge de 30 ans. Cette évolution des taux de discontinuation du DIU s'explique par le fait que le DIU est une méthode contraceptive de longue durée, difficile à arrêter après une courte durée d'utilisation, sauf s'il a des effets sur la santé de la femme.

Tableau 3 : Taux (%) de discontinuation de quatre méthodes contraceptives selon la durée, l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction

Variable	Catégorie	Méthode contraceptive et durée d'observation en mois							
		Pilule (N = 1193)		DIU (N = 164)		Abstinence périodique (N = 145)		Retrait (N = 122)	
		12	24	12	24	12	24	12	24
Classe d'âges	15-19	76,9	92,3	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	20-24	51,3	76,5	22,2	66,7	57,1	71,4	71,4	85,7
	25-29	38,4	60,7	30,0	55,0	44,4	72,2	38,5	76,9
	30-34	29,0	50,2	20,9	53,5	32,5	57,5	55,2	58,6
	35-39	29,5	46,5	17,4	41,3	30,6	52,8	20,7	31,0
	40-44	23,9	43,6	20,0	30,0	13,6	45,4	16,0	24,0
	45-49	13,8	27,5	26,7	33,3	14,3	28,6	11,1	22,2
Milieu de résidence	Urbain	30,0	48,8	22,1	47,3	29,3	53,4	35,4	46,1
	Rural	33,3	54,7	18,2	36,4	41,4	62,1	28,1	40,3
Niveau d'instruction	Aucun	30,7	51,1	19,8	39,6	22,6	52,8	29,9	42,5
	Primaire	30,0	50,2	25,0	46,9	31,2	53,1	23,5	29,4
	Secondaire	37,1	52,9	21,0	55,3	39,2	54,9	46,7	60,0
	Supérieur	35,0	60,0	33,3	66,7	44,4	77,8	66,7	66,7
Total		31,4	51,3	21,3	45,1	31,7	55,2	32,0	43,4

Source: [1]

Les raisons de discontinuation des méthodes contraceptives

La discontinuation peut être le résultat d'un mauvais conseil, d'une méthode inappropriée, des effets secondaires de la méthode ou d'une mauvaise infrastructure. Mais la discontinuation peut être aussi le fait d'un environnement socio-culturel défavorable, comme l'opposition de l'époux et de l'entourage proche ou la dominance de représentations culturelles défavorables à la planification familiale, etc.

Pour analyser ces phénomènes de discontinuation, nous avons regroupé les raisons avancées par les enquêtées en cinq groupes : il s'agit des raisons de santé (les effets secondaires et les problèmes de santé), des raisons économiques et d'accès (le manque d'information, le coût trop élevé de la méthode, la difficulté d'obtenir les méthodes contraceptives et l'inconfort de la méthode), des raisons culturelles (la désapprobation du mari et d'autres personnes, la religion, l'opposition à la planification familiale et le fatalisme), des raisons « démographique et d'exposition » (le désir des enfants, les rapports sexuels peu fréquents, la difficulté à tomber enceinte, la ménopause ou la stérilité et la rupture des unions ou la séparation) et des raisons d'échec (le fait de tomber enceinte en utilisant la méthode et la recherche d'une méthode plus efficace).

Le groupe le plus important de raisons responsables de la discontinuation des méthodes contraceptives est celui des motifs démographiques et d'exposition avec un taux de discontinuation de 11% sur 12 mois et de 19% sur 24 mois (Tab. 4, Fig. 5). En seconde position, viennent les raisons d'échec et les raisons de santé avec 8% et 13% chacune sur 12 mois et 24 mois respectivement. Ces deux dernières raisons, relativement liées aux méthodes contraceptives, expliquent ainsi 16% des discontinuations sur une année et plus du quart sur 24 mois. C'est un taux important dont il faut tenir compte dans le programme de planification familiale. Les discontinuations pour des raisons économiques et d'accès et pour des raisons culturelles sont relativement faibles. Ensemble, elles ne dépassent que de peu le taux de 1% sur 12 mois et de 2% sur 24 mois.

Tableau 4 : Taux (%) de discontinuation selon les raisons agrégées, la durée d'observation et la méthode discontinuée

La méthode discontinuée	Raison de discontinuation et la durée d'observation en mois											
	Raisons démographiques et d'exposition		Raisons de santé		Raisons d'échec		Autres raisons		Ne sait pas		Total	
	12	24	12	24	12	24	12	24	12	24	12	24
Pilule	13,1	21,2	8,6	14,8	6,4	10,4	0,8	1,3	2,5	3,6	31,4	51,3
DIU	4,3	12,2	13,4	21,3	1,8	4,9	0,0	2,4	1,8	4,3	21,3	45,1
Abstinence périodique	5,5	12,4	0,7	0,7	21,4	33,8	2,1	3,4	2,1	4,8	31,7	55,2
Retrait	13,9	18,0	0,8	0,8	15,6	19,7	1,6	4,1	0,0	0,8	32,0	43,4
Injections	11,1	22,2	22,2	22,2	0,0	11,1	0,0	0,0	11,1	11,1	44,4	66,7
Diaphragme / Mousse / Gelée	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7	16,7	16,7	16,7	16,7	50,0	50,0
Condom	3,6	14,3	0,0	0,0	10,7	21,4	14,3	17,9	0,0	0,0	28,6	53,6
Total	11,4	19,1	7,7	13,0	8,0	12,8	1,2	2,1	2,3	3,6	30,6	50,6

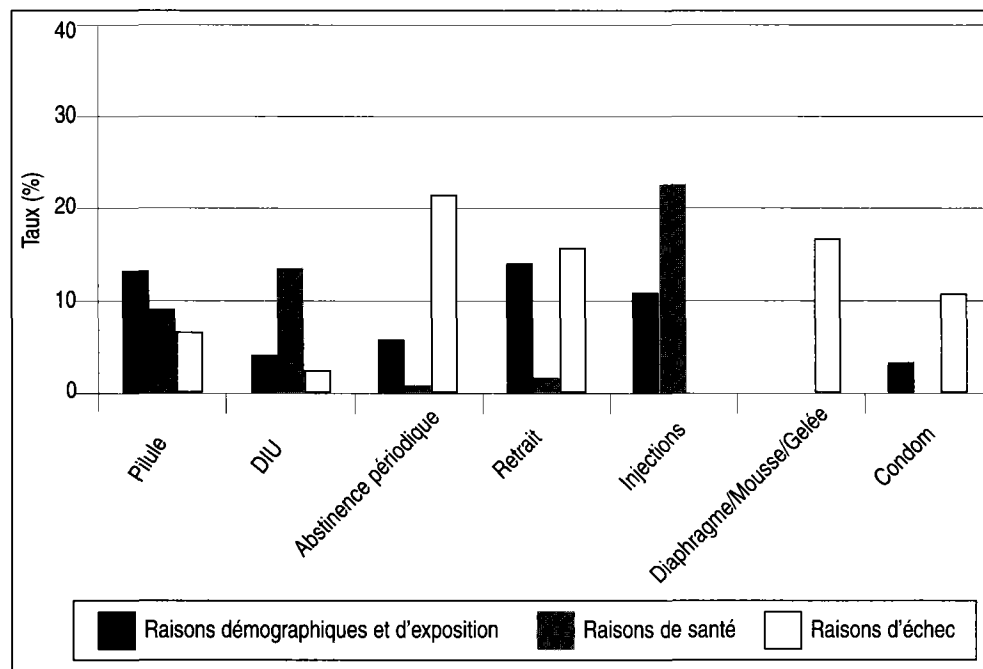
Source : [1].

Ceci dit, les méthodes traditionnelles sont les plus sujettes à la discontinuation pour des raisons d'échec. Ainsi sur 12 mois, plus d'une femme sur cinq utilisatrices de l'abstinence périodique se sont arrêtées pour des raisons d'échec, contre plus d'une femme sur trois sur 24 mois. Le retrait reste moins soumis à l'échec que l'abstinence périodique. Il connaît un taux de discontinuation de 16% sur 12 mois et de 20% sur 24 mois d'observation. Ces deux méthodes sont peu arrêtées pour des raisons de santé (moins de 1%). Apparemment, l'utilisation de la pilule est susceptible d'être plus interrompue pour des raisons démographiques : 13% et 21%, dont respectivement 11% et 18% pour tomber enceinte (données non publiées ici) que pour des raisons de santé (8%) ou des raisons d'échec (6%). A l'inverse, l'utilisation du DIU est susceptible d'être discontinuée pour des raisons de santé plus que pour n'importe quelle autre raison (13% sur 12 mois).

Des taux de discontinuation de ces quatre méthodes ont été calculés sur les douze mois qui suivent la date du début de l'utilisation pour les années 1992 et 1995 (tab. 5, Fig. 6), alors que pour le tableau 4, nous avons les taux de discontinuation au cours de 12 mois à compter de janvier 1990 pour les femmes utilisatrices de

méthodes contraceptives à cette date. Ainsi, parmi l'ensemble des utilisatrices de ces quatre méthodes, en 1992, 8% ont renoncé à leur méthode avant la fin de la première année pour raison d'échec de la méthode, contre 7% en 1995. En 1992, 8% ont répondu avoir cessé l'utilisation de la contraception parce qu'elles voulaient tomber enceintes contre 10% en 1995, soit une augmentation de 2 points en trois ans. En 1992, le taux de discontinuation pour des problèmes de santé vient en première position avec 9,2%. Ce taux a légèrement baissé en 1995, soit 8,6%.

Figure 5 : Taux de discontinuation sur 12 mois selon les méthodes contraceptives et les raisons



De 1992 à 1995, le taux d'arrêt pour des raisons d'échec a diminué de 1 point pour la pilule, mais il a augmenté de 0,8 point pour le DIU. La même évolution est constatée au niveau des problèmes de santé, passant respectivement de 11% et 10% à 10% et 13%. Le taux de discontinuation le plus élevé se trouve au niveau de l'abstinence périodique. Cette méthode traditionnelle est arrêtée essentiellement pour des raisons d'échec, soit 24% en 1992 et 22% en 1995. L'interruption de la contraception afin de « tomber enceinte » a augmenté entre 1992 et 1995 pour trois méthodes contraceptives : la pilule, l'abstinence périodique et le retrait.

On peut se poser maintenant la question de savoir si ces raisons de discontinuation changent d'une catégorie sociale à une autre ?

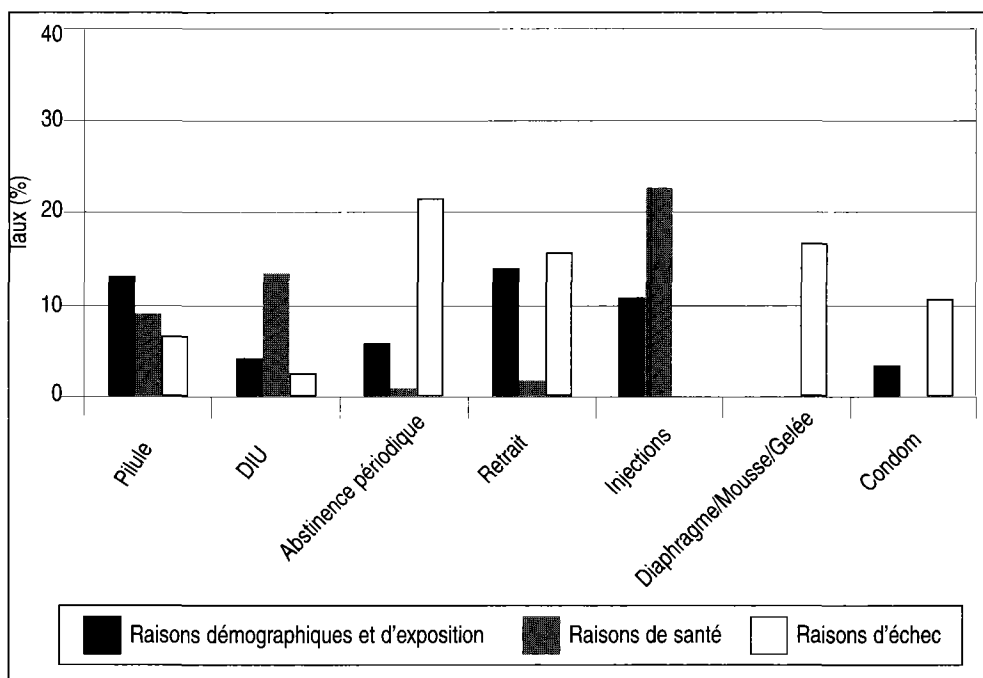
Les facteurs de la discontinuation de la contraception

Nous n'examinons pas les raisons économiques et d'accès et les raisons culturelles où l'évolution reste peu claire, vu la faiblesse de leur taux de discontinuation. Les raisons de santé, les raisons démographiques et d'exposition et les raisons d'échec ont connu une évolution qui mérite d'être analysée.

Tableau 5 : Taux de discontinuation des méthodes contraceptives au cours de la première année selon la raison et la méthode

Méthodes	Échec de la méthode		Pour tomber enceinte		Problèmes de santé		Autres raisons		Toutes raisons	
	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Pilule	5,8	4,9	9,0	11,4	11,2	9,8	11,4	13,5	37,4	39,6
DIU	2,1	2,9	1,3	0,0	9,8	12,8	5,7	0,8	18,8	16,6
Abstinence périodique	23,9	22,3	10,3	10,4	0,6	3,4	15,6	14,9	50,4	51,1
Retrait	11,1	6,8	5,5	6,1	0,8	1,5	28,4	37,5	45,8	51,9
Ensemble	7,8	6,9	8,0	9,6	9,2	8,6	13,6	15,2	38,7	40,3

Sources : [1 : 55] et [2 : 43].

Figure 6 : Taux de discontinuation selon les méthodes contraceptives et les raisons en 1992 et 1995

Le taux de discontinuation pour des raisons démographiques et d'exposition et pour des raisons d'échec connaissent une baisse continue avec l'âge (soit respectivement de 50% et 12,5% entre 15 et 19 ans à 6% et 1% entre 45 et 49 ans). Par contre, ceux concernant les raisons de santé augmentent de 0% à 15-19 ans jusqu'à atteindre un maximum de 9% entre 30 et 34 ans. Ils diminuent ensuite jusqu'à 6% entre 45 et 49 ans, confirmant ainsi l'hypothèse qu'avec l'âge, les femmes qui ont réalisé leur fécondité, ont tendance à moins interrompre ou changer de méthode contraceptive.

Les taux de discontinuation pour ces raisons, sur 12 mois, sont plus importants dans le milieu rural que dans le milieu urbain (soit 8% contre 7,5% pour des raisons de santé, 12,6% contre 10,6% pour des raisons démographiques et d'exposition, et 9%

contre 7% pour des raisons d'échec). En plus, la discontinuation pour des raisons démographiques et d'exposition est presque indépendante de la durée d'utilisation des méthodes contraceptives. Elle évolue au même rythme dans les deux milieux de résidence en gardant la même différence entre le taux de discontinuation sur 12 mois et sur 24 mois. Par contre, la discontinuation pour des raisons d'échec évolue plus vite dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Enfin, la discontinuation pour des raisons de santé augmente au cours de la deuxième année, dans le milieu urbain, à un rythme beaucoup plus rapide que dans le milieu rural, au point d'annuler la différence qui existait au cours de la première année entre les deux milieux, passant respectivement de 7,5% et 8% sur 12 mois, à presque 13% pour les deux milieux sur 24 mois. Comment peut-on expliquer cette accélération de la discontinuation pour des raisons de santé dans le milieu urbain au cours de la deuxième année ?

La situation par raison de discontinuation est encore plus apparente selon le niveau d'instruction. Les taux de discontinuation, quelle que soit la raison, sont plus importants chez les femmes sans niveau d'instruction que chez les femmes ayant atteint le niveau primaire. Ce n'est qu'à partir du niveau secondaire et plus que les taux de discontinuation, pour les raisons évoquées, commencent à dépasser ceux des femmes sans instruction. Une des hypothèses expliquant ce constat est que les femmes d'un certain niveau d'instruction se trouvent contraintes à utiliser la contraception beaucoup plus tôt que les femmes sans instruction. Par conséquent, les femmes sans instruction n'utilisent la contraception qu'après avoir eu le nombre d'enfants désiré et utilisent par la suite une contraception destinée à arrêter leur procréation alors que les femmes plus instruites utilisent la contraception dans le but d'espacer leurs naissances.

Les femmes sans niveau d'instruction arrêtent la contraception pour des raisons démographiques et d'exposition d'abord (11%), ensuite pour des raisons de santé (8%), puis pour des raisons d'échec (7%) et enfin pour des raisons économiques et d'accès et des raisons culturelles. Les taux par raison de discontinuation des femmes du niveau primaire sont dans le même ordre d'importance que ceux des femmes sans instruction (soit 10%, 8% et 6% respectivement pour les raisons d'exposition, de santé et d'échec sur 12 mois). Ainsi, un bas niveau d'instruction des femmes n'influence pas énormément l'ordre d'importance des taux par raison de discontinuation. L'ordre d'importance des taux de discontinuation n'a changé entre les raisons d'échec et les raisons de santé qu'à partir du niveau secondaire et supérieur. Ainsi, les taux de discontinuation pour des raisons d'échec sont plus élevés que les taux de discontinuation pour des raisons de santé.

*

* *

Cette analyse de la discontinuation et de son rôle dans la modification de la prévalence et de la structure de la contraception devrait être poursuivie par l'étude des comportements des femmes qui ont arrêté une méthode contraceptive : abandonnent-elles complètement la contraception ou changent-elles seulement de méthode ?

La contraception n'est pas l'affaire de la femme seule, elle concerne aussi l'homme. Le manque de communication et de consensus des deux conjoints sur l'utilisation de la contraception peut avoir un effet important sur l'accroissement des taux de non-utilisation et de la discontinuation des méthodes contraceptives.

Bibliographie

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1993, *Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc 1992*, ENPS 1992, Rabat, Maroc, 281 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1996, *Enquête de Panel sur la Population et la Santé*, EPPS 1995, Rabat, Maroc, 201 p.

22. La demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil

Elisabete De Carvalho¹

« Les parents ont le droit de déterminer librement et de façon responsable le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances et de disposer des connaissances et moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ce droit ».

Conférence Internationale des Droits de l'Homme, 1968.

Dans la région Nordeste du Brésil, la moins développée du pays, la fécondité a commencé à baisser au cours des années soixante-dix. De 7,6 enfants par femme en 1970, le taux de fécondité est passé à 3,1 en 1994-96, soit une réduction de 4,5 enfants en 25 ans. Comme pour le reste du pays, parmi les déterminants de la fécondité, c'est la contraception qui a eu la plus forte influence.

C'est dans le cadre de cette forte baisse de la fécondité, que nous analysons la part de la demande de contraception restant à satisfaire. Pour ce faire, nous avons travaillé sur la base de données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1996, en sélectionnant les femmes selon plusieurs variables : statut matrimonial, utilisation de la contraception et désir d'enfants.

La demande insatisfaite de contraception pour limiter les naissances est plus élevée que celle pour les espacer. L'analyse de la demande insatisfaite totale et par type de besoin selon certaines variables montre l'influence de l'âge, du nombre d'enfants nés et du niveau d'instruction. Cette analyse permet également d'identifier les femmes ayant une demande insatisfaite et de révéler le rôle indirect joué par la stérilisation féminine.

Nous posons également la question de savoir si les niveaux de la demande insatisfaite sont suffisamment élevés pour avoir un impact significatif sur la fécondité dans le cas où cette demande viendrait à être satisfaite. A partir de plusieurs modèles, basés sur des hypothèses qui prennent en compte les critiques émises à l'égard du concept, nous calculons le taux de fécondité « potentiel », c'est-à-dire si la demande de contraception est satisfaite.

1. Doctorante à l'Université Parix X - Nanterre.

Dans la région Nordeste du Brésil, la moins développée du pays, la fécondité a commencé à baisser au cours des années soixante-dix. De 7,6 enfants par femme en 1970 [6] le taux de fécondité est passé à 3,1 en 1994-96 [1], soit une réduction de 4,5 enfants en 25 ans. Comme pour le reste du pays, parmi les déterminants de la fécondité, c'est la contraception qui a eu la plus forte influence. Selon G. Martine [5], pour l'ensemble du pays, l'avortement aurait également joué un rôle important, surtout pendant les premières années de baisse de la fécondité, mais, l'avortement étant illégal au Brésil, on ne dispose pas de données fiables. En ce qui concerne l'allaitement, il n'a eu qu'un effet limité. La nuptialité et la cohabitation n'ont pas contribué à la baisse de la fécondité et auraient même pu favoriser une augmentation de celle-ci. En effet, A.A. Camarano [3] a montré une baisse de l'âge moyen à la première union qui, si elle n'a pas conduit à une augmentation de la fécondité, a eu pour effet de diminuer l'âge à la première naissance, qui est de 22 ans dans le Nordeste [1].

Dans le cadre de cette forte baisse de la fécondité, il est intéressant d'analyser la part de la demande de contraception restant à satisfaire. Pour ce faire, nous avons travaillé sur la base de données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1996. D'après le rapport final [1], 13% des femmes nordestines en union ont une demande de contraception qu'elles ne satisfont pas. Dans une première partie, nous exposerons la méthodologie et le concept permettant de mesurer la demande insatisfaite de contraception et nous ferons la distinction entre deux types de besoin de contraception, pour espacer ou limiter les naissances. Ensuite, il s'agira de cerner les femmes ne satisfaisant pas leur demande à travers trois variables : l'âge, le nombre d'enfants nés et le niveau d'instruction. Le Nordeste étant caractérisé par une fécondité élevée chez les adolescentes (15-19 ans) il est intéressant d'analyser la répartition de la demande insatisfaite selon le type de besoin. Cette analyse permettra de mettre en évidence le rôle joué par la stérilisation féminine. Enfin, nous estimerons la baisse de la fécondité qui pourrait résulter de la satisfaction de la demande insatisfaite de contraception.

Méthodologie et concept

L'existence d'une demande de contraception a d'abord été démontrée à partir de données collectées lors des enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP), menées au cours des années soixante et soixante-dix dans de nombreux pays, qui s'intéressent également aux préférences des femmes quant à la taille de leur famille. Certaines recherches réalisées à partir de ces enquêtes ont donné naissance à la notion de *KAP-Gap*, qui est le décalage entre la pratique de la contraception et les intentions de reproduction. Cette notion, considérée comme un indicateur de la demande insatisfaite de contraception, correspond à la proportion de femmes mariées qui ne veulent plus d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception. A juste titre, J. Bongaarts [2] a relevé deux principaux défauts dans cette définition :

- certaines femmes qui ne veulent plus d'enfants ont de bonnes raisons de ne pas utiliser de méthode contraceptive ; elles peuvent être infécondes, parce que stériles, ménopausées ou enceintes ; les prendre en compte surestime la demande insatisfaite de contraception ;

- il existe aussi une demande insatisfaite de contraception parmi les femmes qui souhaitent espacer leurs naissances ; ne pas les prendre en compte sous-estime la demande insatisfaite de contraception.

Mais les recherches dans ce domaine n'en étaient alors qu'à leurs débuts, et les approches sont aujourd'hui beaucoup plus fines et détaillées. De l'expression *KAP-Gap* qui s'appliquait aux enquêtes du même nom, nous sommes passés à celle de *unmet need* développée principalement par C.F. Westoff depuis 1978 [10, 11, 12 et 13]. C'est sur son modèle que s'appuie notre analyse.

D'une manière générale, « le concept, c'est la motivation des femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive pour contrôler leur fécondité, mais qui en même temps expriment le désir de retarder leur prochaine naissance, ou de ne plus avoir d'enfants » [11]².

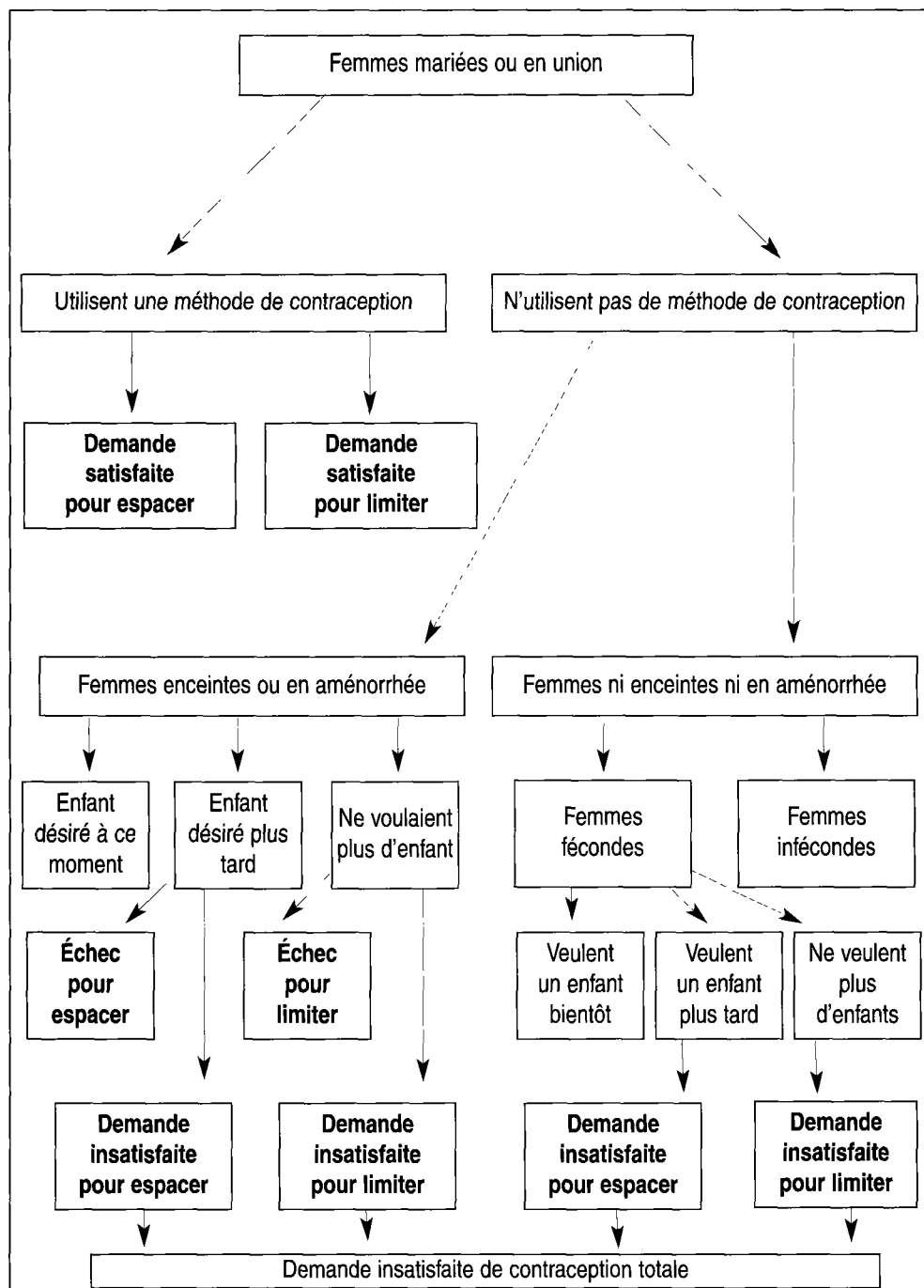
Tout d'abord, pour que les femmes soient demandeuses de contraception il faut qu'elles soient exposées au risque de conception. Le premier choix méthodologique a été de ne sélectionner que les femmes mariées ou en union. Non pas que l'on considère les autres femmes comme sexuellement inactives, mais leur degré d'exposition au risque est sensiblement moins élevé. En effet, parmi les femmes nordestines qui n'ont jamais été mariées, 87% déclarent ne pas avoir de partenaire au moment de l'enquête (74% n'ayant jamais eu de rapports sexuels), de même que 70% des femmes ayant précédemment vécu en union. R. Dixon-Mueller et A. Germain [4] ont critiqué ce choix en arguant que si l'on peut supposer que les femmes ne vivant pas en union ont des niveaux d'activité sexuelle moins élevés, on peut également supposer que relativement peu de ces femmes seraient heureuses d'être enceintes et donc que relativement plus souhaiteraient reporter ou éviter une grossesse. Mais inclure les femmes hors union dans notre analyse, en considérant qu'elles sont autant exposées que les femmes en union, tendrait à sous-estimer la demande insatisfaite en termes de pourcentages, même si le nombre de femmes concernées est plus important. En effet, seulement 10% des femmes n'étant pas en union déclarent avoir un partenaire sexuel régulier et 6,5% un partenaire occasionnel. Sans prendre en compte pour le moment les femmes stériles, ménopausées ou infécondes, on peut dire que toutes les femmes en union sont potentiellement exposées au risque de conception, alors qu'elles ne sont que 16,5% parmi les femmes n'étant pas en union. Cependant, selon J. Bongaarts [2], la « demande potentielle [des individus ne vivant pas en union] est indubitablement substantielle dans beaucoup de pays en développement ». R. Dixon-Mueller et A. Germain [4] s'accordent pour ajouter que cette sélection des femmes en fonction de leur statut matrimonial joue un rôle dans les politiques de planification familiale, qui ne visent trop souvent que les couples en union, aux dépens des individus n'ayant pas de conjoint et spécialement des adolescents. Il semble que ces critiques aient été prises en compte puisqu'aujourd'hui les dernières enquêtes démographiques et de santé (phase III) permettent d'estimer la proportion de femmes ne vivant pas en union et ayant une demande insatisfaite de contraception. Elle est de 2,2% au Nordeste du Brésil.

La demande totale de contraception est composée de la demande satisfaite, de la demande insatisfaite et de l'échec de la méthode contraceptive utilisée. Ce dernier sous-groupe concerne les femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum suite à une défaillance ou à une mauvaise utilisation passée de leur méthode, mais qui au

2. Traduction de l'auteur.

moment de l'enquête ne sont plus utilisatrices de contraception. Les différentes étapes permettant de définir chaque sous-groupe, que nous allons maintenant décrire, sont représentées à la figure 1.

Figure 1 : Méthode de sélection des femmes pour obtenir la demande satisfaite et insatisfaite de contraception et l'échec de la méthode



Après une première sélection selon le statut matrimonial, une deuxième est effectuée selon que les femmes utilisent ou non un moyen de contraception, indépendamment de la méthode utilisée. Le premier groupe, celui des femmes utilisatrices, constitue la demande satisfaite de contraception. Il sera ensuite divisé en deux sous-groupes : d'une part les femmes utilisatrices qui ont déclaré vouloir un autre enfant (demande satisfaite pour espacer) et d'autre part celles ne voulant plus d'enfants (demande satisfaite pour limiter).

Plusieurs sélections vont être effectuées dans le deuxième groupe, celui des femmes n'utilisant pas de méthode contraceptive, afin d'en extraire celles ayant une demande insatisfaite.

Tout d'abord, certaines femmes ne sont pas demandeuses de contraception. Il s'agit des femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum qui ont déclaré souhaiter leur grossesse ou une dernière naissance, des femmes fécondes qui veulent un enfant bientôt, et des femmes non fécondes.

La demande insatisfaite pour espacer les naissances est constituée :

- des femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum ayant déclaré qu'elles auraient préféré que cette grossesse ou dernière naissance soit survenue plus tard ;
- des femmes fécondes, non-utilisatrices de contraception, qui veulent attendre au moins deux ans pour avoir un enfant ou sont indécises quant au moment de leur prochaine grossesse ou quant à savoir si elles souhaitent un (autre) enfant ou non.

La demande insatisfaite pour limiter les naissances concerne quant à elle :

- les femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum mais qui ne voulaient plus d'enfants ;
- les femmes fécondes, non-utilisatrices, qui ne veulent plus d'enfants.

L'échec de la méthode correspond aux femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum qui sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode de contraception. Elles ont mal utilisé la méthode ou utilisé une méthode peu efficace. Elles sont exclues de la demande insatisfaite car elles nécessitent une méthode plus efficace ou mieux adaptée. Elles ne font, bien entendu, pas partie non plus de la demande satisfaite, mais sont incluses dans la demande totale. Cette précision méthodologique soulève une critique à l'encontre de la demande satisfaite. En effet, si certaines femmes sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode contraceptive, ce risque existe aussi parmi les utilisatrices actuelles. Cependant, la part de femmes exposées à ce risque est difficile à estimer et la proportion de femmes ayant connu un échec est faible (2%). Par ailleurs, cette proportion montre une certaine constance, puisqu'elle était déjà de 2% en 1991.

Enfin, s'il n'apparaît pas logique, à première vue, de prendre en compte les femmes enceintes ou en aménorrhée, qui du fait de leur état ne sont pas exposées au risque de conception, les sélectionner en fonction du désir de leur grossesse ou naissance permet de les inclure dans l'analyse. En effet, ces femmes ont une demande potentielle de contraception.

Avant d'en finir avec le concept et la méthodologie, nous voulons ajouter quelques précisions quant aux imperfections du modèle. R. Dixon-Mueller et A. Germain [4]

ont dénoncé le fait que ce ne sont pas les femmes qui se déclarent demandeuses de contraception mais le chercheur qui le déduit du décalage apparent entre le comportement contraceptif des femmes et leurs préférences en matière de procréation. Cela rejoint une critique de L. Pritchett [7] qui préfère l'expression « demande potentielle » à celle de « demande insatisfaite ». Nous signalons que nous emploierons les deux expressions. L. Pritchett pense par ailleurs qu'un certain nombre de femmes classées comme ayant un besoin non satisfait ne devraient pas être considérées comme demandeuses, parce qu'elles peuvent être opposées à l'utilisation d'une méthode contraceptive, ou avoir peu de relations sexuelles, ou encore avoir des problèmes de santé. Nous tiendrons compte de cette critique lors du calcul de la baisse de fécondité qui résulterait de la satisfaction de la demande insatisfaite.

Pour finir, R. Dixon-Mueller et A. Germain [4] ont relevé deux problèmes relatifs aux femmes enceintes et en aménorrhée. Premièrement, les réponses à la question de l'enquête concernant le désir de l'enfant sont biaisées. En effet, il n'est pas évident qu'une femme avoue franchement ou même se souvienne que sa grossesse n'était pas désirée et la difficulté est d'autant plus grande si l'enfant est déjà né. Le nombre d'enfants non désirés est donc sous-estimé. Le chercheur n'est-il pas à la merci de la sincérité et de la mémoire des femmes interrogées ? Deuxièmement, ne disposant pas d'informations fiables sur l'avortement, le nombre de grossesses et d'enfants non désirés est d'autant plus sous-estimé qu'on ne peut effectivement travailler que sur des enfants survivants. L'expérience a montré que le nombre d'avortements déclarés était largement en dessous de la vérité, a fortiori dans les pays où l'avortement n'est pas légalisé.

Le tableau 1 livre les résultats obtenus pour l'ensemble des femmes en union, des femmes demandeuses et les femmes demandeuses par type de besoin.

Tableau 1 : Demande de contraception totale, insatisfaite et satisfaite, selon le type de besoin, pour les femmes en union (en %)

	Demande insatisfaite			Demande satisfaite			Demande totale			Total femmes
	espacer	limiter	total	espacer	limiter	total	espacer	limiter	total	
Ensemble	4,7	8,2	12,9	10,1	58,1	68,2	15,5	67,6	83,1	100,0
Demandeuses	5,7	9,9	15,6	12,1	69,9	82,0	18,7	81,3	100,0	—
Par type de besoin										
– pour espacer	30,3			64,8			100,0			
– pour limiter		12,2			86,0			100,0		

Note : La demande totale est composée de la demande insatisfaite, satisfaite et des femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum suite à un échec de leur méthode contraceptive. Le détail de ces dernières n'est pas fourni dans le tableau.

La demande insatisfaite de contraception

Afin d'identifier les femmes concernées par la demande insatisfaite de contraception, nous avons choisi d'utiliser trois variables qui exercent habituellement une influence sur le comportement contraceptif des femmes : l'âge, le nombre d'années d'études et le nombre d'enfants nés. Etant donné que la demande totale et par type de besoin varie également selon ces variables³, nous ne considérerons dorénavant

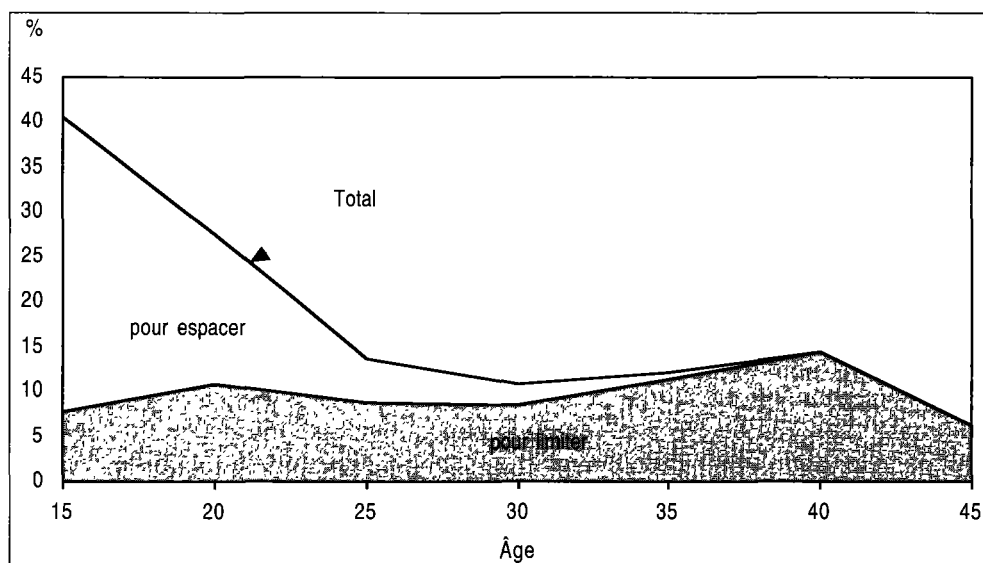
3. Pour ne prendre qu'un exemple, si 83,1% des femmes en union sont demandeuses de contraception, cette proportion est de 90% chez les femmes âgées de 30-34 ans contre 64,8% à 45-49 ans.

plus que les femmes demandeuses de contraception. Cela permet de neutraliser cette variation et de voir ainsi la part de la demande totale et par type de besoin qui n'est pas satisfaite dans chaque groupe d'âge, pour chaque niveau d'études et par nombre d'enfants nés.

Enfin, dans le but de voir si les femmes ont plus de facilités à limiter ou à espacer leurs naissances, nous devons également neutraliser la différence d'effectifs entre les demandes pour chaque type de besoin. En effet, la demande totale pour limiter les naissances est beaucoup plus importante que celle pour les espacer (67,6% et 15,5% respectivement).

Variations de la demande insatisfaite selon certaines variables

Figure 2 : Demande de contraception insatisfaite totale, pour espacer et pour limiter, selon l'âge (en % de la demande totale). Femmes en union.

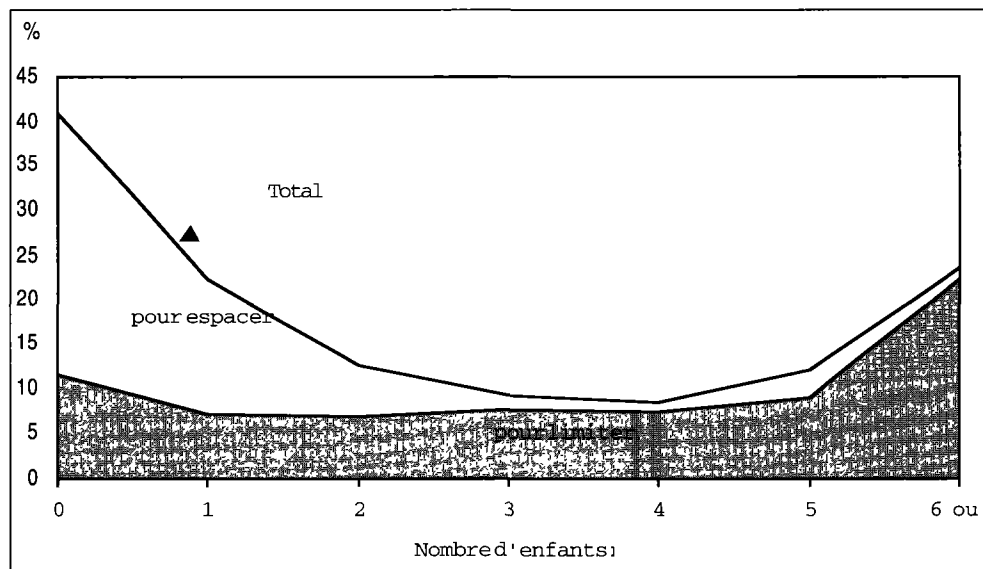


Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

D'une manière générale, la proportion de la demande non satisfaite dans chaque groupe diminue à mesure que l'âge augmente (Fig. 2). En effet, 40,4% des femmes demandeuses de contraception âgées de 15-19 ans ne satisfont pas leur demande, contre 6,3% pour les 45-49 ans. Si l'on s'intéresse à la composition de la demande insatisfaite selon le type de besoin, la part du besoin pour limiter ne varie pas beaucoup avec l'âge contrairement au besoin pour espacer. Dès lors, si les femmes jeunes ont non seulement une demande insatisfaite pour limiter presque aussi importante que les femmes plus âgées mais en plus une forte demande potentielle pour espacer, on comprend que leur demande insatisfaite totale soit plus élevée. Il peut paraître surprenant que les femmes en union de 15-19 ans aient une demande insatisfaite pour limiter leurs naissances déjà aussi élevée. Mais il faut savoir que 71% d'entre elles sont déjà mères et que 15% sont enceintes de leur premier enfant. Cela

explique que 34% des demandeuses de contraception de 15 à 19 ans cherchent à limiter leurs naissances et ne veulent donc plus d'enfants.

Figure 3 : Demande de contraception insatisfaite totale, pour espacer et pour limiter, selon le nombre d'enfants nés, en % de la demande totale. Femmes en union



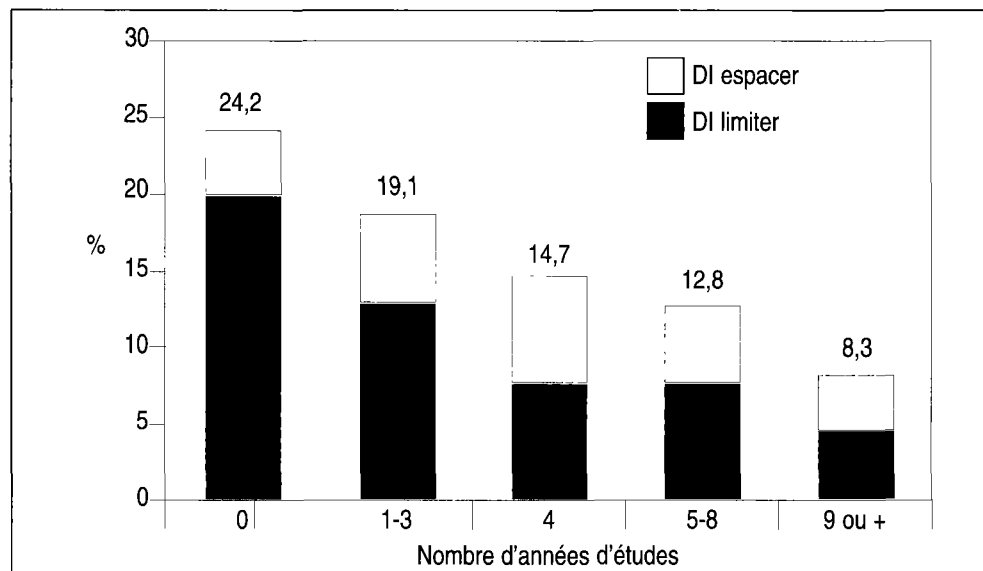
Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

Si l'on s'intéresse à la demande insatisfaite selon le nombre d'enfants nés (Fig. 3), on constate que la première moitié du graphique est très semblable à celle du graphique précédent, et pour cause puisque les femmes les plus jeunes sont aussi celles qui ont le moins d'enfants. La demande insatisfaite la plus élevée (41%) s'observe chez les femmes n'ayant pas encore eu d'enfants. Après une forte baisse, elle est stable entre 3 et 4 enfants pour finalement remonter. Cela peut laisser penser qu'il y a un « seuil » (4 enfants nés) au-delà duquel les femmes n'ayant pas réussi à maîtriser leurs naissances auront plus de difficultés encore à le faire par la suite.

La dernière variable, le niveau d'instruction, est des plus intéressantes (Fig. 4). Tout d'abord, l'évolution de la demande insatisfaite totale est conforme à ce que l'on pouvait attendre : plus les femmes sont éduquées et mieux elles contrôlent leurs naissances. En effet, la part de la demande non satisfaite parmi les femmes n'étant jamais allées à l'école est presque trois fois plus importante que celle des femmes ayant au moins neuf années d'études (24,2% et 8,3% respectivement).

Le fait le plus intéressant réside dans la distribution par type de besoin. Contrairement aux précédentes variables c'est le besoin pour limiter les naissances qui a la principale influence sur le niveau de la demande insatisfaite totale. Lorsqu'il s'agit d'espacer les naissances, le niveau d'instruction n'a que peu d'influence. En revanche, les femmes ayant suivi l'école pendant moins de 4 ans ont beaucoup plus de difficultés à limiter leurs naissances que celles y étant allées au moins 4 ans. La demande insatisfaite pour limiter les naissances est de 19,8% pour les femmes n'ayant aucune instruction, soit 4,5 fois plus que celles ayant au moins 9 années d'études.

Figure 4 : Demande de contraception insatisfaite totale, pour espacer et pour limiter, selon le niveau d'instruction, en % de la demande totale. Femmes en union



Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

Nous avons voulu montrer avec ce tour d'horizon de la demande insatisfaite les niveaux qu'elle pouvait atteindre selon certaines variables. Si leur influence est évidente, elle est parfois surprenante, comme c'est le cas pour l'âge ou le niveau d'instruction. Nous ne pouvions en rester là, dans la mesure où c'est tantôt le besoin pour espacer qui a la part la plus importante dans la demande insatisfaite totale, tantôt le besoin pour limiter. Par ailleurs, leurs poids respectifs dans la demande totale de contraception sont très inégaux : 19% des femmes demandeuses de contraception veulent espacer leurs naissances et 81% souhaitent les limiter. Nous nous devons donc de comparer la part de la demande non satisfaite pour chaque type de besoin dans leurs demandes totales respectives (Tab. 1). Notre but est de voir si les femmes parviennent mieux à limiter ou espacer leurs naissances, ce qui nous permettra de comprendre pourquoi les femmes jeunes sont les plus touchées par la demande insatisfaite. Il reste évident que numériquement parlant, les femmes souhaitant limiter leurs naissances mais n'utilisant aucune méthode contraceptive sont plus nombreuses que les femmes non-utilisatrices désirant les espacer.

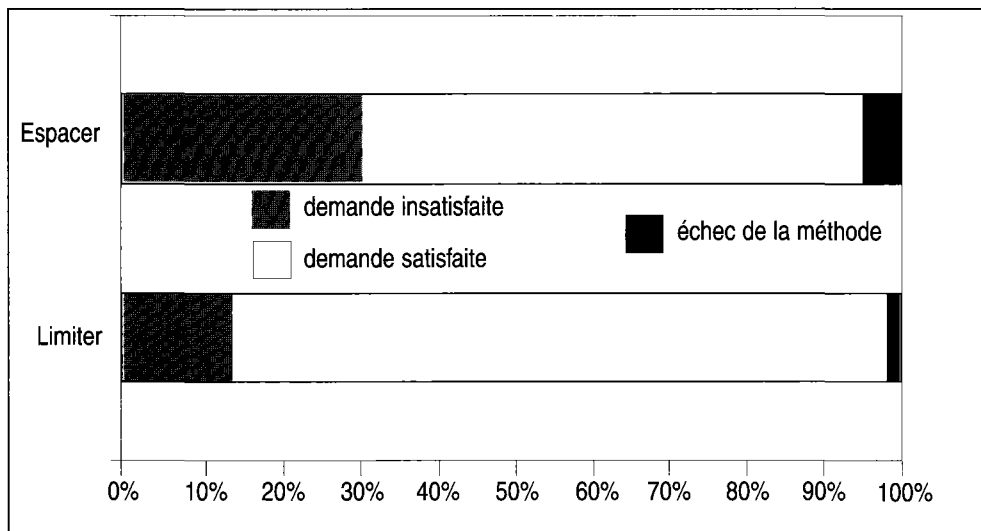
Les femmes nordestines parviennent-elles mieux à limiter ou à espacer leurs naissances ?

La figure 5 donne la composition de la demande totale de contraception par type de besoin. La part de la demande insatisfaite dans la demande de contraception pour espacer est 2,5 fois supérieure à celle de la demande de contraception pour limiter (30,3% et 12,2% respectivement). Les femmes nordestines parviennent donc mieux à mettre un terme à leur vie reproductive qu'à planifier leurs naissances.

Cette observation nous conduit à nous interroger sur les méthodes de contraception utilisées par les femmes dont la demande est satisfaite, selon qu'elles veulent espa-

cer ou limiter leurs naissances. Il semble en effet que ces dernières utilisent une contraception plus efficace.

Figure 5 : Part de la demande satisfaite, insatisfaite et échec de la méthode dans la demande totale, par type de besoin. Femmes en union.



Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

La réponse apparaît désormais évidente. En effet, la stérilisation féminine en tant que méthode irréversible est le seul moyen de contraception qui ne puisse pas être utilisé par les femmes qui veulent encore des enfants. Bien qu'au Brésil, cette opération ne soit pas officiellement autorisée en tant que méthode contraceptive, 43,9% des femmes nordestines en union sont stérilisées. Un taux aussi élevé de stérilisation féminine est, en partie, possible grâce à un nombre élevé d'accouchements par césarienne. Vingt pour cent des naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête ont eu lieu par césarienne. Les médecins peuvent donc, entre autres raisons, invoquer le risque encouru par une femme ayant subi plusieurs césariennes en cas de grossesse supplémentaire. De plus, 43,2% des stérilisations ont été pratiquées au cours d'un accouchement par césarienne [1].

La stérilisation est donc la méthode choisie par 75,6% des femmes utilisatrices qui ne veulent plus d'enfants, 11,4% utilisent la pilule et les autres méthodes sont chacune peu représentées. En ce qui concerne les femmes utilisant une méthode contraceptive pour espacer leurs naissances, 59,7% ont recours à la pilule, 11,9% au préservatif, 10,9% à l'abstinence périodique et 10% au retrait. Les femmes souhaitant espacer leurs naissances ont donc beaucoup plus recours aux méthodes traditionnelles, ce qui explique que l'échec de la méthode soit plus fréquent dans la demande totale pour espacer (Fig. 5).

Si l'on s'interroge sur les raisons pour lesquelles les femmes n'utilisent pas de méthode contraceptive, la réponse que l'on trouve dans l'EDS est incomplète dans la mesure où il n'est demandé aux femmes que la raison principale de leur non-utilisation. Compte tenu du fait qu'un certain nombre d'entre elles sont enceintes ou allaitent, leur état est précisément la raison qu'elles invoquent (26,3% et 5,4% res-

pectivement). Parmi les autres motifs proposés, ce sont les problèmes de santé (10,4%), la peur des effets secondaires (10,4%) et les relations sexuelles peu fréquentes qui sont le plus fréquemment donnés. Doit-on considérer ces femmes comme ayant une demande insatisfaite en fonction de la raison principale invoquée ? En fait, mis à part les raisons d'ordre moral (femme ou conjoint opposé à la planification des naissances) ou religieux, la variété des méthodes contraceptives devrait permettre à chaque femme de trouver une méthode adaptée à sa situation. Si la quasi-totalité des femmes et des hommes connaissent au moins une méthode contraceptive, il n'est cependant pas évident qu'ils aient connaissance de la diversité des méthodes disponibles, sans oublier d'éventuelles difficultés d'accès, et ne sont donc pas en mesure de faire le bon choix.

Le calcul des parts des demandes insatisfaites pour espacer et limiter dans leurs demandes totales respectives, a permis de mettre en évidence le rôle joué par la stérilisation. Du fait de la large pratique de la stérilisation, la limitation des naissances est plus facilement réalisable que l'espacement. C'est pourquoi les femmes jeunes, caractérisées par une forte demande de contraception pour espacer, sont celles qui observent la demande non satisfaite de contraception totale la plus élevée.

Baisse de fécondité qui résulterait de la satisfaction de la demande insatisfaite

L'analyse de la demande insatisfaite permet d'identifier les femmes ayant un besoin de contraception et d'adapter alors les programmes de planification familiale. En satisfaisant la demande de ces femmes, la fécondité devrait baisser. Ces dernières années, une controverse est née autour de la question de savoir si les niveaux de la demande insatisfaite sont suffisamment élevés pour avoir un impact significatif sur la fécondité dans le cas où cette demande viendrait à être satisfaite. Certains pensent que la baisse de la fécondité qui en résulterait n'est pas aussi importante que ce que l'on pourrait penser. C'est le cas de L. Pritchett [7] dont nous avons cité certaines des critiques à l'égard du modèle de calcul de la demande insatisfaite. Selon lui, elle inclut un nombre important de femmes qui n'ont pas réellement besoin de contraception. Entre autres raisons, elles peuvent être opposées à l'utilisation d'une méthode contraceptive, avoir peu de relations sexuelles ou avoir des problèmes de santé. La demande potentielle, comme L. Pritchett préfère l'appeler, serait donc surestimée. Nous tiendrons compte de ses remarques.

Une autre école de pensée, qui a été importante à la Conférence du Caire en 1994, soutient qu'il existe un nombre important de femmes, environ 120 millions dans le monde, qui souhaiteraient espacer ou limiter leurs naissances mais qui n'ont pas recours à la contraception [8 et 9]. Il ne fait pas de doute que si ces femmes parvenaient à contrôler leurs naissances, la fécondité diminuerait.

Étant donné que nous avons utilisé le modèle de C.F. Westoff pour calculer la demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil, nous allons également nous servir de la méthode qu'il emploie, en collaboration avec A. Bankole, pour mesurer la baisse de fécondité qui résulterait de la satisfaction de la demande potentielle de contraception [11]. Trois niveaux de satisfaction seront envisagés : maximum, minimum et réaliste.

J. Bongaarts [2] a démontré que la demande insatisfaite est surestimée, surtout celle du besoin pour espacer. En effet, la méthode utilisée pour le calcul de la demande potentielle est basée sur les désirs et les besoins des femmes à un moment donné. Or, sur le long terme, si l'on émet l'hypothèse que les femmes vont toutes satisfaire leur demande, les femmes qui souhaitent espacer leurs naissances au moment de l'enquête vont arrêter leur contraception afin d'avoir un enfant. Par conséquent, pendant la durée nécessaire à la conception mais surtout pendant la grossesse et l'aménorrhée post-partum, ces femmes ne seront pas utilisatrices. Par ailleurs, si toutes les femmes satisfont leur demande de contraception pour espacer leurs naissances, elles vont mettre plus de temps à avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent ; la période entre la dernière naissance et la fin de la vie féconde va être plus courte. La demande insatisfaite de contraception pour espacer les naissances doit donc être réduite ; J. Bongaarts estime cette réduction à 30%. Quant à la réduction à apporter à la demande potentielle de contraception pour limiter les naissances, il l'estime à 3%.

Si l'on applique cette correction au cas du Nordeste, 3,3% ($4,7\% \times 0,7$) et 8% ($8,2\% \times 0,97$) des femmes mariées ont une demande insatisfaite pour espacer et pour limiter les naissances. Les autres composants de la demande de contraception restant inchangés, cela ramène à 81,5% la demande totale de contraception. Ce chiffre correspond à la première hypothèse (maximum) où toute la demande de contraception est satisfaite. Même si cette hypothèse est irréaliste, elle permet de définir le niveau maximum que pourrait atteindre le taux de prévalence de la contraception et le taux de fécondité qui en découlerait.

Le deuxième modèle prend en compte les intentions d'utilisation de contraception des femmes ayant une demande insatisfaite en supposant qu'elles ne vont pas changer d'avis. Les femmes ayant déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser une méthode de contraception, ou qui n'en sont pas sûres, ne vont effectivement pas en utiliser. De même, celles ayant déclaré avoir l'intention d'y recourir vont effectivement le faire. Selon ces hypothèses, notre demande totale est de 79,2% et correspond à l'estimation minimum de la demande de contraception qui pourrait être satisfaite.

Le troisième modèle établit le pourcentage de femmes potentiellement utilisatrices de contraception, le plus réaliste selon C.F. Westoff. Son calcul repose sur deux hypothèses :

- 1) Parmi les femmes ayant une demande insatisfaite pour espacer leurs naissances, 20% de celles ayant l'intention d'utiliser une méthode ne vont finalement pas en utiliser. Parmi celles ayant une demande potentielle pour limiter leurs naissances et ayant l'intention d'utiliser une méthode, 10% ne vont finalement pas y recourir.
- 2) Les femmes de la demande insatisfaite totale qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive ou sont indécises parce qu'elles se sentent peu exposées au risque d'une conception non désirée (peu de relations sexuelles, sous-fécondes, proches de la ménopause) ne vont effectivement pas en utiliser. Parmi les femmes invoquant une raison autre que les précédentes, une moitié va avoir recours à une méthode contraceptive et l'autre non.

La demande totale selon ce troisième modèle est de 79%. Dans une majorité de pays, le niveau de la demande totale de contraception selon le modèle réaliste se situe entre ceux des modèles minimum et maximum, sauf dans les pays où un nombre important de femmes ayant une demande insatisfaite déclarent avoir l'intention de

recourir à la contraception. En effet, les réductions relatives à la première hypothèse ne sont pas compensées par l'addition d'un certain nombre de femmes consécutive à la deuxième hypothèse.

C.F. Westoff et A. Bankole [11] ont établi une équation à partir de la corrélation qui existe entre le taux de prévalence contraceptive (TPC) et l'indice synthétique de fécondité (ISF). Ils ont assemblé « les estimations les plus récentes de ces deux paramètres pour 86 pays. La corrélation générale est de 0,94 ».

$$\text{ISF} = 7,1789 - 0,0682 (\text{TPC}) + e$$

Le résidu « e » est calculé à partir des taux actuels de la manière suivante :

$$e = \text{ISF} - [7,1789 - 0,0682 (\text{TPC})]$$

Il s'agit donc de remplacer TPC (en %) par les estimations du taux de prévalence potentiel que nous avons calculés précédemment. Les résultats figurent dans le tableau 2, ainsi que le pourcentage de réduction du taux de fécondité.

Tableau 2 : Taux de prévalence de contraception, taux de fécondité et pourcentage de réduction du taux de fécondité, actuels et estimations

	Taux de prévalence contraceptive (%)	Taux de fécondité (enfants par femme)	% de réduction du taux de fécondité
Taux actuels	68,2	3,1	—
Maximum	81,5	2,2	29,0
Minimum	79,2	2,3	25,8
Réaliste	79,0	2,4	22,6

Il est intéressant de constater que les taux de fécondité potentiels sont identiques au nombre idéal moyen d'enfants des femmes nordestines, soit 2,3 enfants par femme. Par ailleurs, selon l'hypothèse réaliste, la fécondité pourrait baisser de 22,6% si la demande de contraception était satisfaite. Les pourcentages de réduction du taux de fécondité qui résulteraient de la satisfaction réaliste de la demande de contraception pour les 27 pays que C.F. Westoff et A. Bankole [11] ont étudiés varient entre 6,7% au Ghana et 26,2% au Kenya. Les situations sont donc diverses selon les pays, mais ce modèle présente l'avantage de tenir compte des intentions d'utilisation de la contraception exprimées par les femmes. Nous pouvons donc en conclure que la demande insatisfaite de contraception est suffisamment élevée dans certains pays pour avoir un impact significatif sur la fécondité. La région Nordeste du Brésil présente en tout cas un pourcentage de réduction potentiel de la fécondité parmi les plus élevés.

*

* *

La demande totale de contraception est une mesure du moment et correspond aux besoins, satisfaits ou non, des femmes au moment de l'enquête. Elle est soumise aux différentes normes culturelles et sociales en vigueur dans chaque pays. C.F. Westoff et A. Bankole [11] ont établi un rapprochement entre les niveaux de la demande totale et insatisfaite et les niveaux de fécondité aux différents stades de la transition de la fécondité. En effet, lorsqu'au début les familles nombreuses sont le modèle préféré ou que la fécondité élevée compense les forts taux de mortalité infantile, la

demande insatisfaite de contraception est faible puisqu'il y a peu de demande de contraception. Lorsque la mortalité infantile diminue, le nombre d'enfants survivants augmente et la forte demande de contraception qui s'en suit ne peut être instantanément satisfaite. La demande insatisfaite se situe alors à son niveau le plus élevé. En fin de transition, la demande de contraception reste élevée mais est largement satisfaite et la taille des familles est réduite. Vu sous cet angle, le Nordeste brésilien serait proche de la dernière phase. Cependant, cette vision simplifiée et la seule considération des niveaux de la demande insatisfaite cachent une situation bien plus complexe.

L'analyse de la demande insatisfaite totale et selon le type de besoin a permis d'identifier les femmes concernées et a révélé le rôle indirect joué par la stérilisation. En effet, c'est parce que les femmes ont plus de difficultés à espacer leurs naissances qu'à les limiter que les jeunes femmes, caractérisées par une forte demande de contraception pour espacer, ont une demande insatisfaite plus importante que les plus âgées. Cela traduit un manque d'accès, d'expérience et de connaissance des autres méthodes modernes de contraception.

Le rapide développement qu'ont connu les régions du Sud et du Sudeste a favorisé une amélioration plus rapide des indicateurs démographiques. Par ailleurs, la demande insatisfaite de contraception dans ces régions est de l'ordre de 4 à 5%, la stérilisation y est moins élevée et les femmes ont davantage recours à la pilule.

Au-delà des effets bénéfiques sur la santé des femmes et des enfants, la contraception (adaptée) peut permettre aux femmes d'avoir un meilleur contrôle sur leur vie. En décidant quand et combien d'enfants elles auront, elles seront plus en mesure de prendre leur existence en main, notamment en ce qui concerne l'éducation et le travail. C'est pourquoi les jeunes femmes sexuellement actives (en union ou non) qui souhaitent continuer leurs études ou suivre une formation doivent pouvoir avoir accès à la contraception, sous peine de voir leurs projets de vie bouleversés par une grossesse non désirée ou non planifiée. Certes, la contraception n'est pas la solution à tous les problèmes et est loin d'être le seul facteur intervenant dans la situation et les conditions de vie des femmes. Cependant, une bonne maîtrise de leur fécondité peut en partie leur permettre de procéder à des choix, leur donner plus de chances de les réaliser et améliorer leur qualité de vie.

Bibliographie

1. BEMFAM, 1997, Brasil, Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996, Macro International Inc., BEMFAM, Rio de Janeiro, 182 p.
2. BONGAARTS J., 1991, *The KAP-Gap and the unmet need for contraception*, The Population Council, 34 p.
3. CAMARANO A.A., 1994, *Os determinantes próximos da fecundidade nordestina uma análise agregada*, in BEMFAM/DHS, Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil Pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste 1991, Rio de Janeiro.
4. DIXON-MUELLER R. et GERMAIN A., 1992, Stalking the elusive « unmet need » for family planning, *Studies in family planning*, Vol. 23, n° 5, p. 330-335.
5. MARTINE G., 1996, Brazil's fertility decline, 1965-95, *Population and development review*, Vol. 22, n° 1, p. 47-75.

6. MERRICK T.W., 1983, Fertility and Family Planning in Brazil, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 9, n° 4.
7. PRITCHETT L., 1994, Desired fertility and the impact of population policies, *Population and development review*, Vol. 20, n° 1, p. 1-55.
8. ROBESY B. *et al.*, 1992, The reproductive revolution New survey findings, *Population Reports*, Série M, n° 11, 23 p.
9. SINDING S.W., ROSS J.A., ROSENFIELD A.G., 1994, Seeking common ground Unmet need and demographic goals, *International family planning perspectives*, Vol. 20, n° 1, p. 23-27.
10. WESTOFF C.F., 1978, The unmet need for birth control in five asian countries, *International family planning perspectives*, Vol. 10, n° 3, p. 173-181.
11. WESTOFF C.F. et BANKOLE A., 1995, Unmet need 1990-94, *DHS Comparative studies*, n° 16, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, NY, USA, 46 p.
12. WESTOFF C.F. et OCHOA L.H., 1991, Unmet need and the demand for family planning, *DHS Comparative studies*, n° 5, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, NY, USA, 37 p.
13. WESTOFF C.F. et PEBLEY A.R., 1981, Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries, *International family planning perspectives*, Vol. 7, n° 4, p. 126-136.

