

Les pratiques contraceptives

Agnès Guillaume

Introduction

A la conférence internationale « Population et développement » du Caire en 1994 et à celle de Beijing sur les femmes en 1995, les notions de droits reproductifs et de santé de la reproduction ont fait l'objet de nombreux débats qui ont dépassé largement le champ de la santé. Ces droits en matière de reproduction reposent « sur la reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations Unies 1994). Ainsi, ces droits supposent de pouvoir mener une sexualité sans risque et d'avoir accès à des programmes de santé de la reproduction accessibles aux hommes comme aux femmes sans discrimination. Ces questions ont amené à une focalisation sur deux thèmes : la planification familiale et un sujet beaucoup plus controversé, celui de l'avortement.

Bien que de nombreux pays aient, à la suite des conférences du Caire et de Beijing, adopté ou redéfini leurs priorités d'intervention pour améliorer la santé reproductive et les droits reproductifs, ces programmes ne sont pas toujours concrétisés par des actions sur le terrain. L'accès à la planification familiale n'est pas encore généralisé et ouvert librement à toutes les femmes, les adolescentes restant souvent exclues des programmes, car leur sexualité est parfois socialement non reconnue ou mal acceptée (Silberschmidt et Rasch, 2001). Les prescriptions de planification familiale sont dans certains pays faites lors des consultations de protection maternelle et infantile ce qui accentue la difficulté d'accès des adolescentes et des femmes sans enfants à ces services.

De plus, la « sécurité contraceptive »¹, essentielle au bon fonctionnement des programmes et à l'adhésion des populations est loin d'être assurée.

La position des États par rapport à la planification familiale et les programmes mis en place diffèrent selon les pays (Gautier, 2002), traduisant malgré les engagements pris dans ces conférences internationales, une implication limitée dans les politiques de maîtrise de la fécondité. Le développement insuffisant des programmes contribue à expliquer les différences de pratiques contraceptives que l'on peut constater entre continents, voire entre pays d'un même continent.

Les travaux récents sur les transitions de la fécondité dans les pays du Sud ont mis en évidence la baisse importante de la fécondité dans certains pays, et posent la question du rôle que joue la contraception dans ces évolutions, notamment de savoir si la progression de la prévalence contraceptive a été suffisamment importante durant la dernière décennie pour expliquer cette transition ou ce début de transition dans de nombreux pays.

Nous dresserons dans ce texte un état des lieux de la pratique contraceptive en Afrique sans toutefois aborder les différents déterminants susceptibles d'expliquer l'évolution de la fécondité. Nous étudierons tout d'abord les niveaux et tendances de la pratique contraceptive, les différentiels de prévalence contraceptive entre zones urbaine et rurale, et selon le niveau d'instruction des femmes. Nous analyserons également les relations entre contraception et fécondité afin d'appréhender l'impact des différentes méthodes contraceptives sur la fécondité.

Les données présentées ici proviennent d'enquêtes nationales, essentiellement les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les enquêtes du Center for Disease Control and Prevention (CDC). D'autres données nous ont été fournies par la Division Population des Nations Unies².

La prévalence contraceptive sera mesurée en considérant la prévalence actuelle, c'est-à-dire au moment de l'enquête pour les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans. Notre choix a porté sur ces femmes en union, car nous ne disposons d'indices détaillés en fonction des caractéristiques socio-démographiques (zone de résidence et niveau d'instruction), que pour ces femmes dans les EDS. Aussi, les résultats présentés dans ce travail ne donnent-ils qu'une vision partielle de la pratique contraceptive et des

¹ La sécurité contraceptive suppose : - de garantir la diversité des produits proposés. Pour satisfaire ses besoins contraceptifs, chaque personne doit être en mesure de choisir la méthode qui lui convient parmi un éventail diversifié de produits de qualité ; - d'assurer la disponibilité de ces produits et la régularité de leur approvisionnement : les prescriptions doivent être effectuées par un personnel qualifié, ce qui nécessite un renforcement des capacités locales existantes, - d'améliorer l'accessibilité financière pour les populations (communication de Cyril Wissocq).

² Les données des EDS ont été collectées à partir des rapports des enquêtes, mais également sur le site <http://www.measuredhs.com/>. Certaines données proviennent également de la Division population des Nations Unies (Source : Database on Contraceptive Use maintained by the Population Division of the United Nations Secretariat) que nous tenons à remercier.

besoins des femmes en matière de planification familiale. Conformément à la définition des différentes méthodes contraceptives adoptées dans ces enquêtes, nous considérons comme « méthodes modernes » de contraception, la pilule, les dispositifs intra-utérins, les injections, les préservatifs, les spermicides et les implants. Sous le label « ensemble des méthodes » de contraception, nous regroupons les méthodes modernes, les méthodes naturelles ou traditionnelles (continence périodique, retrait...) et les méthodes populaires (ou folkloriques) tels l'indigénat (plantes...) ou les gris gris.

Prévalence de la contraception en Afrique dans les années 1990

La prévalence contraceptive est très variable selon les pays en termes d'intensité et de méthode utilisée : elle est faible dans l'ensemble mais les différences entre les régions d'Afrique sont très accusées (tableau 1 et graphique 1). Les niveaux de prévalence, toutes méthodes confondues, sont supérieurs à 50 % dans 9 pays seulement, essentiellement des pays d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie, Égypte), et à l'Île Maurice (des pays qui ont adopté très tôt des programmes de maîtrise de leur fécondité) ainsi qu'à la Réunion, au Cap Vert, au Zimbabwe et en Afrique du Sud. Cette prévalence est comprise entre 25 et 50 % dans 8 pays ; dans un tiers des pays (14 pays), elle varie entre 10 % et 25 %. Dans les 12 pays restants, essentiellement des pays d'Afrique de l'Ouest, elle est inférieure à 10 % : les plus faibles prévalences sont enregistrées au Tchad et au Mozambique où elles n'excèdent pas 6 %.

Les niveaux de prévalence de la contraception moderne sont plus faibles. Seulement 4 pays ont des prévalences supérieures à 50 % pour ces méthodes : le Zimbabwe, la Réunion, l'Afrique du Sud, la Tunisie et l'Égypte. Dans 9 pays elle est comprise entre 25 et 50 % (Cap Vert, Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Namibie, Kenya, Malawi et Maurice) et dans 6 pays, elle varie entre 10 et 25 % (Ghana, Gabon, Zambie, Zimbabwe, Comores et Tanzanie). Pour plus de la moitié des pays d'Afrique, situés essentiellement en Afrique de l'Ouest et Centrale, cette prévalence pour les méthodes modernes n'excède pas 10 %.

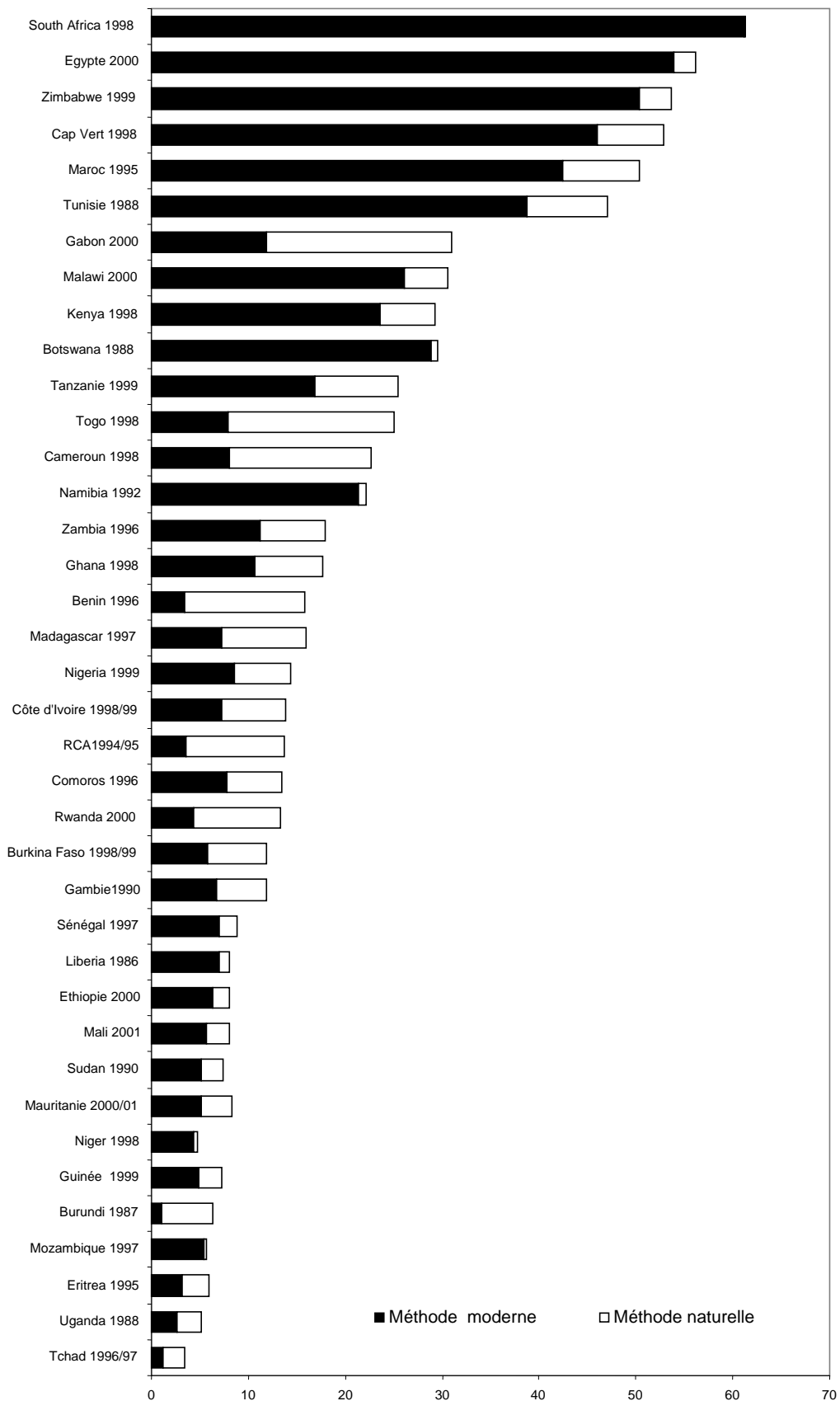
Le type de méthode moderne prescrite et pratiquée diffère selon les pays, et plusieurs facteurs expliquent cette diversité des méthodes utilisées, notamment leur disponibilité. Les implants sont peu diffusés en Afrique puisque selon les résultats des EDS, leur prévalence est au plus de 0,8 %. La prévalence de la stérilisation masculine est quasiment inexistante et celle de la stérilisation féminine reste très faible. Elle n'excède pas 1 % en Afrique de l'Ouest et Centrale (sauf au Ghana 1,3 % et au Cameroun 1,5 %).

Tableau 1 : Prévalence contraceptive (en %) pour l'ensemble des méthodes et les méthodes modernes (femmes en union)

<i>Pays</i>	<i>Date d'enquête</i>	Toutes méthodes	Méthodes modernes	% méthodes modernes/ensemble des méthodes
Maurice	1991	74,7	48,9	65,5
Réunion	1990	66,6	61,7	92,6
Tunisie	1994	60,0	51,0	85,0
Algérie	1995	56,9	49,0	86,1
Afrique du sud	1998	56,3	55,1	97,9
Égypte	2000	56,1	53,9	96,1
Zimbabwe	1999	53,5	50,4	94,2
Cap Vert	1998	52,9	46,0	87,0
Maroc	1995	50,3	42,4	84,3
Libye	1995	39,7	25,6	64,5
Kenya	1998	39,0	31,5	80,8
Botswana	1988	33,0	31,7	96,1
Gabon	2000	32,7	11,7	35,8
Malawi	2000	30,6	26,1	85,3
Namibie	1992	28,9	26,0	90,0
Zambie	1996	25,9	14,4	55,6
Tanzanie	1999	25,4	16,9	66,5
Togo	1998	23,5	7,0	29,8
Ouganda	2000-01	22,8	18,2	79,8
Ghana	1998	22,0	13,3	60,5
Comores	1996	21,0	11,4	54,3
Madagascar	1997	19,4	9,7	50,0
Cameroun	1998	19,3	7,1	36,8
Bénin	1996	16,4	3,4	20,7
Nigeria	1999	15,3	8,6	56,2
Cote d'Ivoire	1998-99	15,0	7,3	48,7
Centrafrique	1994-95	14,8	3,2	21,6
Rwanda	2000	13,2	4,3	32,6
Sénégal	1997	12,9	8,1	62,8
Burkina Faso	1998-99	11,9	4,8	40,3
Gambie	1990	11,8	6,7	56,8
Soudan	1990	8,7	5,5	63,2
Burundi	1987	8,7	1,2	13,8
Niger	1998	8,2	4,6	56,1
Éthiopie	2000	8,1	6,3	77,8
Mali	2001	8,1	5,7	70,4
Mauritanie	2000-01	8,0	5,1	63,8
Érythrée	1995	8	4,0	50,0
Rep. Dem. Du Congo	1991	7,7	2,0	26,0
Liberia	1986	6,4	5,5	85,9
Guinée	1999	6,2	4,2	67,7
Mozambique	1997	5,6	5,1	91,1
Tchad	1996-97	4,1	1,2	29,3

Source : dernières enquêtes EDS (site web <http://www.measuredhs.com/>), enquêtes CDC et Database on Contraceptive Use maintained by the Population Division of the United Nations Secretariat (1998 et 2000).

Figure 1 : Prévalence contraceptive des méthodes modernes et naturelles en Afrique (femmes en union)



C'est une méthode plus répandue dans certains pays d'Afrique australe et de l'Est avec une prévalence de 7,4 % en Namibie, 6,2 % au Kenya et supérieure à 4 % au Botswana. La plus forte prévalence pour cette méthode est en Tunisie (11,5 %). Ce faible recours à la stérilisation distingue l'Afrique de l'Amérique Latine et l'Asie où la prévalence dépasse 40 % au Brésil et en République dominicaine et atteint 34 % en Inde : dans ce pays la stérilisation féminine représente 80 % des méthodes modernes de contraception.

Les méthodes les plus fréquemment prescrites dans les pays africains sont la pilule (prévalence de 35 % au Zimbabwe) et l'injection (16 % au Malawi). Le stérilet est moins fréquemment prescrit car certains personnels ne sont pas formés pour sa pose et les centres de planification familiale n'ont pas toujours les moyens matériels adéquats (stérilisation...).

L'utilisation des préservatifs comme moyen contraceptif est dans l'ensemble assez faible chez les femmes mariées : sa prévalence n'excède pas 4 %. Par contre c'est une méthode fréquemment utilisée chez les femmes sexuellement actives et non en union, pour lesquelles sa prévalence atteint 36 % au Bénin (1996) et 38 % au Cameroun (1998). Les campagnes de lutte contre le Sida et la prévention mise en place dans ce cadre ont contribué à une diffusion importante des préservatifs utilisés aussi bien à des fins préventives que contraceptives.

La part de la prévalence des méthodes modernes dans l'ensemble des méthodes contraceptives utilisées varie entre 14 et presque 100 %. Ce poids de la contraception moderne est supérieur à 80 % dans les pays qui ont déjà une forte prévalence contraceptive à savoir l'Afrique du Sud, le Kenya, le Botswana, le Zimbabwe, le Cap Vert, les pays d'Afrique du Nord : le Liberia et le Mozambique font exception puisque les méthodes modernes représentent près de 90 % des méthodes contraceptives bien que la prévalence des méthodes modernes soit inférieure à 6 %. Dans 12 pays majoritairement d'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'adhésion à la contraception moderne reste limitée puisque ces méthodes représentent moins de la moitié des méthodes utilisées. La préférence pour les méthodes naturelles de contraception traduit une attitude favorable à l'égard de la planification familiale mais qui ne se concrétise pas par l'utilisation de méthodes plus efficaces : bien souvent ces méthodes modernes sont peu accessibles (en terme de disponibilité, de coût...) ou encore les femmes ont des préjugés défavorables les concernant (crainte des effets secondaires, risque de stérilité...) (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Face à ces constats il n'est pas surprenant que les méthodes naturelles occupent encore une place importante dans la régulation de la fécondité.

Tendances de la prévalence contraceptive

L'évolution de la prévalence contraceptive a été mesurée en comparant les niveaux d'utilisation de l'ensemble des méthodes et les méthodes modernes entre les deux ou trois dernières enquêtes disponibles, réalisées entre les années 1980 et 2000. Nous avons retenu comme indicateur le nombre de points que la prévalence gagne, en moyenne, par année, afin de mesurer la vitesse de diffusion de la contraception dans les pays.

En Afrique de l'Ouest ainsi qu'au Cameroun, l'accroissement de la prévalence des méthodes modernes reste faible puisqu'il est inférieur à 1 point par an pour l'ensemble des pays (excepté pour le Ghana durant la période 1988-93) (tableau 2). Le même constat apparaît lorsque l'on considère l'évolution de la prévalence pour l'ensemble des méthodes avec toutefois quelques nuances. L'augmentation de la prévalence contraceptive est supérieure ou égale à 1 point au Sénégal et au Nigeria : cette hausse de la prévalence des méthodes modernes est dans ces deux pays un peu plus élevée que celles des méthodes naturelles.

Par contre, on constate au Togo comme au Burkina Faso, une diminution de la prévalence (toutes méthodes confondues) due à un déclin important dans l'utilisation des méthodes naturelles : au Togo, leur prévalence a été pratiquement divisée par deux (passant de 30,8 % à 16,6 %) et au Burkina par trois (diminuant de 20,1 % à 7,1 %), tandis que celle des méthodes modernes n'a que peu augmenté (0,1 point).

En Afrique de Nord, bien que la prévalence contraceptive soit pourtant assez élevée (supérieure à 50 % pour l'ensemble des méthodes), son accroissement est supérieur ou égal à 1,7 point : cette hausse est due presque en totalité à l'augmentation de la prévalence des méthodes modernes de contraception.

Dans les autres pays africains, le Botswana et le Malawi ont enregistré une augmentation importante de leur prévalence contraceptive, de l'ordre de 3 points par an pour les méthodes modernes ; en Zambie, au Zimbabwe, en Ouganda et en Tanzanie, cette évolution se situe entre 1 et 2 points par an, et pour les pays restants elle est inférieure à 1 point. En Zambie et en Tanzanie, l'augmentation de la prévalence des méthodes modernes et naturelles a été importante (supérieure à 1 point). Le Rwanda se distingue avec une baisse importante de la prévalence contraceptive des méthodes modernes : la guerre et ses conséquences sociales et sanitaires expliquent ces changements de comportements contraceptifs.

Ces données illustrent bien la faible diffusion de la pratique contraceptive, notamment celles des méthodes modernes, en particulier en Afrique centrale et de l'Ouest et la prégnance dans ces pays de l'utilisation des méthodes naturelles de contraception.

Tableau 2 : Évolution de la prévalence contraceptive (ensemble des méthodes et méthodes modernes) au cours des trois dernières enquêtes entre 2001 et 1980 (femmes en union) – source enquête EDS

Pays	Enquête la plus récente			Enquête intermédiaire			Enquête la plus ancienne			Accroissement annuel entre les enquêtes			
	Date enquête	Prévalence		Date enquête	Prévalence		Date enquête	prévalence		Les 2 + récentes		Les 2 + anciennes	
		toute méthode	méthode moderne		toute méthode	méthode moderne		toute méthode	méthode moderne	toute méthode	méthode moderne	toute méthode	méthode moderne
Afrique Ouest et Centrale													
Bénin	1996	16,4	3,4	1981-82	9,2	0,5				0,5	0,2		
Burkina Faso	1998-99	11,9	4,8	1992-93	24,9	4,2				-2,2	0,1		
Cote d'Ivoire	1998-99	15	7,3	1994	11,4	4,3	1981-82	2,9	0,5	0,7	0,6	0,7	0,3
Ghana	1998	22	13,3	1993	20,3	10,1	1988	12,9	4,2	0,3	0,6	1,5	1,2
Mali	1996	6,7	4,5	1987	4,7	1,3				0,2	0,4		
Mauritanie	2000-01	8	5,1	1990-91	3,3	1,2	1981	0,8	0,3	0,5	0,4	0,3	0,1
Niger	1998	8,2	4,6	1992	4,4	2,3				0,6	0,4		
Nigeria	1999	15,3	8,6	1990	6	3,5	1981-82	4,8	0,6	1,0	0,6	0,2	0,4
Sénégal	1997	12,9	8,1	1992-93	7,5	4,8	1986	11,3	2,4	1,4	0,8	-0,5	0,3
Togo	1998	23,5	7,0	1988	33,9	3,1				-1,0	0,4		
Cameroun	1998	19,3	7,1	1991	16,1	4,3				0,5	0,4		
Afrique du Nord													
Algérie	1995	56,9	49,0	1986	35,5	31,3				2,4	2,0		
Égypte	2000	56,1	53,9	1995	47,9	45,5	1992	47,1	44,8	1,6	1,7	0,3	
Maroc	1995	50,3	42,4	1992	41,5	35,5	1987	35,9	28,9	2,9	2,3	1,1	1,3
Tunisie	1994	60	51,0	1988	49,8	40,4	1983	41,1	34,2	1,7	1,8	1,7	1,2
Afrique australe et Est													
Botswana	1988	33	31,7	1984	27,8	18,6				1,3	3,3		
Zambie	1996	25,9	14,4	1992	15,2	8,9				2,7	1,4		
Zimbabwe	1999	53,5	50,4	1994	48,1	42,2	1988	43,1	36,1	1,1	1,6	0,8	1,0
Kenya	1998	39	31,5	1993	32,7	27,3	1989	26,9	17,9	1,3	0,8	1,5	2,4
Madagascar	1997	19,4	9,7	1992	16,7	5,1				0,5	0,9		
Malawi	2000	30,6	26,1	1996	21,9	14,4	1992	13	7,4	2,2	2,9	2,2	1,8
Maurice	1991	74,7	48,9	1985	79,5	48,5				-0,8	0,1		
Rwanda	2000	13,2	4,3	1992	21,2	12,9	1983	10,1	0,8	-1,0	-1,1	1,2	1,3
Tanzanie	1999	25,4	16,9	1996	18,4	13,3	1991	10,4	6,6	2,3	1,2	1,6	1,3
Ouganda	2000-01	22,8	18,2	1995	14,8	7,8	1988	4,9	2,5	1,6	2,1	1,4	0,8

Variations de la prévalence contraceptive selon les caractéristiques des femmes

L'émergence de la transition démographique et l'adhésion à la planification familiale émanent généralement des populations les plus urbanisées et les plus instruites. Nous avons donc analysé les différences de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes en fonction du lieu de résidence des femmes et de leur niveau d'instruction, pour montrer le poids de ces variables dans la diffusion de la contraception moderne.

La prévalence en milieu urbain et rural

Les niveaux de prévalence varient entre zones urbaines et rurales, et sont toujours plus élevés en ville. Généralement ces écarts sont plus importants pour les méthodes modernes dont l'utilisation dépend de la couverture géographique des centres de santé et de leur approvisionnement en contraceptifs fréquemment insuffisant en zone rurale.

Généralement lorsque les niveaux de prévalence sont élevés, les écarts de prévalence selon les zones de résidence s'atténuent (tableau 3). Ce constat se vérifie en Afrique du Nord où la prévalence de la contraception moderne se situe entre 40 et 50 % : elle est seulement 1,2 à 1,6 fois plus élevée en ville qu'en milieu rural ce qui révèle une assez bonne couverture des programmes de planification familiale dans ces pays.

En Afrique de l'Ouest, la prévalence des méthodes modernes est de 1,5 à 9 fois plus élevée en ville pour les méthodes modernes bien qu'elle ne dépasse pas les 20 % dans tous les pays sauf au Cap Vert (51 % en zone urbaine). En Mauritanie, la prévalence urbaine est près de 20 fois plus élevée qu'en milieu rural où elle n'atteint pas 1 %. Les écarts selon la zone de résidence sont également marqués au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal, pays dans lesquels la prévalence contraceptive en zone rurale est inférieure à 3 %.

En Afrique Centrale, les écarts selon le milieu de résidence sont plus accentués : en Centrafrique la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est presque 5 fois plus élevée en zone urbaine que rurale et au Tchad 14 fois plus élevée. Mais pour l'ensemble des méthodes, les écarts sont seulement de 2 à 4 fois plus élevés en ville confirmant l'importance de la prévalence des méthodes naturelles et populaires.

Tableau 3 : Prévalence contraceptive moderne selon la zone de résidence et le niveau d'instruction à la dernière enquête (femmes en union)

Pays	Résidence			Niveau d'instruction				
	Urbain	Rural	Prévalence <i>urbain/ rural</i>	Non scolarisée	Primaire	Secondaire ou supérieur	Prévalence	
							<i>primaire/ non scolarisée</i>	<i>secondaire/ non scolarisée</i>
Afrique de l'Ouest								
Bénin 1996	5,8	2,1	2,8	2,1	7,0	11,1	3,3	5,3
Burkina Faso 1998/99	20,1	2,6	7,7	3,2	13,1	36,6	4,1	11,4
Cape Vert 1998	51,0	35,6	1,4	39,7	50,7	47,5	1,3	1,2
Cote d'Ivoire 1998- 99	12,4	4,6	2,7	4,4	10,4	19,6	2,4	4,5
Gambie 1990	16,5	4,3	3,8	3,8	15,3	33,2	4,0	8,7
Ghana 1998	17,4	11,4	1,5	8,9	12,9	16,8	1,4	1,9
Guinée 1999	9,5	2,3	4,1	2,9	8,0	17	2,8	5,9
Liberia 1986	9,7	3,1	3,1	2,5	6,6	22,1	2,6	8,8
Mali 1996	11,6	1,9	6,1	2,3	11,2	30,1	4,9	13,1
Mauritanie 2000/2001	11,8	0,6	19,7	2,4	4,8	17,5	2,0	7,3
Niger 1998	18,6	2,1	8,9	3,0	13,0	32,4	4,3	10,8
Nigeria 1999	15,7	5,6	2,8	3,1	10,1	18,7	3,3	6,0
Sénégal 1997	19,3	2,1	9,2	3,9	17,1	34,5	4,4	8,8
Togo 1998	10,3	5,5	1,9	4,3	9,0	15,3	2,1	3,6
Afrique Centrale								
Cameroun 1998	13,1	4,5	2,9	1,8	7,4	14,4	4,1	8,0
Tchad 1996-97	4,2	0,3	14,0	0,5	2,5	12,8	5,0	25,6
RCA 1994-95	6,4	1,4	4,6	1,1	4,0	12,1	3,6	11,0
Gabon 2000	13,9	5,0	2,8	4,8	7,7	15,7	1,6	3,3
Afrique du Nord								
Égypte 2000	58,9	49,9	1,2	49,6	55,7	57,6	1,1	1,2
Maroc 1995	51,0	35,6	1,4	39,7	50,7	47,5	1,3	1,2
Tunisie 1988	47,6	30,1	1,6	37,4	44,1	44,5	1,2	1,2
Afrique australe								
Botswana 1988	40,8	27,5	1,5	18,9	32,9	50,3	1,7	2,7
Mozambique 1997	16,6	2,3	7,2	2,5	6,3	27,1	2,5	10,8
Namibie 1992	46,6	13,0	3,6	14,2	17,3	46,4	1,2	3,3
Afrique du sud 1998	66,0	52,7	1,3					
Zambie 1996	23,6	8,2	2,9	5,7	11,4	29,6	2,0	5,2
Zimbabwe 1999	61,8	43,9	1,4	35,2	44,4	59,4	1,3	1,7
Afrique de l'Est								
Burundi 1987	14,0	0,8	17,5	0,6	2,2	16,9	3,7	28,2
Comores 1996	14,7	10,3	1,4	10,7	11,0	15,1	1,0	1,4
Érythrée 1995	14,5	0,9	16,1	1,0	8,8	26,8	8,8	26,8
Éthiopie 2000	28,3	3,3	8,6	3,7	13,2	33,0	3,6	8,9
Kenya 1998	41,0	29,0	1,4	16,1	28,2	46,3	1,8	2,9
Madagascar 1997	17,6	7,1	2,5	1,5	8,4	20,7	5,6	13,8
Malawi 2000	38,2	24,1	1,6	21,7	26,4	41,6	1,2	1,9
Rwanda 2000	13,8	2,7	5,1	1,6	3,5	16,7	2,2	10,4
Soudan 1990	11,3	2,2	5,1	1,9	7,9	14,9	4,2	7,8
Tanzanie 1999	28,9	10,5	2,8	6,8	17,7	33,5	2,6	4,9
Ouganda 2000-01	41,6	14,7	2,8	9,4	16,8	42,2	1,8	4,5

Source : enquête DHS <http://www.measuredhs.com/>

Au Botswana, en Afrique du Sud et au Zimbabwe, les différences de prévalence contraceptive selon les milieux urbain et rural sont faibles ; par contre, au Mozambique, la prévalence des méthodes modernes est 7 fois plus élevée en ville qu'en zone rurale. En Afrique de l'Est, seul au Kenya et au Malawi, les prévalences des zones urbaines et rurales sont d'un niveau proche pour les méthodes modernes. En Éthiopie, au Rwanda, au Soudan et en Ouganda, la prévalence des méthodes modernes en zone urbaine est de 5 à 8 fois plus élevée qu'en zone rurale. Mais c'est en Érythrée et au Burundi, qui se caractérisent par une très faible prévalence de la contraception moderne inférieure à 1 %, que ces écarts de prévalence sont les plus forts, 16 à 17 fois plus importants.

Ces différences dans la pratique contraceptive entre zones urbaine et rurale montrent bien les problèmes d'accès à la contraception dans certains pays liés soit à l'information et à l'offre contraceptive mieux diffusées en ville, soit à la perception qu'ont parfois les femmes de ces différentes méthodes. Plus la prévalence contraceptive augmente et plus les disparités entre zones urbaines et rurales s'atténuent.

La prévalence selon le niveau d'instruction des femmes

L'utilisation des méthodes modernes de contraception progresse avec le niveau d'instruction des femmes, les femmes les plus instruites étant les premières à s'inscrire dans un processus de maîtrise de leur fécondité par un recours à la contraception moderne. L'effet de l'instruction sera mesuré ici par le rapport de la prévalence contraceptive chez les femmes de niveau d'instruction primaire par rapport aux femmes non éduquées et de celle des femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur par rapport aux femmes non éduquées.

Dans les pays d'Afrique du Nord où la pratique contraceptive est élevée, les différences de prévalence selon le niveau d'instruction des femmes sont faibles : cette prévalence pour la contraception moderne est multipliée par 1,1 à 1,3 points quand on compare celle des femmes non instruites à celles des femmes scolarisées dans le primaire ou le secondaire, ce qui confirme une bonne couverture contraceptive dans les différentes couches de la société. En Égypte, par exemple, la prévalence contraceptive des femmes non scolarisées atteint presque 50 % et est supérieure à 55 % pour les femmes instruites.

En Afrique de l'Ouest, les écarts de prévalence entre les femmes non scolarisées et celles de niveau d'instruction primaire sont élevés sauf au Cap Vert, un pays de forte prévalence contraceptive, et au Ghana où ces prévalences sont multipliées par 1,3-1,4. Dans la moitié de ces pays, la prévalence est multipliée par 3 ou 4 sauf au Nigeria où elle est multipliée par 6. Les écarts sont plus conséquents si l'on compare les comportements contraceptifs des femmes non scolarisées à ceux des femmes scolarisées dans le secondaire ou le supérieur, sauf au Cap Vert et dans une

moindre mesure au Ghana (où ils restent compris entre un et deux points). Cette prévalence est multipliée de 4 à 6 au Bénin, en Guinée, en Côte d'Ivoire, au Togo, et au Nigeria, par 10 à 13 au Burkina Faso, au Mali, au Niger, et dans les autres pays par 7 ou 8.

En Afrique Centrale, les différences de prévalence contraceptive selon le niveau d'instruction sont marquées sauf au Gabon : elle est 3 à 5 fois plus élevée au Cameroun, au Tchad et en Centrafrique quand on compare les femmes de niveau d'instruction primaire et celles non instruites ; par contre, la prévalence est de 8 à 25 fois plus importante quand la comparaison se fait entre les femmes scolarisées dans le secondaire ou le supérieur par rapport à celles non scolarisées.

Dans les pays d'Afrique Australe, les écarts de prévalence contraceptive sont peu sensibles entre les femmes scolarisées dans le primaire et celles non scolarisées (entre 1 à 2 fois), mais par contre très marqués en Zambie et au Mozambique avec une prévalence chez les femmes d'un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, de 5 à 10 fois plus importante comparativement à celles non scolarisées.

En Afrique de l'Est, les différences de prévalence sont peu sensibles selon le niveau d'instruction au Malawi et aux Comores, mais elles sont par contre 3 à 4 fois plus élevées entre les femmes de niveau d'instruction primaire et non scolarisées au Burundi, en Éthiopie, au Soudan et en Ouganda et de 5 à 8 fois supérieures en Érythrée et à Madagascar. Dans cette région également, ces différences sont plus conséquentes quand on considère les femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur comparativement aux femmes non scolarisées : 20 fois supérieures au Burundi et en Érythrée et de 9 à 13 fois plus élevées en Éthiopie, à Madagascar, en Ouganda et au Rwanda.

Ces comparaisons des prévalences contraceptives, selon le lieu de résidence des femmes et leur niveau d'instruction, appellent plusieurs constats. La diffusion de la contraception est toujours plus rapide chez les groupes les plus éduqués et résidant en zone urbaine : 1) plus la prévalence contraceptive des méthodes modernes est élevée à l'échelle nationale, moins les différences selon les caractéristiques des femmes apparaissent, 2) les écarts de prévalence peuvent être conséquents même avec un faible niveau d'instruction telles que le montrent, dans certains pays, les différences de prévalence entre les femmes non scolarisées et celles scolarisées dans le primaire seulement, ce qui met en relief l'importance de la scolarisation des femmes.

Relation entre contraception et fécondité

La contraception est l'un des déterminants proches de la fécondité et sa prévalence doit être négativement corrélée au niveau de la fécondité (Westoff et Akinrinola, 2001). La question de son impact dans la transition de la fécondité se pose en Afrique étant donné les faibles niveaux de prévalence contraceptive enregistrés dans de nombreux pays mais aussi la place encore occupée par les méthodes traditionnelles de contraception.

La contraception n'est pas le seul facteur à intervenir dans la baisse de la fécondité : certaines études ont souligné, à partir de l'utilisation du modèle de Bongaarts³, le rôle joué par les pratiques du post-partum⁴, mais aussi l'importance du recul de l'âge au mariage dans ces transitions de la fécondité. Ainsi dans une étude menée à partir des deux dernières enquêtes démographique et de santé (EDS) dans trois pays africains, le Kenya, le Ghana et la Côte d'Ivoire, Vimard et al. (2001) ont montré que l'indice d'infécondabilité post-partum est le facteur inhibiteur de la fécondité le plus fort, suivi de l'indice de mariage au Ghana et en Côte d'Ivoire et de celui de la contraception au Kenya. La prévalence des méthodes modernes de contraception est environ 4 fois plus élevée au Kenya qu'en Côte d'Ivoire et 3 fois plus qu'au Ghana : ces différences montrent le poids que ces facteurs inhibiteurs peuvent jouer. Un autre facteur devrait être considéré dans ces évolutions, il s'agit de l'avortement, mais son rôle est rarement mesuré car les données sur ce sujet ne sont pas disponibles dans les EDS (voir chapitre suivant).

Les corrélations entre l'utilisation de la contraception et le niveau de fécondité montrent un impact différent des méthodes contraceptives, impact variable également selon les continents (tableau 4). Ainsi la corrélation est négative entre le niveau de fécondité et l'utilisation d'une méthode quelconque et/ou moderne de contraception : les niveaux de corrélation sont très proches en Asie et en Amérique latine, mais ils sont par contre moins marqués en Afrique. Les différences entre ces trois continents peuvent s'expliquer par une plus faible prévalence contraceptive des méthodes modernes en Afrique comparativement à l'Asie et à l'Amérique latine mais aussi par le type de méthodes utilisées. Si, en Afrique, la pilule et l'injection sont les méthodes les plus fréquemment utilisées, dans 6 pays d'Asie sur 10 (Inde, Népal, Pakistan, Philippines, Sri Lanka et Thaïlande) la stérilisation féminine est la

³ Ce modèle est fréquemment utilisé pour mesurer les effets inhibiteurs des déterminants proches de la fécondité qui sont l'âge au mariage, les pratiques du post-partum, la contraception, l'avortement et la stérilité (voir Jolly, C. and G. James N., 1996. "Les déterminants proches de la fécondité." in *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, edited by K. Foote, A. Hill and L.G. Martin. Paris : INED-PUF, 71-117.

⁴ Pratique d'espacement des naissances par le biais de l'abstinence et de l'aménorrhée induite par l'allaitement.

méthode la plus répandue suivie de la pilule et du stérilet ; en Amérique latine, dans 8 pays sur 13 (Brésil, Colombie, République dominicaine, Équateur, Salvador, Guatemala, Mexique et Nicaragua) après la stérilisation, les autres méthodes les plus fréquemment utilisées sont la pilule et le DIU, et dans deux pays (le Pérou et Haïti) l'injection. L'efficacité des méthodes contraceptives dans ces deux continents, ainsi que leur plus grande diffusion expliquent le plus fort impact de la contraception moderne sur la fécondité comparativement aux pays africains.

Tableau 4 : Corrélation entre l'indice synthétique de fécondité et la prévalence contraceptive en Asie, Afrique et Amérique Latine et Caraïbe

Régions	Coefficient de corrélation (R)			Nombre de pays
	Méthode quelconque	Méthode moderne	Méthode traditionnelle	
Afrique	-0,769	-0,768	0,012	66
Asie	-0,897	-0,870	-0,285	19
Amérique latine et Caraïbe	-0,839	-0,824	-0,048	26

L'analyse des relations entre la prévalence des méthodes naturelles et la fécondité révèle une absence (en Afrique) ou une faible corrélation (en Amérique Latine) : ces méthodes sont d'une efficacité limitée et les échecs consécutifs à leur utilisation sont fréquents. De plus la prévalence de ces méthodes est assez faible sauf dans certains pays africains où elles restent les méthodes dominantes de contraception. En Afrique, ces méthodes sont le plus souvent utilisées dans un but d'espacement des naissances plutôt que de contraception d'arrêt. Cette prise en compte des méthodes naturelles de contraception est cependant importante car elle révèle un besoin de planification familiale qui peut évoluer vers d'autres méthodes contraceptives si leur accessibilité s'améliore et si elles sont mieux perçues par les femmes.

L'impact de la contraception sur la fécondité est donc dépendant du type de méthodes utilisé et de leur efficacité. En Afrique, la prévalence doit être améliorée en terme de niveau mais aussi de méthodes privilégiées pour avoir un impact plus marqué sur la fécondité.

Conclusion

Le continent africain, à l'exception des pays d'Afrique du Nord et de quelques pays d'Afrique de l'Est ou d'Afrique Australe se distingue par une faible prévalence contraceptive et une forte utilisation des méthodes naturelles de contraception. La prévalence contraceptive des méthodes modernes a augmenté ces dernières années en Afrique, mais à une intensité et un rythme très variables selon les pays : les populations urbaines et instruites sont celles qui ont le plus recours à la

contraception moderne. Ces niveaux de prévalence contraceptive différencient ce continent des pays d'Asie ou d'Amérique latine où l'utilisation des méthodes modernes est très élevée et où les méthodes utilisées sont également plus efficaces puisque la stérilisation féminine est y très répandue.

Ce moindre recours à la contraception contribue au maintien de niveaux de fécondité élevés dans certains pays africains et pose la question de la diffusion de la planification familiale. À la suite de la Conférence du Caire, 94 % des pays africains déclarent avoir pris des mesures pour améliorer la connaissance et l'accès à la planification familiale (Gautier, 2002). Mais cette volonté politique ne s'est pas toujours traduite par des interventions au niveau des programmes de santé pour améliorer l'accès à la planification qui reste limité. La couverture géographique des programmes est insuffisante à cause du manque d'infrastructures sanitaires disponibles dans certaines zones, les centres restent le plus souvent concentrés en zones urbaines. Dans ces centres de santé, les personnels médicaux ne sont pas toujours qualifiés pour prescrire les méthodes de planification familiale, et parfois n'ont pas le matériel nécessaire, ni un approvisionnement régulier en produits contraceptifs, ni une gamme suffisante de produits à proposer. L'impossibilité de stériliser le matériel explique que la pose des stérilets ne soit pas faite dans tous les centres. Le matériel d'Information Education et Communication nécessaire à la sensibilisation des populations n'est pas toujours disponible, expliquant l'insuffisance du counselling fait lors des prescriptions : les femmes ne peuvent pas toujours faire un choix réel et éclairé en comprenant les avantages et inconvénients éventuels de chaque méthode. Les femmes peuvent être aussi tributaires dans leur choix contraceptif des préférences des prescripteurs (Kotokou, 1994).

La population cible couverte par les programmes de planification familiale est, elle aussi, souvent limitée car ils s'adressent prioritairement aux femmes mariées ayant déjà des enfants. La prescription des méthodes est d'ailleurs souvent faite dans le cadre du suivi post-natal des femmes. Ainsi les adolescentes, les femmes sans enfant et les hommes se trouvent de fait exclus de ces programmes, bien que les pays se soient engagés à travers les déclarations de la Conférence du Caire à faciliter l'accès à ces programmes à tous les hommes et femmes quel que soit leur âge ou leur situation.

Tous ces éléments constituent des facteurs de blocage dans l'accès aux programmes de planification familiale et expliquent le faible recours à la contraception moderne. Dans ce contexte l'avortement est parfois la seule méthode de régulation de la fécondité à laquelle les femmes peuvent avoir recours : pourtant cet acte est illégal dans la majorité des pays africains ou soumis à d'importantes restrictions amenant à des pratiques clandestines à risque pour la santé des femmes (Guillaume, 2000).

L'insuffisance de l'offre en matière de planification familiale n'est pas le seul facteur explicatif du faible recours à la contraception moderne. La mauvaise perception qu'ont les femmes de ce type de méthode explique leur moindre utilisation : la crainte des effets secondaires des méthodes, notamment le risque de stérilité sont des facteurs de blocages à leur utilisation. Si certaines femmes

expriment des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, d'autres par contre souhaitent toujours une descendance nombreuse et recourent peu à la contraception ou simplement dans un but d'espacement des naissances par le biais des méthodes naturelles. Les réticences des conjoints ou partenaires expliquent aussi le recours limité à la contraception : les femmes n'ont pas toujours la possibilité d'utiliser une contraception sans l'accord de leur partenaire dont le consentement est parfois demandé lors de la prescription de ces méthodes. Les adolescentes se trouvent fréquemment confrontées à ces problèmes d'utilisation de méthodes contraceptives ou préventives à cause de leurs difficultés de négociation avec leur partenaire ; ceci explique leur faible recours à la contraception moderne.

La mise sur le marché en Afrique de la contraception d'urgence devrait offrir de nouvelles possibilités pour les femmes de réguler leur fécondité, particulièrement aux très jeunes femmes pour lesquelles l'accès à la contraception est limité. Cette méthode présente l'avantage de donner aux femmes un moyen de gérer leur sexualité et les risques de grossesses, notamment en cas de rapports sexuels non prévus ou d'échec de contraception : c'est une bonne alternative à l'avortement.

Les programmes de santé de la reproduction en Afrique subsaharienne

Les gouvernements africains, qui pendant longtemps n'ont adhéré aux programmes de planification familiale que dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, ont toutefois bien intégré le concept de santé de la reproduction.

Ainsi, les treize pays¹ qui ont répondu à la dernière enquête des Nations unies sur la population et le développement considèrent que le niveau de la mortalité maternelle est inacceptable. Ils déclarent avoir pris des mesures pour améliorer le suivi prénatal, l'accouchement et lutter contre les maladies gynécologiques. Ils disent tenter d'améliorer la connaissance, la sécurité et la facilité d'accès à la planification familiale ainsi que prévenir et traiter les conséquences sanitaires de l'avortement.

Toutefois, comme l'indiquent les différentes enquêtes menées auprès des officiels, des agents de santé, des chercheurs comme auprès des associations de planification familiale ou de femmes, la révolution a surtout été sémantique et le chemin à parcourir pour arriver à de véritables programmes de santé reproductive sera fort long car les défis sont importants. Ainsi, des « enquêtes de situation » ont permis d'observer les défaillances des services de planification familiale de huit pays entre 1992 et 1997². Dans l'ensemble ces services ne disposent pas de l'équipement nécessaire et de plus les pratiques professionnelles sont en cause : manque d'asepsie, information insuffisante des patientes concernant tant les méthodes disponibles, leurs avantages et leurs inconvénients que le risque de maladies sexuellement transmissibles, même dans des contextes de forte prévalence du SIDA.

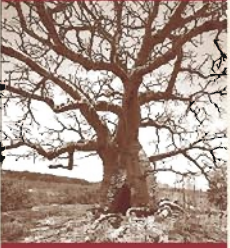
Arlette Gautier

¹ *Bostwana, Burkina Faso, République centrafricaine, Ethiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Maurice, Namibi, Tanzanie, Niger, Zambie. DEPARTEMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION, 2001, Results of the eight United Nations inquiry among governments on population and development, New York, United Nations.*

² *Bostwana, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal, Zanzibar, Zimbabwe. MILLER, Kate, et alii. 1998. Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa : findings from situation analysis studies. New York, Population Council, African Operations research and technical assistance project, USAID.*

Bibliographie

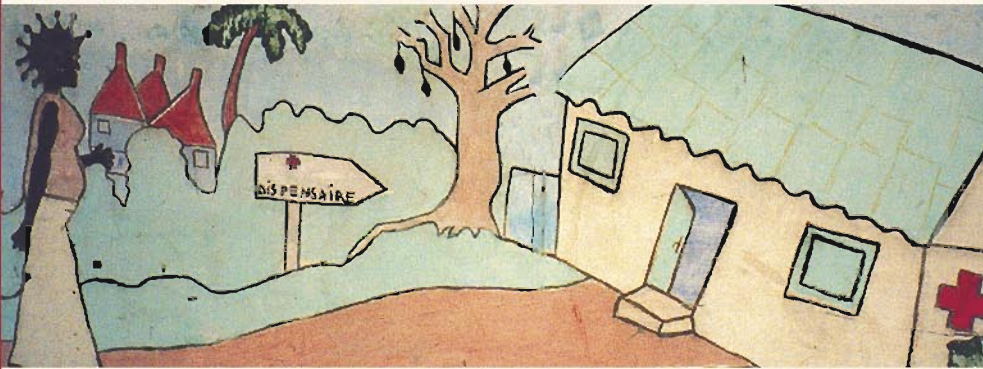
- GAUTIER A., 2002 - Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction. New York, Contribution à la 35^{ème} Commission Population et Développement, 11 p.
- GUILLAUME A., 2000 - "L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique". *La Chronique du CEPED*, n° 37 : 4.
- GUILLAUME A. and DESGREES DU LOU A., 2002 - "Contraception and/or abortion ? A study of Fertility Regulation Strategies among Abidjan Women". *International Family Planning Perspective*, septembre, 28 (3) : 159-166.
- KOTOKOU K., 1994 - Les facteurs d'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé. in Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou B., (éds.). *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique, Colloques et séminaires*, ORSTOM, Paris : 251-266.
- NATIONS UNIES, 1994 - "Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement". Le Caire, Nations Unies, 138 p.
- SILBERSCHMIDT M. and RASCH V., 2001 - "Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents". *Social Science and Medicine*, 52 :1815-1826.
- VIMARD P., FASSASSI R. et al., 2001 - Le début de la transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne. Un bilan autour des exemples du Kenya, du Ghana et de la Côte d'Ivoire. XXIV IUSSP General Conference, Salvador, Brazil.
- WESTOFF C.F. and AKINRINOLA B., 2001 - "The contraception-fertility link in Sub-Saharan Africa and in Other Developing countries". Calverton, ORC Macro, 10 p.



RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique



Éditrices scientifiques

Agnès GUILLAUME

LPED

Myriam KHLAT

INED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique

Éditrices scientifiques

Agnès Guillaume

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence

Myriam Khat

Unité de recherche U05 – Mortalité, santé, épidémiologie
INED



Septembre 2004

L'INED, l'IRD et les Universités de Paris I, Paris V et Paris X forment le groupement d'intérêt scientifique (GIS) "Centre Population et Développement" (CEPED).

Le CEPED suscite, anime et appuie des réseaux de recherche en partenariat avec des institutions du Sud dans le champ de la Population et du développement selon quatre thématiques :

- Santé de la Reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

En liaison avec les institutions membres du GIS et ses partenaires du Sud, le CEPED remplit des missions de formation, de documentation, de valorisation et d'expertise. Il favorise le développement de réseaux internationaux dans lesquels les grandes régions en développement sont représentées. Les activités des réseaux comportent une dimension comparative entre les pays partenaires. Parmi les objectifs, il s'agit d'encourager et de valoriser les productions scientifiques, de soutenir des activités de formation, de mettre à disposition des professionnels et décideurs des outils pédagogiques et de l'information scientifique, de constituer des bases de données et de développer des indicateurs pour alimenter les réflexions sur les problématiques nouvelles.

Comité éditorial :

Courgeau Daniel	Ferry Benoît	Belbeoch Olivier
Ferrand Michèle	Hamelin Philippe	Brugeilles Carole
Leridon Henri	Lelièvre Eva	Dittgen Alfred
Mazouz Mohammed	Samuel Olivia	Pison Gilles
		Vimard Patrice

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik - www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © IRD - Marie-Noëlle Favier

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2004
ISSN : en cours d'attribution
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0) 1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0) 1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>