

L'information sur les méthodes contraceptives, dix ans après le programme d'action du Caire

ARLETTE GAUTIER

Bien que des couples, surtout illégitimes, aient, depuis toujours, pratiqué la contraception, la diffusion de la contraception moderne a joué un rôle important dans les transitions reproductives en cours. Elle a permis une accélération de la baisse de la fécondité induite par les changements socio-économiques, et elle a amélioré la maîtrise individuelle de la fécondité. La reconnaissance législative du droit à la contraception est même, selon F. Héritier (2003), le levier qui permet la remise en cause de l'archaïque valorisation différentielle des sexes. Elle a fait l'objet de revendications par les mouvements féministes depuis la fin du XIX^e siècle en tant que droits des femmes et que droit à la santé, pour réduire le recours aux avortements, mais aussi par les mouvements néo-malthusiens, plus préoccupés par la baisse de la fécondité comme préliminaire à l'amélioration des situations économiques, tant au niveau individuel que social. Ces objectifs ne sont pas nécessairement contradictoires et les attendus des déclarations internationales sur la population et le développement comme les politiques anti-natalistes nationales les ont généralement mis en avant conjointement (Seltzer, 2002). Toutefois, la mise en œuvre de politiques anti-natalistes a parfois usé de contraintes ou, plus subtilement, offert uniquement des méthodes de contraception de longue durée, sans permettre les conditions d'un véritable choix, par exemple en Inde (Verkey *et al.*, 2000) et au Mexique

(Brugeilles, 2004). Ces dérives ont été néfastes au succès des programmes de planification familiale, car des clients potentiels s'en sont éloignés.

Au contraire, la diversification des méthodes de planification familiale et l'amélioration de la qualité des services qui les dispensent permettent de limiter la discontinuité des méthodes et attirent de nouveaux utilisateurs (Bongaarts et Bruce, 1995). Lorsqu'une nouvelle méthode est offerte dans le cadre d'un programme de planification familiale, la prévalence augmente en moyenne le pourcentage de 12 points (Jain, 1989). Aussi, la pluralité des méthodes contraceptives, tant au niveau de l'information que de l'accès aux services, est un élément essentiel du succès de toute politique de planification familiale. Une alliance entre certains secteurs des mouvements pour les droits reproductifs et du « lobby population¹ » (Chasteland, 1997) a promu la nécessité de programmes de planification familiale offrant une information fiable, diversifiée et objective ainsi que l'accès à une pluralité de méthodes dans le cadre de relations respectueuses du client. De plus, ces programmes doivent désormais viser l'ensemble de la santé de la reproduction, et pas seulement la planification familiale, et concerner l'ensemble des individus, indépendamment du sexe et de l'âge, et pas seulement les femmes en âge reproductif. Cette optique a été ratifiée par 179 pays à la Conférence internationale population et développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 (Gautier, 2002).

Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur ce seul aspect, même si bien d'autres points de ce vaste programme mériteraient d'être abordés². L'accès à des services de contraception de qualité, loin d'être acquis, même dans des pays qui ont accepté le programme d'action du Caire, comme le montre l'exemple de la Côte d'Ivoire (Anoh *et al.*, 2004), est également essentiel pour permettre l'accès à la maîtrise de la fécondité. Néanmoins, l'information sur la contraception est un préliminaire à son utilisation. Ainsi, une analyse de 13 enquêtes

-
1. Soit, l'ensemble des institutions, civiles, gouvernementales ou internationales (comme la Division de la population des Nations unies), qui œuvrent depuis les années 1950 pour accroître la sensibilité aux questions de population, souvent dans un sens néo-malthusien.
 2. Voir Gautier (2004) sur la question de la diversification des méthodes de contraception et de la diminution éventuelle du recours exclusif à la stérilisation féminine.

démographiques et de santé³, réalisées entre 1986 et 1990, indique que 25 % des femmes, qui risquaient d'avoir des enfants et n'en voulaient pas avant deux ans, ou plus du tout, justifiaient leur absence de pratique contraceptive par l'ignorance de la contraception (Bongaarts et Bruce, 1995 : 60). Les inquiétudes concernant la santé (20%) et l'opposition du mari (9%) constituaient les autres raisons principales de non utilisation. Elles étaient plus importantes en Amérique latine et en Asie, qu'en Afrique subsaharienne où le manque de connaissances était primordial.

Une information diversifiée et de qualité en matière de contraception est également un droit humain fondamental qui renvoie à plusieurs droits bien établis (Coliver, 1994) :

- La liberté d'expression et d'information, qui est considérée comme la pierre de touche des autres droits. Sans elle, les individus ne peuvent pas faire de choix informé concernant leur vie sociale comme leur vie privée. Il ne peut pas y avoir de démocratie sans ce droit ;
- Le droit à l'égalité et à la non discrimination. Les femmes pauvres, ou non éduquées, connaissent et utilisent généralement moins les méthodes de contraception, alors même que leur risque de décès lié à une grossesse est plus élevé que celui d'autres femmes. Elles ont souvent moins accès à l'information que les autres femmes, particulièrement lorsqu'elles sont analphabètes. Elles sont également davantage soumises à une information erronée, transmise, soit par leur milieu, soit par les moyens de communication de masse modernes. Elles peuvent avoir plus de difficultés à l'assimiler. Il est donc du devoir des gouvernements de leur fournir cette information de façon accessible ;
- Le droit à la vie est rappelé par tous les traités internationaux, mais il est souvent considéré indépendamment du risque lié à la maternité. Celui-ci a presque totalement disparu dans les pays développés, où le taux de mortalité maternelle est deux cents fois moindre que dans les pays en

3. Burundi, Ghana, Kenya, Mali, Ouganda, Soudan ; Sri Lanka, Thaïlande ; Bolivie, Colombie, République dominicaine, Équateur, Pérou.

développement. L'information sur les moyens d'éviter ou d'espacer les naissances est donc l'une des informations les plus importantes pour la vie des femmes. De plus, la mortalité maternelle n'est que l'aspect le plus visible des morbidités reproductives, encore fort mal recensées ;

— Le droit à la santé, mentionné par le *Convenant économique*, a été ratifié par 131 pays en 1994. Or, l'information sur la planification familiale permet d'éviter des avortements réalisés dans de mauvaises conditions ainsi que des grossesses et des naissances dangereuses ; elle conduit, de ce fait, à une amélioration de la santé des mères et de leurs enfants ;

— Le droit à la dignité, à la liberté et à la sécurité fonde la décision de la Commission européenne des droits de l'homme selon laquelle l'avortement ou la stérilisation sans le consentement éclairé de la personne constitue un traitement dégradant et contredit le droit à créer une famille. Cette position a été reprise lors de la Conférence mondiale sur les femmes, à Pékin en 1995 ;

— Le droit à la vie familiale et à une vie privée implique pour les individus, la possibilité de prendre des décisions informées sans interférence de l'État, mais aussi, l'obligation pour les gouvernements d'assurer le respect de la vie privée de la femme et la non interférence du mari ou du compagnon.

Aussi le droit à une information variée et objective sur les méthodes de contraception est reconnu comme faisant partie intégrante des droits de l'homme lors la conférence de Téhéran en 1968. L'article 16 de la déclaration finale statue en effet : « Les parents ont le droit humain fondamental de décider librement et de façon responsable quant au nombre et à l'espacement entre les naissances et ont le droit à une éducation et une information adéquate à ce sujet » (Coliver, 1994, p. 54). Le plan mondial d'action adopté par la conférence de Bucarest a ajouté « les individus » aux bénéficiaires de cette information. Ce droit est depuis régulièrement affirmé dans les différentes conventions internationales concernant les droits humains, les femmes, la population et le développement.

Dix ans après la signature du programme d'action du Caire, on cherchera donc à préciser si ce droit à l'information est mieux respecté depuis 1994 qu'avant, et quelles sont les raisons qui peuvent expliquer les différences existant entre les pays. Ces deux objectifs ont déterminé les sources utilisées, les questions posées et les choix méthodologiques effectués.

Mesurer le droit à l'information contraceptive

Sources, méthodes et données

Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) d'ORC-Macro International seront utilisées, car elles ont permis de collecter des données relativement uniformes sur les connaissances concernant la contraception dans un grand nombre de pays. Elles se prêtent donc aisément à des comparaisons. Seront étudiés les 36 pays, où les femmes ont été enquêtées au moins deux fois, une fois de 1987 à 1994, l'autre de 1995 à 2002⁴, ce qui permet d'analyser les évolutions entre ces deux périodes. Des taux de croissance de ces connaissances par année ont été calculés car les durées entre deux enquêtes sont variables, même si en moyenne, cette durée est de cinq ans. Les réponses des femmes seront confrontées à celles des hommes lorsque cela sera possible, c'est-à-dire lorsqu'ils ont été interrogés dans dix pays africains et Haïti en 1987-1994 et vingt-quatre pays par la suite. En effet, les hommes n'étaient pas interrogés lors des premières EDS parce que les résultats des précédentes enquêtes mondiales de fécondité semblaient indiquer que les réponses des hommes étaient trop proches de celles des femmes pour justifier une enquête spécifique (Watkins, 1993). Enfin, des données concernant l'étendue des connaissances sur les méthodes anti-conceptionnelles ont été collectées dans 15 pays seulement.

La population totale de ces 36 pays représente un tiers de la population mondiale et près de la moitié de celle des pays en développement. Cependant,

4. Sauf pour le Maroc, qui a été enquêté en 1987 et en 1992.

comme le signalent justement A. Desgrées du Loû et P. Vimard (2000), les pays traversant de fortes crises socio-politiques ou des conflits armés sont sous-représentés dans les pays disposant d'EDS, et encore plus dans ceux qui peuvent disposer de plusieurs enquêtes. Aussi, nos résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des pays en développement.

Les données seront souvent présentées séparément pour les 18 pays d'Afrique subsaharienne et les 18 autres pays, car les différences entre ces zones sont trop importantes pour les ignorer. Néanmoins, les caractéristiques de la Bolivie et du Guatemala les rapprochent souvent des pays africains, alors que celles du Kenya ou du Zimbabwe les éloignent de la moyenne des autres pays africains.

L'objectif étant de préciser le rôle des différents déterminants, économiques, politiques et sociaux, dans les éventuelles évolutions, l'unité d'analyse sera le pays, ce qui implique que les résultats par pays ne seront pas pondérés par la taille de leur population dans le calcul des moyennes. Il ne s'agit pas, en effet, de mesurer l'évolution globale des connaissances pour les habitants des 36 pays, mais bien de voir s'il y a eu une évolution et quels en sont les déterminants au niveau national, pour vérifier notamment l'éventuel impact des politiques de planification familiale.

Qu'est ce que connaître une méthode de contraception ?

Les individus peuvent donner des significations différentes au fait de connaître une méthode pour éviter les naissances. Ils peuvent dire « connaître » s'ils en ont entendu parler, ou s'ils savent comment l'utiliser ou comment elle fonctionne. Le degré de connaissance peut donc varier, allant de presque inexistante à très détaillée. De plus, les enquêteurs demandent d'abord si la personne connaît une méthode puis, si elle n'a pas su répondre, citent le nom de la méthode, ce qui risque de surestimer la connaissance, puisque des individus peuvent avoir honte de ne pas connaître une méthode ou seulement connaître son nom, sans en savoir plus. Les deux types de connaissance, spontanée et reconnue, peuvent donner des résultats fort différents. Ainsi, 40 % seulement

des citoyennes d'une quinzaine d'états africains pouvaient citer spontanément une méthode de contraception alors que 80 % déclaraient connaître au moins une méthode citée par l'enquêteur (Bangha, 2000 : 51).

Les EDS investiguent toutes les méthodes de contraception, qu'elles soient modernes ou « traditionnelles ». Le fait de connaître une méthode de contraception ouvre déjà la possibilité d'exprimer un choix quant à la taille de sa descendance. Celui de connaître une méthode moderne accroît sans doute la possibilité de réaliser son choix. Les programmes de planification familiale promeuvent plutôt les méthodes modernes, alors que certaines associations confessionnelles favorisent les méthodes dites traditionnelles. En fait, les réponses à ces deux questions sont étonnamment identiques. Ainsi, en 1987-1995, l'écart est seulement de deux points entre les deux réponses : 86 % des femmes ont cité au moins une méthode, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, alors que 84 % ont cité une méthode moderne. Seuls quelques pays, dont le Cameroun, ont un écart important entre ces deux méthodes. Les données sur l'ensemble des méthodes seront utilisées car une méthode moderne mal utilisée n'est pas plus efficace que certaines méthodes dites traditionnelles.

J. Bongaart et J. Bruce ont proposé, en 1995, de mesurer la connaissance par la combinaison de trois indicateurs : citation spontanée, connaissance du lieu d'obtention et des effets secondaires liés à cette méthode. L'ordre des treize pays précédemment mentionnés diffère peu selon ces trois indicateurs. 58 % des femmes interrogées ont une connaissance spontanée d'au moins une méthode, 74 % en reconnaissent au moins une, après citation par l'enquêteur, 71 % évoquent un lieu de diffusion de moyens de contraception, 60 % ont une opinion sur les effets secondaires des méthodes. Au total, 47 % des femmes citent spontanément au moins une méthode, savent où la trouver et ont une opinion sur ses effets secondaires, donc connaissent bien au moins une méthode. Il y a donc une différence de 16 points de pourcentage entre la connaissance spontanée et la méthode reconnue, et de 27 points entre la méthode reconnue et l'index combiné. D'après ce dernier indicateur, plus de la moitié des Africaines et des Péruviennes n'utilisant pas la contraception alors qu'elles ne veulent

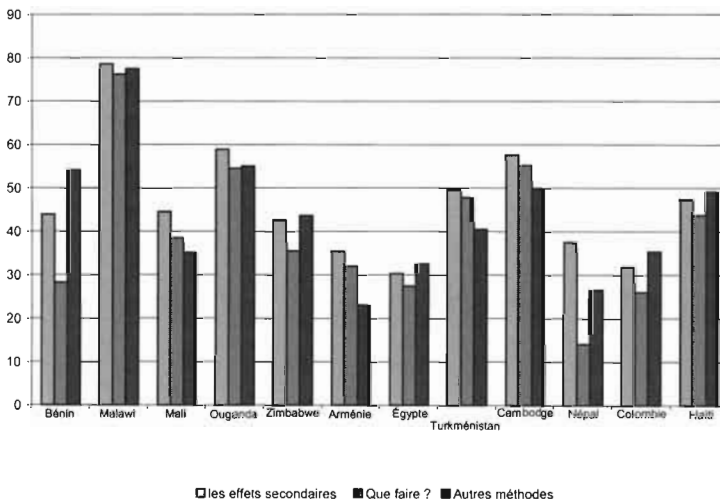
pas d'enfant tout de suite, ignorent la contraception (Bongaarts et Bruce, 1995 : 62). Les derniers rapports des EDS ne précisent pas si la connaissance est spontanée ou questionnée et le niveau de connaissance qu'ils indiquent est donc sans doute surestimé.

Les personnels sanitaires informent peu les clients sur les effets secondaires liés aux méthodes de planification familiale qu'ils fournissent. Les médecins ont longtemps dénié la réalité de ces effets secondaires ou les ont minimisés. De fait, l'Église catholique ou les journaux populaires mènent parfois des campagnes contre les méthodes modernes de contraception, en affirmant que ces méthodes donnent le cancer ou ont d'autres effets négatifs. Ceux-ci sont parfois réels et parfois imaginaires. Ainsi, les pilules anti-conceptionnelles augmentent très légèrement la probabilité de développer certains types de cancer mais diminuent ce risque pour d'autres types de cancer. En revanche, il est avéré que certaines femmes ne supportent pas les dispositifs intra-utérins ou que les pilules provoquent des nausées très gênantes pour d'autres femmes. Les fabricants reconnaissent d'ailleurs ces effets, qui les ont poussés à développer à grands frais de nouveaux produits, par exemple les pilules de la quatrième génération, cependant souvent absents des programmes publics de distribution de produits anticonceptionnels des pays en développement car ils sont trop chers. Il faut d'ailleurs souligner que les produits anticonceptionnels ont généralement été testés sur des populations mieux nourries et d'une stature plus grande que celles du tiers-monde, ce qui peut expliquer que les effets secondaires y soient plus forts. Les enquêtes démographiques et de santé posent des questions sur les effets secondaires vécus réellement par les femmes et sur la crainte d'effets secondaires, ce qui permet de différencier ces deux effets.

Pour que les effets secondaires n'empêchent pas les femmes ou les couples d'atteindre la parité qu'ils désirent, les prestataires de service de planification familiale devraient les évoquer, expliquer que faire s'ils se produisent et présenter plusieurs méthodes. C'est d'ailleurs ce que recommande la norme officielle de planification familiale de plusieurs pays, dont le Mexique. Or, d'après douze enquêtes démographiques et de santé réalisées entre 1999 et 2001 (dont huit font

partie de l'échantillon antérieur), il n'y a que quatre pays où plus de 40 % des femmes ont bien eu toutes ces informations, pourcentage qui monte à 80 % au Malawi. Plus souvent, les femmes n'ont pas été informées des effets secondaires,

Figure 1. L'information sur les effets secondaires des méthodes de contraception, que faire en cas d'effets secondaires, les autres méthodes possibles, 1999-2001 (en %)



Source : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en septembre 2004.

ni des actions à entreprendre, ni sur d'autres méthodes. L'Égypte, la Colombie et le Népal présentent les niveaux de biais les plus importants (figure 1).

J. Bongaart et J. Bruce auraient également voulu tenir compte des connaissances sur l'utilisation, mais cette information n'existe pas dans les EDS. On peut d'ailleurs s'interroger sur cette omission car les EDS interrogent les individus sur les bonnes et les mauvaises façons d'éviter le sida. Elles pourraient donc le faire pour la contraception, ce qui serait utile car les connaissances concernant l'utilisation de celle-ci paraissent assez imprécises. Une enquête brésilienne auprès de 472 femmes indique ainsi que 95 % déclarent connaître la

pilule, 72 % le préservatif, 60 % le stérilet et un tiers la ligature (Espejo, 2003). En fait, moins de la moitié des femmes qui mentionnent ces contraceptifs savent comment les prendre correctement, même en ce qui concerne la pilule. Les femmes ont beaucoup d'idées fausses sur le stérilet, qui s'insérerait dans le front de l'enfant en cas d'échec de cette contraception, croyance répandue dans de nombreux pays, dont l'île Maurice (Hillcoat-Nalletamby, 2003). Cela n'est pas étonnant; en effet, certaines institutions, comme l'Église catholique, mènent une campagne de désinformation sur les effets des méthodes modernes de contraception, dans des pays aussi variés que la Pologne (Heinen, 1992) et le Mexique (Gautier et Quesnel, 1993).

La question de l'objectivité est particulièrement sensible pour les méthodes définitives, d'autant que la stérilisation féminine est devenue la méthode de contraception la plus utilisée dans les pays en développement. Elle a l'avantage d'être irréversible. Elle est efficace à cent pour cent, du moins quand elle est bien faite. Elle peut même être cachée au mari. Elle présente donc bien des avantages, autant pour les individus que pour les programmes de planification familiale. Cependant, l'utilisation de cette méthode est susceptible de conduire à des abus de confiance qu'ils soient directs, lorsque des femmes sont opérées sans qu'elles le sachent, ou indirects quand elles ne sont pas informées des risques et des difficultés liées aux opérations de réversibilité. Ainsi, d'après ces mêmes EDS, 64 % des Maliennes interrogées, 74 % des Népalaises et 3 % dans le pays le mieux loti, la Colombie, ne se considèrent pas concernées par le risque d'irréversibilité lié à ces opérations. Les médecins eux-mêmes ne sont pas toujours formés aux risques pour la santé de cette opération. Ainsi, les manuels de médecine mexicains consultés en 1987 ne mentionnaient nulle part le risque de ménopause précoce ou de morbidité associée à toute chirurgie ; en conséquence, aucun traitement substitutif n'était proposé aux femmes ménopausées précocement (Gautier et Quesnel 1993). Aujourd'hui, les risques liés à la chirurgie sont mentionnés mais pas ceux liés à une ménopause précoce.

*Connaître plusieurs méthodes de contraception,
une des conditions d'un choix informé*

Des méthodes différentes peuvent être nécessaires en fonction du cycle de vie, de l'état de santé ou des désirs des uns et des autres. Aussi, le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) calcule le nombre moyen de méthodes de contraception connues pour mesurer la diversité des connaissances. Toutefois, parmi ces méthodes se trouvent des méthodes folkloriques sans grande efficacité. Un nombre élevé de connaissances connues ne signifiera pas forcément que les individus peuvent choisir entre des méthodes ayant différents avantages et inconvénients. La validité de cet indicateur sera donc testée. De plus, le nombre de méthodes ne dit rien des méthodes effectivement connues, notamment de leur fiabilité. Il paraît préférable de vérifier le niveau de connaissances de plusieurs méthodes ayant des avantages et des inconvénients variés.

La connaissance du cycle est la base de la compréhension du système reproducteur. Elle constitue la première étape de toute alphabétisation reproductive, car elle permet d'expliquer le fonctionnement des différentes méthodes contraceptives. C'est également la base de la seule méthode approuvée par l'église catholique : la méthode du rythme. Cette dernière peut avoir une certaine efficacité pour les femmes ayant des cycles très réguliers et peu fertiles. En revanche, elle conduit à des grossesses lorsque les informations données sont trop succinctes, comme c'était le cas au Yucatan en 1987 (Gautier et Quesnel, 1993). Elle nécessite également la participation masculine.

L'ajout de sept méthodes contraceptives modernes (le condom, le diaphragme, la pilule, les injections, le stérilet, les stérilisations féminine et masculine) permettrait de couvrir l'essentiel des besoins, selon que l'on désire espacer les naissances ou les limiter, que l'on supporte ou pas les méthodes hormonales. La pilule est très efficace et elle a l'avantage d'être déconnectée de l'acte sexuel, mais elle doit être prise régulièrement. Les injections peuvent être faites à l'insu du conjoint une fois tous les trois mois. Ces deux méthodes hormonales peuvent provoquer des effets secondaires. Le diaphragme n'en produit aucun et il est

particulièrement adapté aux relations inopinées, mais il doit être mis avant l'acte sexuel et gêne certaines femmes. Le condom masculin offre également une double protection : contre les grossesses et contre les MST, mais son utilisation est soumise au bon vouloir masculin. Le stérilet permet d'assurer une contraception de longue durée mais réversible ; il nécessite un suivi médical. La ligature est aussi de longue durée mais souvent irréversible, ce qui peut conduire à des regrets lorsqu'un enfant meurt ou après une séparation. C'est la méthode la plus pratiquée dans le monde, de façon pas toujours volontaire. La vasectomie masculine, opération pourtant plus légère, est peu connue. Au Mexique en 1987, elle était assimilée, à tort, à une castration et n'était utilisée que par les membres du corps médical (Gautier et Quesnel, 1993).

D'autres méthodes pourraient être incluses, comme le préservatif féminin qui présente les mêmes avantages que le condom masculin, tout en redonnant l'initiative aux femmes (Warren et Philpott, 2003). S'il a été introduit à titre expérimental dans de nombreux pays, il est rarement présent dans les programmes de santé reproductive, sauf au Brésil. Il commence seulement à être étudié dans les EDS. De même, la méthode de l'allaitement maternel rationalisé pourrait être utile, en Afrique subsaharienne notamment, où les femmes veulent surtout espacer les naissances. Elle est pourtant rarement incluse dans les programmes de planification familiale. Douze EDS ont posé une question sur cette méthode aux hommes et aux femmes, qui est connue par la moitié des Colombiennes, Haïtiennes, Péruviennes et Ougandaises et moins par les autres nationalités. Les mentions masculines sont toujours inférieures⁵, sauf au Malawi où elles s'élèvent à 38 %.

Le niveau de connaissances pour chacune de ces huit méthodes sera donc analysé, puis on cherchera un indicateur synthétique de la diversité des connaissances.

5. Ghana, hommes : 11,5 % et femmes : 18 % ; Zimbabwe : 19 % et 34 %, Haïti : 26,2 % et 46 %.

Une augmentation, légère mais inégale, du niveau des connaissances

La mesure portera sur la connaissance d'au moins une méthode contraceptive, puis sur celle de plusieurs méthodes.

Connaître une méthode : des différences plus sociales que sexuelles

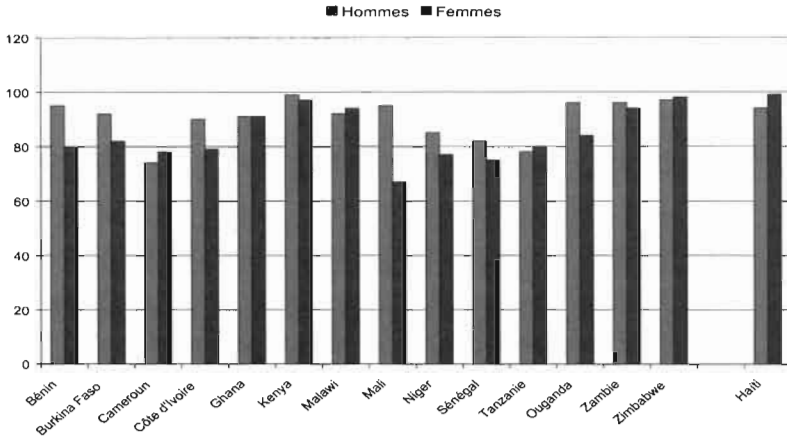
Lors des premières enquêtes démographiques et de santé, de 1987 à 1994, 87 % des femmes interrogées dans les 36 pays connaissaient au moins une méthode, pourcentage passé à 92 % lors de la seconde vague d'enquêtes (figure 2). Alors que le niveau de connaissance est comparable selon les sexes, des différences régionales et sociales persistent. Toutefois, ces inégalités se sont atténuées avec le temps et elles varient selon les pays.

Partout, les femmes ayant suivi le secondaire connaissent la planification familiale, alors que celles ayant suivi des études primaires sont légèrement discriminées. En revanche, 27 % des Africaines sans instruction en 1987-1994, et 19 % en 1995-2002, ne peuvent pas mentionner une méthode de contraception, même en étant aidées, pourcentages qui tombent respectivement à 14 % et 8 % pour les femmes sans instruction des pays non africains. Lors de la première vague d'enquêtes, les analphabètes camerounaises, malgaches et nigérianes ont plus de cinquante points de pourcentage d'écart dans les connaissances contraceptives, pour n'importe quelle méthode, avec leurs consœurs ayant suivi le secondaire, les analphabètes boliviennes et philippines plus de 30 % d'écart, les femmes analphabètes guatémaltèques et maliennes plus de 20 %. Au contraire, dans onze pays⁶, l'écart ne dépasse pas 1 % ; le droit à l'égalité en matière d'information contraceptive est alors respecté⁷.

6. Bangladesh, Brésil, Colombie, Egypte, Haïti, Jordanie, Kazakhstan, Maroc, Népal, République dominicaine, Turquie.

7. Si l'on tient compte des informations sur les méthodes modernes, les résultats sont identiques, sauf pour cinq pays : Cameroun, Madagascar, Nigeria, Bolivie et Philippines, ces deux pays se caractérisant par un fort catholicisme institutionnalisé.

Figure 2. Hommes et femmes connaissant au moins une méthode de contraception en 1987-1995, 14 pays africains et Haïti (en %)



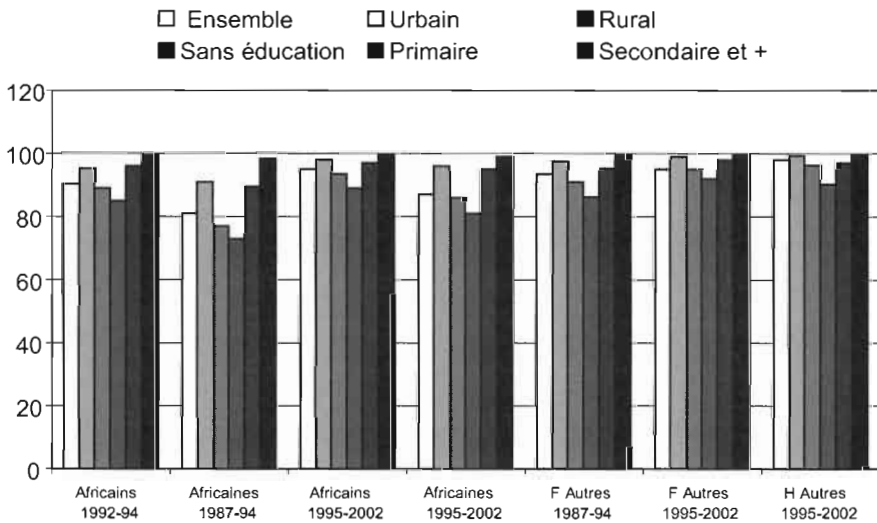
Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measuredhs.com

Dès la première vague d'enquêtes, 95 % des urbaines peuvent citer au moins une méthode (98 % par la suite), seules les Malgaches et les Nigériennes (83 %) présentant des résultats plus faibles. Les femmes rurales sont en moyenne 84 % à citer une méthode moderne en 1986-94 et 96 % par la suite. Toutefois, dans neuf pays, le quart des femmes rurales ne le peut pas, il en est de même pour la moitié des Nigériennes et les deux tiers des Malgaches. Il y a autant de pays (31,5 %) où les différences atteignent de 15 à 27 points de pourcentage que de pays où elles sont inexistantes. Cet écart est plus important en Afrique subsaharienne qu'ailleurs (10 % contre 4 %) (figure 3).

Les différences selon le niveau scolaire et selon la zone d'habitation sont fortement corrélées. Néanmoins, l'écart selon le milieu de résidence est moins fort que celui selon le niveau d'éducation. En effet, aucun pays n'a un écart de plus de 27 points entre femmes rurales et citadines alors que c'est le cas de cinq pays entre les femmes sans instruction et celles qui ont suivi l'enseignement secondaire.

Les Africaines sont généralement moins bien informées que les ressortissantes d'autres zones géographiques. Toutefois, l'écart diminue entre la première et la deuxième vague d'enquêtes. De plus, il y a peu de différences pour les femmes ayant suivi des études secondaires et pour les urbaines. Les discriminations entre les régions touchent surtout les rurales et les analphabètes et elles s'amenuisent avec le temps. C'est surtout la part plus importante des analphabètes dans l'ensemble des femmes (49 % contre 34 % en 1987-1994, puis 40 % contre 27 % en 1995-2002) qui expliquerait que les Africaines présentent un déficit informationnel.

Figure 3. Hommes et femmes connaissant au moins une méthode de contraception en 1987-1994 et 1995-2002, selon le niveau d'éducation, la zone d'habitation et le continent. 36 pays pour les femmes pour les deux périodes et 24 pour les hommes en 1995-2002. Moyennes nationales non pondérées (en %)



Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measuredhs.com

Note : En 1987-1994, il n'y a pas eu d'enquêtes auprès des hommes qu'en Afrique et à Haïti, ce qui explique pourquoi il n'y pas de données pour les hommes autres qu'africains pour cette période.

Les hommes sont parfois présentés comme les oubliés des programmes de planification familiale. D'autres chercheurs soulignent qu'ils ont accès à plus d'informations, par leurs réseaux sociaux ou du fait de leur scolarisation supérieure, en Afrique subsaharienne notamment. Les hommes africains ont un avantage de huit points par rapport aux Africaines pour les citations de n'importe quelle méthode, quelle que soit la période. Néanmoins, il s'agit là de moyennes qui occultent une réalité un peu plus complexe, même si les différences restent faibles. Lors des premières enquêtes, les réponses sont à peu près équivalentes dans six pays, alors que dans six autres pays, les hommes citent plus souvent une méthode que les femmes (dix-huit points de plus au Mali). Les hommes des autres pays ont un avantage général de trois points en 1995-2002, mais les femmes rurales citent un peu plus souvent une méthode. Toutefois, dans tous les pays, cette légère supériorité masculine s'évanouit dans les catégories éduquées.

Un niveau de connaissance très variable selon les méthodes contraceptives

En 1987-95, les femmes citaient surtout la pilule (71 %) et la ligature (62 %). Les condoms, les injections et le stérilet étaient mentionnés par plus de la moitié des femmes, la vasectomie, le diaphragme et le cycle par le quart. C'est dire à quel point la connaissance était réduite, puisque 30 % des femmes ne connaissaient pas la méthode la plus utilisée. Lors de la deuxième vague d'enquêtes, les méthodes les moins connues ont peu progressé, la pilule, le stérilet, la tubectomie et la vasectomie ont augmenté mais nettement moins que les condoms et les injections (figure 4).

Les 18 pays africains considérés se caractérisent, quelle que soit la période, par un niveau de connaissances beaucoup plus faible que dans les pays d'Asie ou d'Amérique latine. La connaissance du cycle y est toujours faible et le diaphragme n'est mentionné que dans deux pays. Les différences sont extrêmement fortes concernant le stérilet et la vasectomie, fortes pour le diaphragme et la ligature, moyennes pour la pilule et pour le cycle.

En ce qui concerne les hommes, lors de la première enquête, 90 % des Africains interrogés pouvaient citer au moins une méthode⁸ et autant le condom, 80 % la pilule, un peu plus de la moitié les injections⁹ et la ligature, 38 % le stérilet¹⁰, un peu plus du quart le diaphragme et la vasectomie. Les connaissances des Haïtiens étaient beaucoup plus élevées, surtout en ce qui concerne la ligature et les injections. Lors de la deuxième enquête auprès des hommes, en moyenne cinq ans plus tard, les mentions d'injections et de condom ont fortement augmenté, celles de la vasectomie et de la pilule un peu, alors que celles du diaphragme et de la ligature ont légèrement diminué. L'introduction du Nigeria dans ce groupe ne change ni le niveau ni la structure des connaissances. Dans les huit pays appartenant à d'autres continents¹¹, l'ordre des méthodes connues par les hommes est identique, mais le niveau de connaissance est beaucoup plus élevé pour le stérilet, la ligature, la vasectomie, la pilule, un peu plus pour le diaphragme et le condom et un peu moins pour les injections. Les méthodes traditionnelles sont également nettement plus souvent évoquées. Les profils des connaissances des deux genres sont très proches, si ce n'est que les hommes connaissent mieux les méthodes masculines et les femmes les méthodes féminines.

Un pourcentage élevé de connaissance d'au moins une méthode peut renvoyer à une grande diversité de situations. Ainsi, 96 % des Péruviennes, Kenyanes et Togolaises citent au moins une méthode. Pourtant, 90 % des Péruviennes citent trois méthodes ; entre 80 et 89 % des Togolaises en mentionnent deux, et seules les deux tiers des Kenyanes évoquent la pilule et les injections. Cet indicateur peut même cacher une très faible connaissance globale des méthodes sous un pourcentage très élevé. Par exemple, 99,9 % des Égyptiennes signalent au moins une méthode, mais aucune des méthodes n'est connue par plus de 90 % des femmes.

8. Au Cameroun, au Mali et en Tanzanie 20 % des hommes ne peuvent citer la pilule.

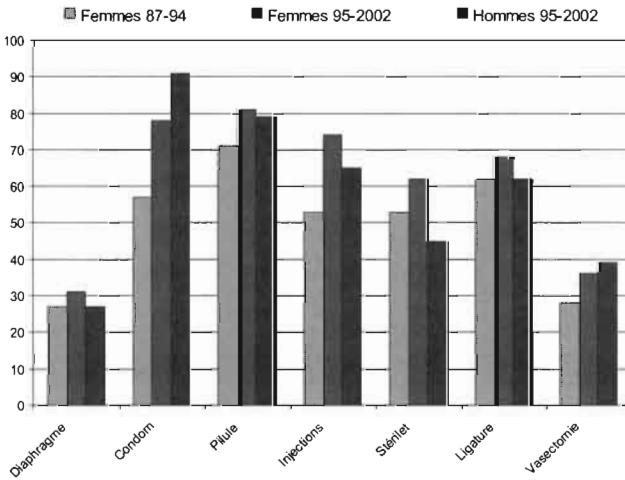
9. Le tiers au Sénégal et en Tanzanie mais 86 % et plus au Kenya, au Rwanda et en Haïti.

10. Seuls, les hommes du Zimbabwe, du Rwanda et du Kenya sont plus de la moitié à mentionner cette méthode.

11. Bangladesh, Bolivie, Brésil, Haïti, Kazakhstan, Népal, République dominicaine.

Le nombre moyen de méthodes est le chiffre utilisé par le FNUAP pour capter la diversité de l'information en matière contraceptive. Ce nombre a fortement augmenté entre les deux périodes, passant de 4,8 à 6. L'Afrique subsaharienne est légèrement en retrait avec respectivement 3,7 et 5,2, mais progresse néanmoins, puisque le nombre minimum de méthodes citées double d'1,6 à 3,2. Les femmes enquêtées citent au moins sept méthodes anticonceptionnelles dans sept pays en 1989-1994 et dans douze pays en 1995-2002. Il faut vérifier la fiabilité de cet indicateur et en trouver un autre qui mesure la démocratisation des connaissances.

Figure 4. Les méthodes connues par les femmes (36 pays, 1987-1994 et 1995-2002) et par les hommes en 1995-2002 (24 pays).

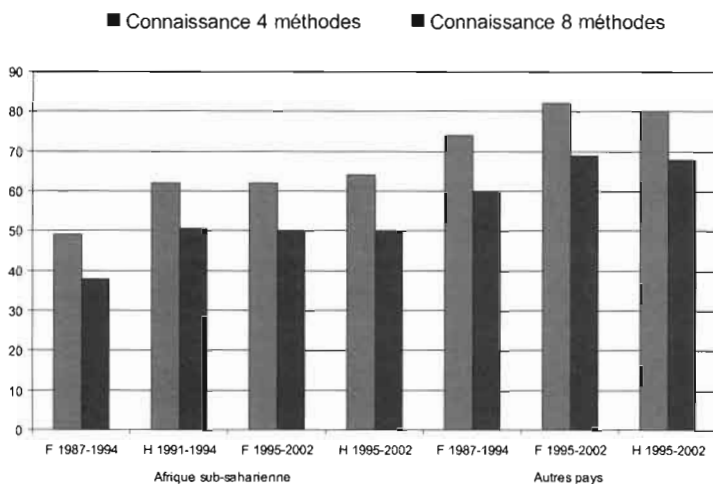


Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measureDHS.com visité le 8 février 2004.

Un indicateur de la diversité des connaissances contraceptives

Dans les 36 pays étudiés, la moitié des femmes connaissaient huit méthodes en 1987-1995 et 58 % en 1995-2002. Les Africaines qui étaient très en retard, tant par rapport aux femmes des autres pays que par rapport aux Africains, ont rattrapé ceux-ci, et ont progressé plus vite que les autres femmes, sans toutefois les rejoindre. Les femmes et les hommes des autres pays étaient globalement au même niveau de connaissances aux deux périodes, avec néanmoins deux points en moins pour la gente masculine. Selon cet indicateur, la moitié des Africains des deux sexes et le tiers des habitants des autres pays n'ont pas un véritable choix (figure 5).

Figure 5. Connaissances de quatre et huit méthodes de contraception par les femmes en Afrique subsaharienne et ailleurs, en 1987-1995 et 1995-2002. 36 pays. Moyennes nationales non pondérées (en %)



Source : ORC Macro International, STAT Compiler www.measureDHS.com, visité le 8 février 2004.

Cependant, des pays n'ont pas les données nécessaires pour calculer la connaissance de huit méthodes. Si l'on choisit de retenir trois méthodes à portée différente : la ligature, la pilule et le stérilet, plus le condom pour la double protection qu'il apporte, 61 % des femmes connaissaient quatre méthodes modernes en 1987-1994 et 72 % en 1995-2002. La moitié des Africaines connaissaient quatre méthodes en 1987-1995 et 60 % en 1995-2002. Elles atteignent alors le niveau des Africains, dont les connaissances ont stagné. Dans les autres pays, la connaissance de quatre méthodes est passée de 70 % à 80 %, sans différences entre les genres.

Il y a bien une augmentation générale des mentions de méthodes de planification familiale, néanmoins les femmes en citent moins dans six pays¹², phénomène également vécu par les hommes zimbabwéens. Il n'y a pas eu d'amélioration pour les femmes de onze pays¹³ et pour les hommes de sept pays. Il faut donc se méfier de toute certitude en un progrès inéluctable des connaissances. Des circonstances adverses ou simplement le relâchement de l'effort peuvent nuire à la diffusion des savoirs, dans ce domaine comme dans d'autres.

La corrélation entre la connaissance de quatre méthodes et le nombre moyen de méthodes connues est bonne. Cependant, la comparaison des deux indicateurs laisse à penser qu'il faut attendre que cinq méthodes soient connues pour considérer que le niveau d'information est correct alors qu'il devient satisfaisant avec sept méthodes.

Un indicateur de la démocratisation des connaissances contraceptives

Le fait que le pourcentage de connaissances soit élevé ne garantit pas que toute la population ait accès à ces informations. Ainsi, les Péruviennes mentionnaient 6,7 méthodes en 1986, et pourtant aucune méthode spécifique n'était connue par au moins 90 % de la population. Le nombre moyen de méthodes connues est donc un indicateur très imparfait de la démocratisation d'une

12. Burkina Faso, Cameroun, Égypte, Jordanie, Kenya et Rwanda.

13. Turquie, Bangladesh, Yémen, Haïti, Indonésie, République dominicaine, Kazakstan, Maroc, Brésil, Zimbabwe, Colombie.

information variée sur les méthodes contraceptives. En effet, si l'information contraceptive est un droit, toute la population doit y avoir accès. Cependant, peu de pays atteignant ce niveau de connaissances, il sera examiné combien de méthodes citées précédemment sont connues par 90 % de la population, comme indicateur de l'universalité du droit à la contraception (figure 6). Cet indicateur trace une démarcation plus nette que le nombre moyen de méthodes connues. Ainsi, lors de la première période, dans 20 pays, il n'y a jamais 90 % de femmes capables de mentionner, même en étant aidées, une méthode de contraception spécifique, alors que 90 % des femmes peuvent en citer une dans 9 pays et deux dans 2 pays. Lors de la seconde période, le nombre de pays passe respectivement à 16 (dont la Bolivie, l'Égypte et le Guatemala), 9 et 11. Parmi ces derniers pays, certains sont parmi les pays les plus pauvres de la planète : Malawi, Zambie, Yémen, Haïti et Népal. Les femmes du Bangladesh, de la Colombie et du Pérou sont même plus de 90 % à citer cinq méthodes ou plus.

En terme régional, les pourcentages de pays où **aucune** méthode n'est connue par 90 % des femmes passent entre les deux périodes pour l'Afrique subsaharienne de 90 % à 70 % et ailleurs de 20 % à 18 %, alors que ceux où 90 % des femmes citent **trois** méthodes et plus, augmentent de 5 % à 10 % en Afrique et de 10 % à 50 % ailleurs. Ce dernier chiffre est également atteint par les hommes, en 1995-2002, dans la moitié des pays qui ne sont pas africains mais dans aucun pays en Afrique¹⁴. Une autre façon de calculer cette démocratisation des informations sur la contraception consiste à dire que 90 % des Africaines ne connaissent parmi les huit méthodes choisies que 0,2 méthode, en 1987-1992 et 0,6 en 1995-2002, alors que 90 % des habitantes des autres pays en citent respectivement 1,4 et 2,6.

Les hommes mentionnent plus souvent au moins une méthode, le condom, qui a surtout été popularisée dans le cadre de la lutte contre le VIH mais qui est citée ici comme une méthode anti-conceptionnelle, alors que les femmes

14. En 1987-1994, le Rwanda était le seul pays africain où 90 % des hommes connaissaient trois méthodes. Or, la guerre civile y a provoqué la diminution de ces connaissances et aucun autre pays africain n'a atteint un tel niveau de démocratisation des connaissances contraceptives chez les hommes.

Tableau 1. Récapitulatif des pourcentages de femmes et d'hommes connaissant au moins une méthode de contraception, au moins quatre méthodes, au moins huit méthodes ainsi que du nombre moyen de méthodes connues par les deux genres et par 90 % au moins des hommes et des femmes en 1987-94 pour les femmes (36 pays) et en 1995-2002 pour les hommes (24 pays).
Moyennes nationales non pondérées

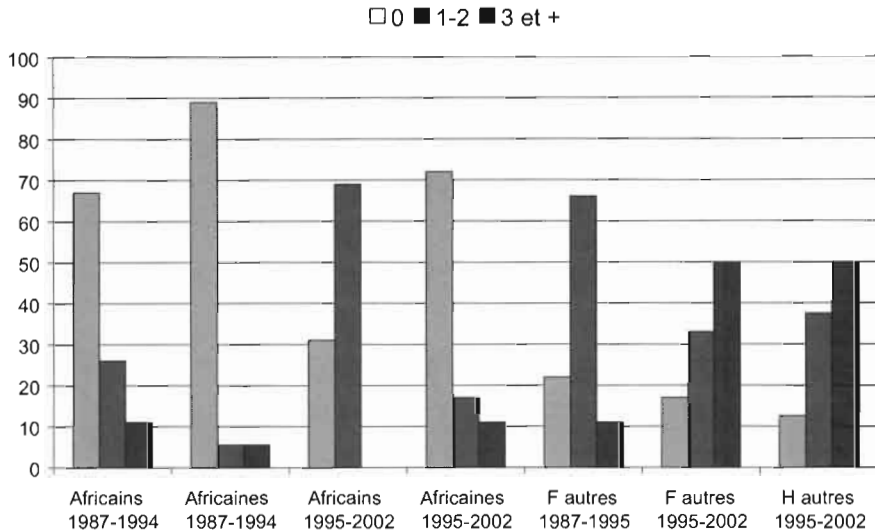
	Méthodes connues			Connaissance		Nombre moyen	
	au moins une	au moins quatre	au moins huit	du condom	de la pilule	de méthodes connues	connu par 90 % de la pop.
Femmes 1986-1994 (36 pays)	86	61	50			4,8	0,8
Femmes 1995-2002 (36 pays)	92	72	58	78	81	6,1	1,6
Hommes 1995-2002 (24 pays)	95	69	53	91	79	5,9	1,3

Source : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004

ont de meilleurs résultats quant à la diversification et à la démocratisation des informations (tableau 1). Les réponses des deux sexes sont néanmoins fort proches et marquent l'ampleur des progrès à réaliser pour qu'un véritable choix informé soit possible : près de 40 % des individus ne peuvent pas mentionner quatre méthodes modernes et le nombre moyen de méthodes citées par 90 % de la population, même en étant aidée par l'enquêteur, dépasse de peu une méthode alors qu'il faudrait en citer au moins quatre pour que l'on puisse parler de démocratisation de l'information.

Au total, on peut dire que l'information a progressé, mais qu'elle reste limitée et surtout très discriminante dans certains pays contre les rurales et les analphabètes. Certains pays ont stagné, alors que dans d'autres pays, l'information s'est diffusée massivement et également, tant en quantité qu'en

Figure 6. Nombre de méthodes connues par 90 % des femmes et des hommes en Afrique subsaharienne et ailleurs, en %, 1987-1995 et 1995-2002. Moyennes nationales non pondérées (en %)



Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measureDHS.com, visité le 8 février 2004.

qualité, permettant une véritable démocratisation des connaissances. Quels sont les facteurs qui expliquent de telles évolutions ?

Les déterminants de l'information sur les méthodes de contraception

Un débat a longtemps opposé ceux qui croyaient que, seule, la modernisation économique et sociale pouvait augmenter la prévalence contraceptive, à ceux qui pensaient que les politiques démographiques pouvaient s'y substituer. Il est généralement considéré, aujourd'hui, que les deux facteurs interviennent. Leur poids respectif dans l'augmentation différenciée des connaissances sera donc précisé, puis on verra l'influence d'actions plus concrètes : les messages dans les media et les contacts avec les travailleurs sanitaires.

Le rôle des politiques démographiques et du développement économique et social

On peut mesurer le développement en termes économiques, par le PNB par tête, en dollars constants, ou en terme humain, en y ajoutant l'alphabétisation, la scolarisation et l'espérance de vie à la naissance, plusieurs dimensions qui peuvent intervenir dans la demande de contraception (PNUD, 2002)¹⁵. Ces deux modes de calcul arrivent au même résultat : ils montrent un impact important et positif du développement sur les connaissances contraceptives, quel que soit l'indicateur choisi : mention d'au moins une méthode (+ 15-20 points), mention de quatre méthodes ou nombre de méthodes citées par 90 % de la population. Au cours de la deuxième période, l'écart entre les niveaux faibles et moyens des indicateurs de développement évolue différemment selon les variables de connaissances contraceptives : il diminue pour la mention d'au moins une méthode (ce qui est normal, vu la diffusion de cette connaissance minimale), il se maintient pour la citation de quatre méthodes modernes et diminue légèrement pour le nombre de méthodes connues par 90 % de la population. L'Afrique subsaharienne a toujours un niveau de connaissances très inférieur à celui des autres pays, même à niveau équivalent de développement, qu'il soit économique ou social (tableau 2).

Le poids des variables politiques peut être mesuré par le soutien à la contraception, par le fait de déclarer mener une politique anti-nataliste ou par une politique plus spécifique d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur la contraception. La reconnaissance du droit à la contraception est désormais presque universelle au niveau législatif, puisque 85 % des pays en développement soutiennent l'accès direct à la contraception, notamment à travers des dispensaires, contre 66 % en 1976 (United Nations, 2001)¹⁶. L'État

15. L'alphabétisation rend plus facile la compréhension des messages de planification familiale, et ouvre d'autres horizons. L'augmentation de l'espérance de vie réduit la demande d'enfants en permettant à un plus grand nombre de survivre.

16. En 1976, 7 % des États déclaraient limiter l'accès à la contraception, et 24 % ne pas s'en occuper, 11 % le soutenir indirectement (en acceptant par exemple l'action d'ONG), en 2001 les pourcentages correspondant sont de 0 %, 5 % et 10 % (UN 2001).

qui admet ce droit a généralement le devoir, négatif, de lutter contre les empiétements de ce droit et celui, positif, de fournir cette information quand cela est nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas facilement accessible. Néanmoins, cette préoccupation peut n'être que rhétorique là où les États, d'ailleurs parfois déliquescents, ne se préoccupent guère du bien-être de leur population. Certaines politiques se contentent de promouvoir une méthode. Le cas de l'Inde est particulièrement caricatural puisque, cinquante ans après le début d'une politique de planification familiale, une seule méthode est connue par plus de 90 % des hommes et des femmes : la stérilisation féminine. Les Indiens mentionnent à 84 % la vasectomie, mais la méthode suivante la plus évoquée par les Indiennes est la pilule à 66 %. L'impact du soutien direct à la contraception est aussi fort que celui du développement économique, mentionné dans le précédent paragraphe. Cependant, si cet impact est manifeste, il est concentré dans sept pays, qui ne soutiennent pas directement la contraception au cours de la deuxième période et constituent un front du refus particulièrement militant. Cet effet du soutien direct à la contraception n'explique donc pas toutes les variations observées dans le succès entre les pays.

Les déclarations des gouvernements à la Division de la population de l'ONU serviront à évaluer le rôle des politiques anti-natalistes (United Nations, 1989 et 2001). Il faut quelques années pour qu'une politique puisse commencer à avoir des effets, aussi la politique attribuée aux pays correspond à celle qu'ils menaient deux ou trois ans avant l'enquête. Un pays enquêté en 1986 se verra attribuer la politique de 1983 et non celle de 1986. Cette variable a l'impact le plus faible en 1987-1994 et devient nulle en 1995-2002. La perte du pouvoir d'explication des politiques anti-natalistes déclarées est parallèle à l'augmentation du nombre de pays qui déclarent en mener, soit que les pays n'aient pas eu encore le temps ou les moyens¹⁷ de mettre en place les programmes nécessaires, soit qu'ils n'aient guère la volonté politique de mettre en œuvre ces politiques, parfois prises sous la contrainte de plans d'ajustement structurel. Ainsi, on

17. On sait que, depuis 1994, les pays en développement ont engagé les deux tiers des fonds qu'ils avaient promis à la conférence du Caire en 1994 alors que les pays développés n'en ont débloqué que le tiers.

trouve parmi les dix pays qui ont vu leur niveau de connaissances décliner, neuf pays qui déclarent mener des politiques anti-natalistes, qui manifestement sont restées virtuelles.

Le fait de déclarer avoir mis en œuvre des politiques d'IEC en matière de contraception, lors de la 8^e enquête de l'ONU, se révèle un meilleur indicateur des pratiques en la matière, bien que de manière différenciée selon les variables utilisées. Ainsi, une politique déclarée d'IEC augmente fortement le nombre moyen de méthodes connues par 90 % de la population. Elle double ce nombre dans les contextes de faible développement économique et intervient même davantage lorsque ce développement est moyen. Elle augmente également de sept points la mention de quatre méthodes, lorsque le développement économique est faible et de dix-huit lorsqu'il est élevé. On peut donc se demander si les politiques d'IEC sont plus efficaces dans un milieu moderne ou si elles y sont plus actives (tableau 3).

Il faut souligner que des pays ont obtenu de très bons résultats malgré un environnement économique et social défavorable. Ainsi, dès 1992, toutes les Bangladaises citent une méthode, 94 % mentionnent quatre méthodes modernes et 90 % d'entre elles en évoquent quatre, chiffre qui passe à six en 2000. Pourtant, leur pays est situé très bas dans l'échelle socio-économique ; c'est la haute priorité accordée à un programme de planification familiale de qualité qui explique ces bons résultats, de même que ceux de la Zambie, du Malawi, du Yémen et du Népal où plus de 80 % de la population connaît quatre méthodes en 1995-2002. Le Malawi a connu une très forte progression après être passé d'un soutien indirect à un soutien direct de l'accès à la contraception. Il est donc possible d'atteindre des niveaux élevés de contraception dans des contextes défavorables. A contrario, le Guatemala, dont le PNB par tête est quatre fois celui des pays précédents, se trouve parmi les pays où les citations de méthodes sont les plus faibles. Il ne soutient l'accès à la contraception que depuis 1996.

Tableau 2. Différences dans les variables de connaissances contraceptives (femmes connaissant au moins une méthode de contraception, quatre méthodes et nombre de méthodes citées par 90 % des femmes) selon le continent (Autres pays/Afrique subsaharienne), le PNB par habitant (moyen/faible), l'indicateur de développement humain (moyen/faible), le soutien direct à l'accès à la contraception/autre, la politique de fécondité (anti-nataliste/autre), la politique d'information-éducation-communication (IEC), et le niveau d'effort des politiques en 1986-1994 et en 1995-2002. 36 pays.

Moyennes nationales non pondérées

	Continent	PNB	HDI	Accessibilité	Politiques	IEC	Effort
1986-1994							
Au moins 1 méthode	14	15	11	15	8	12	16
Au moins 4 méthodes	23	28	23	9	8	21	21
Nombre de méthodes citées par 90 % des femmes	1,2	1,1	0,5	0,93	0,5	0,2	0,6
1995-2002							
Au moins 1 méthode	9	9	8	8	2	6	13
Au moins 4 méthodes	20	18	9	21	1	12	15
Nombre de méthodes citées par 90 % des femmes	2	1,1	0,4	1,9	0,3	1,1	1,2

Sources : variables de connaissances : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004 ; PNB et HDI : PNUD, Rapport sur le développement humain 1990 et 1997, ONU ; Accès et politiques : ONU, Division de la Population, National Population policies database ; IEC : ONU, Division de la Population, Results of the eight United Nations Inquiry among governments on Population and Development, New York : 47-48 ; Effort : Ross et Mauldin, 1996 et Ross et Stover, 2001.

Lecture de la première colonne du tableau : en 1987-1994, les femmes ne vivant pas en Afrique subsaharienne étaient plus nombreuses, de 14 points de pourcentage, que les Africaines à mentionner au moins une méthode de contraception, de 23 points de pourcentage à évoquer en moyenne quatre méthodes et 90 % d'entre elles citaient 1,2 méthodes en plus que les Africaines.

Tableau 3. Femmes connaissant au moins quatre méthodes anti-conceptionnelles selon le PNB par habitant et la politique d'information-éducation-communication (IEC) en 1995-2002. 36 pays.

Moyennes nationales non pondérées (en %)

PNB	Politique d'IEC		
	Oui	Non	Différence
Faible	69,6	62,0	7,6
Moyen	88,0	70,0	18,0

Source : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004 ; ONU, Division de la Population, Results of the eight United Nations Inquiry among governments on Population and Development, New York : 47-48 ; UNFPA, 2002, State of the world.

Quelle promotion des informations sur la contraception ?

Les individus sont presque deux fois plus nombreux à avoir entendu des messages de planification familiale à la radio ou à la télévision (40 %) qu'à avoir été contactés par un travailleur de la planification familiale.

La présence d'une politique anti-nataliste déclarée n'augmente pas, au contraire, la probabilité d'avoir écouté des messages de planification familiale. En effet, les femmes ont plus souvent entendu des messages de planification familiale dans les pays sans politique anti-nataliste que dans les pays en déclarant, même si la différence est ténue (54 % contre 48 %) alors que l'écart selon que le niveau de développement économique est faible ou élevé est beaucoup plus fort (43 % contre 61 %). Dans les pays africains qui ne déclarent pas de politiques anti-natalistes en 1996¹⁸, sauf au Togo, la mention de méthodes a fortement augmenté et la proportion de femmes qui ont entendu des messages de planification familiale est supérieure à ce qu'elle est dans les autres pays africains. C'est particulièrement le cas au Bénin (54 %) et en Côte d'Ivoire (64 %). Les associations ou le marché peuvent prendre le relais de gouvernements défaillants. C'est le cas au Brésil et en Colombie où diverses institutions internationales (Banque Mondiale, FNUAP, ACDI, USAID, Fondations américaines), ou ONG locales informent sur la planification familiale.

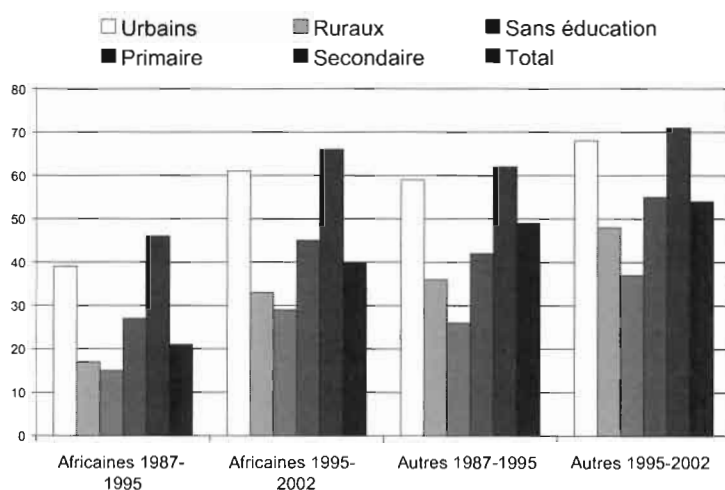
Lors de la première enquête, menée dans 22 pays, les femmes africaines sont deux fois moins nombreuses à avoir entendu de tels messages que les femmes d'autres pays, à l'exception des Zimbabwéennes. Néanmoins, lors de la deuxième enquête, les Africaines atteignent le niveau précédent des femmes d'autres pays alors que celles-ci sont désormais plus de la moitié à avoir entendu des messages concernant la planification familiale, ce qui est également le cas dans cinq pays africains.

Les femmes sans éducation de tous les continents ainsi que les Africaines rurales entendent deux fois moins souvent ce type de message que les urbaines

18. Le Bénin, la Côte d'Ivoire, la Tanzanie, le Togo et la Zambie.

et les femmes ayant suivi des études secondaires. Les rurales non africaines sont moins discriminées, même si elles le sont néanmoins. Néanmoins, d'une enquête à l'autre, le progrès est remarquable, particulièrement en Afrique subsaharienne (figure 7).

Figure 7. Femmes ayant entendu des messages concernant la planification familiale à la radio et à la télévision selon la zone d'habitation et l'éducation, 22 pays d'Afrique subsaharienne et d'ailleurs, 1987-1995 et 1995-2002.



Source : ORC-Macro international, STAT compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004.

Dans les onze pays d'Afrique subsaharienne interrogés sur ce sujet, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à avoir entendu des messages concernant la planification familiale à la radio ou à la télévision (au cours de la seconde période 59 % contre 40 %). L'avantage masculin est parfois important, comme au Cameroun, au Nigeria et au Niger. Cela serait dû au fait que les hommes écoutent plus souvent ces moyens de communication et sont plus souvent détenteurs de postes de radio et de télévision, mais peut-être également à la nature des messages, notamment là où il y a des campagnes de

sensibilisation au VIH. Ils sont aussi plus souvent alphabétisés. En revanche, hors de l'Afrique subsaharienne, les hommes et les femmes ont autant entendu les messages liés à la planification familiale, bien qu'il y ait des variations selon les pays. Toutefois, les femmes sont plus nombreuses à avoir entendu ces messages au Bénin, au Brésil, en Colombie et en Haïti.

Seules 15 % des femmes non utilisatrices de planification familiale ont été contactées pour en parler, par des travailleuses sociales dans 26 pays, un peu plus en Afrique subsaharienne (16 % contre 13 %). Dans cinq pays moins de 10 % des femmes ont été rencontrées, dans 22 pays 10 à 19 % et seuls le Bangladesh, le Togo et le Yémen présentent des niveaux de contact plus élevés. Le nombre de méthodes connues par au moins 90 % des femmes est d'ailleurs élevé au Bangladesh et au Yémen. Toutefois, la liaison entre ces deux variables n'est pas toujours avérée. Bien que 20 % des Tanzaniennes qui n'utilisent pas la contraception en aient parlé avec un travailleur familial ou sanitaire, une seule méthode est connue par 90 % d'entre elles. La qualité de l'information, et donc la formation des personnels, joue sans doute. Les Philippines, par exemple, se plaignent du peu de connaissances des personnes supposées expliquer la contraception (Coliver 1995 : 256). C'est le cas général pour les informations sanitaires, selon Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (2003), dans les cinq capitales de l'Ouest africain qu'ils ont étudiées. En effet, les personnes les plus qualifiées sont entraînées vers d'autres tâches et remplacées par des personnes non formées. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'entendre des messages lors de séances d'explications dans les cliniques, mais celles-ci n'ont pas toujours lieu dans le calme nécessaire, ni même dans une langue compréhensible par les patients. Une explication donnée dans une langue étrangère, dans une salle d'accueil bondée, où l'on attend des heures, n'est guère susceptible d'être entendue ni retenue.

Il a été démontré que les messages entendus dans les media ou surtout les contacts avec des travailleurs sanitaires expliquent la diffusion de l'information et de l'utilisation de la contraception au Bangladesh. Au Mexique, l'information passe surtout par les médecins généralistes, auxquels les individus font plus

confiance qu'aux infirmières. Il y a, cependant, peu de corrélations au niveau général entre le fait d'avoir entendu un message de planification familiale ou d'avoir eu un contact à ce sujet et le fait d'être informé, peut-être parce que ces messages sont inappropriés culturellement, ou pas assez précis quant à la présentation des méthodes.

Une information variée et objective sur les moyens de contraception : un droit réalisable

Dix ans après le consensus de la conférence du Caire, les progrès en matière d'information sur la contraception sont manifestes dans les 36 pays étudiés, particulièrement en Afrique subsaharienne qui était très en retard. Ces améliorations ont permis à plus de femmes de connaître au moins une méthode, mais elles ont aussi permis aux femmes de connaître plus de méthodes. Toutefois, elles sont limitées géographiquement puisque 16 à 18 pays, selon les indicateurs, n'ont pas connu d'amélioration entre 1987-1994 et 1995-2002. Certaines politiques, en Inde et en Indonésie ou au Maroc, se sont contentées de faire la promotion d'une seule méthode. Du fait du poids démographique de l'Inde dont le niveau de connaissances concernant la planification familiale a stagné, l'utilisation de moyennes pondérées montrerait d'ailleurs des évolutions beaucoup plus faibles.

Lors de la première période, l'importance des politiques de planification familiale était aussi forte que celle du développement, qu'il soit économique ou social. Elle semble s'affaiblir, alors même que le soutien officiel à l'accès à la contraception et les politiques anti-natalistes se sont généralisés. D'autres formes d'intervention ont parfois pris le relais.

Il faut cependant insister sur le fait que, plus de 35 ans après la déclaration de Téhéran, 20 % des femmes ne connaissent pas la méthode la plus connue et que 40 % sont privées de la possibilité de choisir entre plusieurs méthodes de contraception. Les chiffres sont généralement meilleurs pour les hommes. En revanche, les rurales et surtout les analphabètes sont moins informées que les

autres femmes dans un tiers des pays. Enfin, les informations données évoquent rarement la possibilité d'effets secondaires et les moyens d'y remédier ou les autres méthodes disponibles. Le Malawi est un des rares exemples où, d'après les EDS, le choix est à la fois varié et informé.

Toutefois, certains pays pauvres sont passés, en moins d'une décennie, d'une absence d'information à des niveaux parmi les plus élevés. Ils ont réussi à informer même les populations sans instruction ou rurales. Ces progrès, parfois fulgurants comme à Haïti, au Malawi, au Népal ou au Yémen, démentent l'argument selon lequel une information diversifiée et objective serait un objectif irréaliste pour les pays en développement et manifestent donc que la mise en œuvre de ce droit fondamental est possible. Rien ne justifie des programmes au rabais qui bafouent le droit à l'information des pauvres, d'autant qu'ils perdent par la même leur utilité.

Références bibliographiques

- ANOH A., FASSASSI R. et VIMARD P., 2004, « Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire », in GAUTIER A. (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, CEPED-LPED-CERPOS, Paris, 2004, pp. 195-231.
- BANGHA M. W., 2000, « La planification familiale dans les pays en développement avec une attention particulière à l'Afrique », in VIMARD P. et ZANOU B. (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, pp. 47-71.
- BONGAARTS J. ET BRUCE J., 1995, « The causes of unmet need for contraception and the social content of services », *Studies in Family Planning* 26 (2), pp. 57-75.
- BRUGEILLES C. 2004, « La politique de population au Mexique », in GAUTIER A. (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, CEPED-LPED-CERPOS, Paris, 2004, pp. 115-163.
- CASTERLINE J. B., SATHAR Z. A. et HAQUE M., 2001, « Obstacles to contraceptive use in Pakistan : a study in Punjab », *Studies in Family Planning* 32 (2), pp. 95-110.
- CHASTELAND J.-C., 1997. « De la fin de la seconde guerre mondiale à la Conférence du Caire : la communauté internationale face au problème de la croissance de la population mondiale », in CHASTELAND J.-C. et CHESNAIS J.-C. (éd.),

La population mondiale. Enjeux et problèmes, Paris, Travaux et documents, n° 139, INED/PUF, pp. 585-617.

COLIVER S., 1995, *The right to know. Human rights and access to reproductive health information*, Article 19 et University of Pennsylvania Press.

DESGRÉES DU LOÛ A. et VIMARD P., 2000, « La santé reproductive : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, n° spécial "La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis", n° 195, juillet-décembre 2000, pp. 116-135.

ESPEJO X. *et al.*, 2003, « Adequação de conhecimento sobre metodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, Sao Paulo », *Revista saude publica*, 37 (5), pp. 583-590.

FNUAP, 1994, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*, New York, Nations unies et CIPD 94.

FNUAP, 1999, *L'état de la population mondiale*, New York, FNUAP.

GAUTIER A. et QUESNEL A., 1993, *Politiques de population et médiateurs institutionnels au Yucatan (Mexique)*, Paris, Éditions de l'ORSTOM, 114 p.

GAUTIER A., 2002, « Les politiques de planification familiale : du malthusianisme au féminisme ? », *Lien social et politique*, 47, pp. 67-81.

GAUTIER A., 2004, « De la planification familiale à la santé de la reproduction : l'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire », in QUESNEL A. (éd.), *Rapport des experts français à la 37^e Commission Population et Développement*, Nogent sur Marne, Editions du CePED.

HEINEN J., 1992, *La croix et la bannière*. Paris, L'Harmattan.

HÉRITIER F., 2003, *Féminin/Masculin II. Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Éditions Odi-le Jacob.

HILLCOAT-NALLÉTAMBY S., 2003, *La pratique contraceptive à l'île Maurice : politique nationale, pratiques individuelles*, coll. Populations, Paris, L'Harmattan.

IYENGAR K. et IYENGAR S. D., 2000, « The copper T 380 A I.U.D. : a 10 year alternative to female sterilization in India », *Reproductive Health Matters*, 8 (16), pp. 125-133.

JAIN A. K., 1989, « Fertility reduction and the quality of family planning services », *Studies in Family Planning*, 20 (1), pp. 1-16.

JAFFRÉ Y. et de OLIVIER de SARDAN J-P., 2003, *La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 462 p.

OYEDIRAN K. A. ISHOLA G. P. et FEYISETAN B. J. , 2002, « Factors affecting ever-

- married men's contraceptive knowledge and use in Nigeria », *Journal of Biosocial Science* 34 (4), pp. 497-510.
- ROSS J. et MAULDIN W., 1996, « Family Planning Programs : Efforts and Results, 1972-1994 », *Studies in Family Planning*, 27, n° 3, pp. 137-147.
- ROSS J. et STOVER J., 2001, « The Family Planning Program Effort Index : 1999 Cycle », *International Family Planning Perspectives*, 27, n° 3, pp. 119-129.
- PNUD, 2002, *Human Development Report*. PNUD, New York.
- SELTZER J. R., 2002, *The origins and evolution of family planning programs in developing countries*, Santa Monica, Rand Corporation.
- UNITED NATIONS, POPULATION DIVISION, 1989, *Trends in population policies*, New York.
- UNITED NATIONS, POPULATION DIVISION, 2001, *National Population policies data base*, New York.
- VERKEY P. *et al.*, 2000, « The reality of unsafe abortion in a rural community in South Asia », *Reproductive Health Matters*, 8 (16), pp. 83-90.
- WARREN M. et PHILPOTT A., 2003, « Expanding safer sex options : introducing the female condom into national programmes », *Reproductive Health Matters*, 11 (21), pp 130-139.
- WATKINS S. C., 1993, « If all we knew about women was what we read in Demography, what would we know ? », *Demography*, 30 (4), pp. 551-77.

Gautier Arlette.

L'information sur les méthodes contraceptives, dix ans après le programme d'action au Caire.

In : Adjamagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard Patrice (dir.). Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille : Academia Bruylant, LPED, 2007, p. 39-72.

ISBN 978-2-87209-832-3