

Déclin des MST parmi les travailleurs migrants après traitement des femmes locales à haut risque

La prévalence des maladies sexuellement transmissibles (MST) a enregistré une nette baisse parmi les travailleurs migrants d'une communauté minière d'Afrique du Sud, ainsi que parmi la population féminine locale à haut risque, après la prestation de services curatifs et préventifs mensuels offerts aux femmes. Parmi celles qui avaient recouru au moins trois fois aux services gratuits d'une clinique établie dans la communauté, les taux d'infection gonorrhéique et de pararickettsioses avaient baissé, de 15% et 14%, respectivement, en début d'étude, à 8% et 3% au moment de la troisième visite.¹ Durant la même période, la prévalence de l'une des affections ou des deux parmi les travailleurs migrants avait diminué, de 11% à 6%, tandis que la prévalence des ulcères génitaux baissait de 6% à 1%.

Etablie dans une ville minière de l'Etat libre, la clinique avait offert des services de traitement et de prévention aux prostituées et aux femmes ayant un grand nombre de partenaires sexuels, d'octobre 1996 à juin 1997. La clinique se trouvait à proximité de trois centres d'hébergement miniers non mixtes représentant une population d'environ 3.700 hommes et dans un rayon de deux à quatre kilomètres de deux autres centres. Deux autres centres encore se trouvaient à plus de cinq kilomètres de la clinique.

Des éducatrices formées du milieu ont distribué des cartes d'orientation de la clinique aux femmes qui fréquentaient les lieux de détente des mineurs, les encourageant à se rendre à la clinique une fois par mois. Lors de leur première visite, toutes les femmes ont été soumises à une procédure d'évaluation et de traitement des MST. Celles ayant déclaré être prostituées ou avoir au moins trois partenaires sexuels réguliers ou intermittents ont été incluses dans l'étude.

A l'inscription, chacune a été invitée à répondre à un questionnaire relatif à ses caractéristiques démographiques et obstétriques, à ses antécédents sexuels et symptômes courants de MST. Les participantes ont été soumises à un examen gé-

nital et à un prélèvement d'urines pour tests de pararickettsioses et gonorrhée. Des tests de syphilis ont également été administrés. Toutes les femmes ont reçu des informations sur la prévention, une réserve de préservatifs gratuits et une dose d'un gramme d'antibiotique à titre de traitement présomptif de pararickettsioses, gonorrhée et ulcères génitaux. Un traitement supplémentaire a été administré aux femmes présentant des symptômes de MST. Le même protocole a été appliqué lors des visites mensuelles de suivi.

Au début de l'étude, les mineurs des centres d'hébergement proches de la clinique mobile ont été soumis à des tests de MST à l'hôpital des mines, dans le cadre de leur visite médicale annuelle de congé. Les tests ont été répétés neuf mois plus tard. Des analyses d'urines ont été effectuées pour la détection des cas de pararickettsioses et gonorrhée, avec traitement des hommes dont les résultats étaient positifs ou souffrant d'ulcères génitaux. Les chercheurs avaient accès aux dossiers tenus à l'hôpital minier concernant les visites de patients externes durant la période de décembre 1995 à juin 1997. Le nombre total de ces visites a été comparé au nombre moyen de visites pour MST de chaque centre d'hébergement pour les périodes de décembre 1995 à juin 1996 et de décembre 1996 à juin 1997.

Un total de 407 femmes se sont rendues à la clinique mobile au début de l'étude; 235 y sont retournées plus d'une fois, et 172, au moins trois fois. Les femmes suivies sur au moins trois visites avaient, en moyenne, 33,9 ans. Pour celles qui avaient des partenaires réguliers, le nombre moyen était de 1,9; 26% avaient déjà utilisé le préservatif avec un partenaire régulier. Environ 65% avaient déjà souffert d'une MST, pour laquelle 43% ne s'étaient pas fait soigner. Vingt-six pour cent des femmes venues au moins trois fois à la clinique ont déclaré être prostituées, recevant, en moyenne, 2,3 à 2,4 clients par jour. Bien que 32% d'entre elles aient déclaré utiliser parfois le préservatif, 7% seulement y avaient eu recours durant leur dernière journée de travail.

Au début de l'étude, une infection gonorrhéique avait été diagnostiquée pour 17% des femmes, et de pararickettsioses pour 14%. Vingt-cinq pour cent des femmes présentaient au moins l'une de ces infections et 6% souffraient d'ulcères génitaux symptomatiques provoqués par une infection bactérienne. La prévalence des MST diminuait à chaque visite successive. Les taux de gonorrhée et de pararickettsioses étaient ainsi tombés à 8% et 4%, respectivement, au niveau de la deuxième visite, et à 5% et 1% au niveau de la quatrième. La prévalence des ulcères symptomatiques s'était par ailleurs réduite à 2% lors de la deuxième visite, et à moins de 1% lors de la quatrième.

Dans le sous-ensemble des femmes venues au moins trois fois à la clinique, les taux initiaux de gonorrhée et de pararickettsioses étaient de 15% et 14%, respectivement; 10% présentaient des ulcères génitaux. La prévalence des infections gonorrhéiques et des pararickettsioses était passée à 10% et 5%, respectivement, au moment de la deuxième visite, puis à 8% et 3% au moment de la troisième. La prévalence des ulcères symptomatiques était, elle, tombée à moins de 1% lors de la deuxième visite, puis remontée à 1% lors de la troisième.

Selon les auto-déclarations, la proportion des prostituées qui avaient utilisé le préservatif avec tous leurs clients durant leur dernière journée de travail antérieure à leur visite à la clinique avait augmenté régulièrement, de 2% lors de la première visite à 7% lors de la deuxième, 28% lors de la troisième et 53% lors de la quatrième. L'utilisation du préservatif dans les rapports avec des partenaires réguliers n'avait pas changé de manière significative.

Parmi les mineurs, la prévalence des pararickettsioses présentait une baisse significative, de 7% lors de la visite initiale à 4% neuf mois plus tard. La faible réduction du taux d'infection gonorrhéique (de 5% à 3%) n'est pas statistiquement significative. La proportion des hommes atteints d'une infection ou des deux avait diminué significative-

ment, de 11% à 6%. La prévalence des ulcères génitaux s'était aussi amoindrie, de 6% à 1%.

Les données de l'hôpital minier semblent indiquer une baisse des taux de MST particulièrement importante parmi les hommes logés dans les centres les plus proches de la clinique mobile. Parmi les travailleurs logés dans le voisinage immédiat de la clinique, la proportion de ceux venus faire soigner une MST à l'hôpital avait diminué de 22% entre la période de décembre 1995 à juin 1996 et la période comparable de l'année suivante. Les demandes de soin de MST parmi les hommes vivant dans un rayon de deux à quatre kilomètres de la clinique mobile

avaient diminué dans une moindre mesure (9%) durant la même période. Par contre, la proportion des hommes en quête de soins de MST vivant à au moins cinq kilomètres du centre d'intervention, avait augmenté de 34%.

Les auteurs d'un éditorial d'accompagnement attirent l'attention sur le fait que ce programme a été mené dans une population restant en place pendant plusieurs mois à la fois et que les réductions observées ne le seraient peut-être pas dans un environnement moins stable (une ville portuaire ou un centre de transports urbain, par exemple).² Ils soulignent du reste que les cliniques mobiles et les traitements de masse mensuels ne sont pas nécessai-

rement praticables et financièrement possibles dans tous les contextes. Ils n'en concluent pas moins que les résultats de l'étude «illustrent l'importance de l'apport de prestations à ceux qui en ont besoin, surtout dans les régions présentant une population marginale et dépourvue». – I. Olenick

Références

1. Steen R et al., Evidence of declining STD prevalence in a South African mining town community following a core-group intervention, *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27(1):1-7.
2. Van Dam J et Holmes KK, Effectively reaching the core and a bridge population with a four-component intervention, editorial, *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27(1):9-11.

La gravité de l'ablation génitale de femmes est liée aux complications rencontrées plus tard

Plus de neuf femmes sur 10 se rendant dans certaines cliniques rurales du Burkina Faso et urbaines et rurales du Mali ont subi une forme ou une autre d'ablation génitale. Selon les données d'observation recueillies dans ces cliniques, la clitoridectomie est la forme d'ablation la plus courante parmi les femmes du Burkina Faso, tandis que l'excision est le type le plus souvent observé au Mali.¹ Par rapport aux femmes soumises à l'excision, celles ayant subi l'infibulation étaient plus susceptibles de souffrir de complications gynécologiques ou obstétriques plus tard dans la vie, et celles soumises à la clitoridectomie l'étaient moins.

Les femmes ayant reçu des prestations incluant un examen pelvien dans les cliniques considérées du Mali et du Burkina Faso ont été invitées à participer à une étude des complications associées aux ablations génitales. Des 1.920 et 5.337 femmes abordées, respectivement, au Burkina Faso et au Mali, aucune n'a refusé. Le personnel clinique formé en matière d'anatomie féminine, d'identification et classification des types d'ablation génitale et des conséquences gynécologiques et obstétriques possibles de cette ablation a rapporté la présence et le type d'ablation (conformément aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé), ainsi que les complications afférentes éventuellement observées durant l'examen pelvien. Les femmes avaient également fourni des informations relatives à leurs accouchements et à leurs caractéristiques socio-démographiques.

Les études ayant été menées séparément dans les deux pays, la méthodologie et l'échantillonnage diffèrent quelque

peu. Au Burkina Faso, l'étude a été menée dans 21 cliniques rurales, d'avril à juillet 1998. Pour le Mali, les données ont été recueillies auprès de quatre cliniques rurales et quatre cliniques urbaines, dans le cadre d'une étude plus vaste sur l'ablation génitale, entre les mois de juillet et septembre 1998. Au Burkina Faso, le personnel clinique a enregistré les informations relatives aux signes d'infection génitale et demandé aux femmes si elles avaient eu des enfants mort-nés. Au Mali, ces informations n'ont pas été recueillies. Au Burkina Faso, les participantes étaient des femmes âgées de 15 à 55 ans. Comme il n'y avait pas de limite d'âge au Mali, des données relatives aux fillettes de moins de 14 ans ont été recueillies, parmi lesquelles sept souffrant de complications immédiates de l'ablation génitale.

Environ deux tiers des femmes de chaque échantillon étaient âgées de 15 à 29 ans (66% au Burkina Faso et 71% au Mali). Toutes celles du Burkina Faso et 21% de celles du Mali vivaient en milieu rural. Dans les deux pays, la grande majorité des femmes examinées (88% à 89%) étaient en union matrimoniale monogame ou polygame, et plus de la moitié étaient analphabètes. La moitié, environ, des femmes de chaque échantillon étaient venues à la clinique pour des soins d'hygiène de la grossesse (57% au Burkina Faso et 49% au Mali); les autres raisons courantes étaient l'accouchement, le planning familial et les soins gynécologiques ou postnatals.

L'ablation génitale était presque universelle parmi les femmes examinées dans les cliniques. Quatre-vingt-treize pour cent de celles du Burkina Faso et 94% des Ma-

liennes avaient subi une forme d'ablation. Au Mali, l'ablation était plus courante parmi les habitantes des milieux ruraux que parmi les citadines (98% par rapport à 93%). Au Burkina Faso, les femmes âgées de 35 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir subi une ablation que celles de 15 à 24 ans (97% par rapport 90%). Aucune différence n'est apparue, d'une tranche d'âge à l'autre, au Mali.

La prévalence des différents types d'ablation variait substantiellement entre les femmes des deux études. La clitoridectomie (ablation partielle ou totale du prépuce ou du clitoris ou des deux) était le type le plus répandu au Burkina Faso (56%) mais n'avait été pratiquée que sur 21% des femmes excisées au Mali. En revanche, la proportion des femmes ayant subi l'excision (ablation du clitoris et partielle ou totale des petites lèvres) au Mali était presque le double de celle au Burkina Faso (74% par rapport à 39%). Cinq pour cent des femmes examinées dans chaque pays avaient subi l'infibulation, dans laquelle l'orifice vaginal est presque complètement suturé après ablation totale ou partielle des organes génitaux externes.

La comparaison de la prévalence des types d'ablation entre les femmes de 15 à 24 ans et celles de 35 ans et plus n'a révélé aucune différence au Burkina Faso, et de faibles différences au Mali. Les femmes plus âgées étaient légèrement plus susceptibles d'avoir subi l'excision (80% par rapport à 75%) et légèrement moins susceptibles d'avoir subi l'infibulation (3% par rapport à 6%).

Quatorze et cinq pour cent, respectivement, de l'ensemble des femmes ayant subi une forme d'ablation génitale au Bur-

kina Faso et au Mali avaient connu au moins une complication de nature gynécologique. Au Burkina Faso, les complications le plus souvent déclarées étaient les chéloïdes (62%) et le rétrécissement vaginal (20%). Au Mali, les complications gynécologiques le plus souvent observées étaient les hémorragies (52%) et le rétrécissement vaginal (13%).

Dans une analyse de régression logistique, la probabilité pour une femme de présenter les symptômes d'une complication gynécologique était liée au type d'ablation subi. Par rapport aux femmes qui avaient subi l'excision, celles soumises à la clitoridectomie étaient 29% à 39% moins susceptibles de connaître de complications, tandis que les femmes ayant subi l'infibulation étaient plus susceptibles d'en avoir eues (rapports de probabilité de 2,4 à 2,5).

Au Burkina Faso, les femmes ayant subi une forme d'ablation étaient plus susceptibles que les autres de rapporter l'existence de complications de nature obstétrique lors de leurs accouchements antérieurs (rapport de probabilité de 2,2); les musulmanes étaient moins susceptibles d'avoir connu de complications que les autres femmes (rapports de probabilité de 0,7 pour les complications gynécologiques observées, et de 0,7 pour les complications obstétriques antérieures rapportées). Au Mali, les citadines étaient plus susceptibles que leurs homologues des milieux ruraux d'avoir eu des complications (rapports de probabilité de 1,9 pour les complications gynécologiques, et de 2,7 pour les complications obstétriques).

Les informations relatives aux complications de nature obstétrique se sont avé-

rées différentes d'une étude à l'autre. Au Mali, les complications rencontrées par les 1.468 femmes venues à la clinique pour accoucher ont été notées par le personnel. Environ 24% avaient eu des complications, réparties entre 12% d'épisiotomies, 6% de déchirures périnéales, 3% d'hémorragies et 3% de césariennes. Au Burkina Faso, où les femmes avaient été interrogées sur les problèmes rencontrés lors de leurs accouchements antérieurs, 51% avaient signalé une complication, soit 34% d'épisiotomies, 9% de travail compliqué, 5% de déchirures périnéales, 1% de césariennes et 2% d'autres difficultés.

Associées à tous les types d'ablation, les complications de nature obstétrique variaient aussi en fonction du type d'ablation. Les femmes intactes étaient moins susceptibles d'avoir connu de telles complications (rapports de probabilité de 0,3 au Burkina Faso et de 0,2 au Mali). Au Burkina Faso, les femmes qui avaient subi l'excision ou l'infibulation étaient plus susceptibles d'avoir vécu une complication obstétrique que celles qui avaient subi la clitoridectomie (rapports de probabilité de 1,3 et 2,3, respectivement). Au Mali, les femmes excisées étaient plus vulnérables à ces complications que celles qui avaient subi la clitoridectomie (rapport de probabilité de 1,8).

Au Burkina Faso, où les prestataires ont enregistré des informations relatives aux symptômes d'infection génitale, l'analyse de régression logistique indique que les femmes ayant subi une forme d'ablation sont plus susceptibles d'avoir des pertes vaginales et autres symptômes potentiellement indicateurs d'infection (1,7), sans

qu'aucune différence n'apparaisse toutefois dans cette catégorie suivant le type d'ablation subi.

Les chercheurs soulignent les limitations des études. On ne sait par exemple pas si les femmes fréquentant les cliniques étaient représentatives de l'ensemble de la population féminine locale, surtout dans les régions rurales du Mali, où les taux de fréquentation des cliniques sont faibles. La collecte de données relatives aux complications gynécologiques est par ailleurs limitée aux femmes qui avaient subi une forme d'ablation génitale, rendant impossible la comparaison avec les femmes intactes. La formation du personnel, également variable, pourrait expliquer, selon les chercheurs, les différences de prévalence des complications observées dans les cliniques rurales et urbaines du Mali. Enfin, aucune des études n'a recueilli d'informations sur les autres conséquences potentiellement négatives de l'ablation génitale (ses effets sur la vie sexuelle de la femme, notamment). Les chercheurs notent cependant «la rareté des empiriques sur le rapport entre l'ablation génitale et les complications [de nature gynécologique et obstétrique]», concluant que leur étude fournit des données relatives à l'ablation génitale féminine obtenues par observation directe et présentant peut-être «une plus grande validité que les auto-déclarations des femmes».

—M. Moore

Référence

1. Jones H et al., Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(3):219-230.

La transmission du VIH à l'enfant par le lait maternel se produit pour la plupart peu après la naissance

Le risque de contracter le VIH avant l'âge de deux ans pour les enfants nés de mère séropositive dans le cadre d'un essai clinique au Kenya était réduit de moitié s'ils avaient été nourris au sein plutôt qu'au lait en poudre, la différence étant entièrement attribuable à l'allaitement. Plus de la moitié de ceux contaminés par le lait maternel avaient contracté le virus durant les six premières semaines de leur vie. Les enfants nourris au sein et ceux alimentés exclusivement au lait en poudre présentaient des taux de mortalité comparables, mais le taux de survie sans contamination était significativement plus élevé parmi les enfants nourris au lait en poudre.¹

Les mères avaient été recrutées parmi les clientes, séropositives au VIH et ayant

accès à de l'eau potable, de quatre cliniques d'hygiène de la grossesse de Nairobi, entre les mois de novembre 1992 et juillet 1998. Elles avaient été informées sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, sur les risques et les avantages de l'alimentation au lait en poudre et de l'allaitement, et sur la nature de l'étude. Elles avaient également accepté de s'en tenir à une méthode d'alimentation aléatoirement affectée.

La répartition aléatoire s'était produite vers la 32^e semaine de gestation. A ce moment, les participantes au groupe d'alimentation au lait en poudre avaient reçu du lait en poudre gratuit et les instructions de préparation correspondantes. Une assistance sur les pratiques d'alimentation

avait été mise à leur disposition pendant toute la durée de l'étude. Les femmes et leur nourrisson ont été suivis à intervalles mensuels durant la première année, puis trimestriels durant la seconde. A chaque visite de suivi, les femmes devaient produire un rapport historique intermédiaire et étaient soumises, ainsi que leur enfant, à un examen physique. Le lait maternel et le sang de l'enfant étaient testés à intervalles réguliers.

Les analyses reposent sur les données de 401 femmes et de leur nourrisson (deuxième jumeau à la naissance exclu); 197 avaient été affectées au groupe d'allaitement au sein et 204 au groupe d'alimentation au lait en poudre. Dans les deux groupes, l'âge médian des femmes

était de 23 ans; trois quarts étaient mariées, et le niveau socio-économique était faible. Au moment de l'inscription, les deux groupes présentaient des résultats de tests de séropositivité comparables. Les caractéristiques de grossesse, travail, accouchement et néonatalité étaient également identiques. L'état de séropositivité au VIH était disponible pour 83% des enfants au terme de l'étude, et les données de mortalité l'étaient pour 93%.

Les femmes du groupe d'alimentation au lait en poudre ont été classifiées comme ayant respecté la méthode affectée si elles n'avaient donné que du lait en poudre à leur enfant. Celles du groupe d'alimentation au sein ont été considérées en conformité dès le moment où elles avaient allaité, même partiellement. Le niveau de conformité s'est avéré significativement inférieur dans le groupe d'alimentation au lait en poudre (70%) par rapport au groupe d'allaitement (96%). La durée médiane de l'allaitement était de 17 mois.

Au total, 92 nourrissons avaient contracté le VIH avant l'âge de deux ans—61 de ceux nourris au sein et 31 de ceux alimentés au lait en poudre. La probabilité cumulative d'infection était de 37% parmi les nourrissons allaités et de 21% parmi ceux nourris au lait en poudre. Comme les deux groupes de femmes étaient comparables au moment de l'inscription à l'étude, les chercheurs expliquent que la différence entre les taux de contamination doit être imputable à la méthode d'alimentation. De plus, la différence de 16 points entre les taux relevés laisse entendre que 44% des infections dans le groupe d'allaitement ont eu pour véhicule le lait maternel. Les chercheurs soulignent toutefois aussi qu'étant donné qu'une proportion considérable du groupe d'alimentation au lait en poudre n'avait pas observé scrupuleusement la méthode (ces femmes ayant donné le sein à leur enfant à un moment ou l'autre), les résultats sous-estiment le rôle du lait maternel dans la transmission du VIH.

En comparant les probabilités cumulatives d'infection des deux groupes à différents points de la période d'étude, les chercheurs ont découvert que la plupart des contaminations imputables à l'allaitement s'étaient produites peu après la naissance. Si la probabilité d'infection ne présentait pas de différence significative entre les deux groupes à la naissance, elle était de 10 points de pourcentage supérieure parmi les enfants nourris au sein à l'âge de six semaines. Cette différence représente 63% de la différence cumulative de 16 points à l'âge de deux ans. Les trois

quarts de la différence cumulative sont vérifiés dès l'âge de six mois, et 87% dès l'âge de un an.

Dans chaque groupe, environ un enfant sur cinq est mort durant la période de l'étude. Les taux de mortalité ne différaient à aucun point de la période de deux ans. Par contre, la proportion d'enfants vivants et sans signe d'infection à l'âge de deux ans était significativement supérieure dans le groupe de ceux nourris au lait en poudre (70% par rapport à 58% parmi ceux nourris au sein).

Les résultats de l'étude semblent indiquer que l'usage exclusif du lait en poudre pourrait réduire substantiellement le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les chercheurs soulignent cependant que «les risques associés au lait en poudre sont spécifiques à chaque communauté... Dans les communautés du monde en développement où l'eau potable et les connaissances relatives au lait en poudre sont limitées, la balance des risques et des avantages pourrait être inversée». Cela d'autant plus que la plupart des femmes séropositives au VIH d'Afrique subsaharienne n'ont pas les moyens d'acheter du lait en poudre. «La priorité actuelle, concluent les chercheurs, est d'assurer les interventions aptes à empêcher les contaminations infantiles répandues au VIH-1».

—D. Hollander

Référence

1. Nduati R et al., Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial, *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(9):1167-1174.

L'accès à des services de planning familial augmente la pratique contraceptive

Les Marocaines ayant l'intention de pratiquer la contraception dans le futur sont beaucoup plus susceptibles de concrétiser cette intention lorsqu'elles vivent dans une communauté leur donnant aisément accès à des services de planning familial de haute qualité. De plus, selon une étude fondée sur les données de femmes interviewées dans le cadre de l'Enquête démographique et de santé du Maroc (EDSM) de 1992 et l'Enquête par panel du Maroc de 1995, l'environnement d'offre du planning familial exerce également une forte influence sur la probabilité d'adoption d'une méthode parmi les femmes n'ayant pas indiqué leur intention d'en pratiquer une dans le futur.¹

L'EDSM avait porté sur 9.256 femmes âgées de 15 à 49 ans réparties en 212 grappes d'échantillonnage. Les participantes avaient été interrogées sur leurs désirs de fécondité, ainsi que sur leur pratique courante de la contraception et sur leur intention de pratiquer une méthode dans le futur. En 1995, dans l'Enquête par panel du Maroc, 107 des grappes d'échantillonnage de l'EDS ont été reprises, et 3.168 des participantes originales, réinterviewées.

De ces femmes, 770 ont été exclues de l'analyse car elles pratiquaient la contraception en 1992, 1.435, car elles étaient célibataires au moment de l'une des entrevues, et 53, car elles n'étaient pas mariées au même homme à l'occasion des deux entrevues. L'échantillon final comptait ainsi 910 femmes.

Le module de disponibilité de service de l'EDS a servi à l'obtention de données sur l'infrastructure communautaire et l'environnement de l'offre de services de planning familial auprès d'informateurs communautaires et par le biais de visites aux établissements implantés dans les communautés types.

Les 107 grappes d'échantillonnage se trouvaient toutes dans un rayon de 30 kilomètres d'au moins un établissement offrant des services de planning familial (hôpitaux, cliniques publiques et privées, médecins privés et pharmacies). La distance médiane d'accès à un prestataire était de sept kilomètres dans les zones rurales et de moins d'un kilomètre en milieu urbain. Dans les milieux urbains aussi bien que ruraux, les grappes étaient le plus susceptibles de se trouver dans un rayon de 30 kilomètres d'une pharmacie (100% par rapport à 72%) ou d'une clinique publique (97% par rapport à 100%). Les grappes rurales étaient moins susceptibles de se trouver dans un rayon de 30 kilomètres d'un médecin privé (42% par rapport à 81% en milieu urbain), d'un hôpital (25% par rapport à 80%) ou d'une clinique privée (14% par rapport à 53%), mais elles étaient plus susceptibles d'être servies par un système de distribution communautaire (69% par rapport à 45%). En moyenne, les établissements ruraux avaient moins de méthodes contraceptives en stock que les centres urbains, moins de personnel formé à la prestation de planning familial et ils disposaient d'un moindre niveau d'infrastructure (eau courante, électricité, tables d'examen gynécologique, etc.)

Environ 51% des femmes soumises à l'enquête avaient utilisé une méthode contraceptive entre 1992 et 1995. La proportion était beaucoup plus élevée parmi

celles qui avaient déclaré leur intention de pratiquer une méthode en 1992 (73% par rapport à 30% des autres). Par rapport aux non-utilisatrices, les femmes qui pratiquaient la contraception étaient plus jeunes et plus susceptibles d'être alphabétisées et de vivre en milieu urbain, ainsi que de vivre dans une maison dotée d'un sol en ciment et dans une région bénéficiant d'un système d'égouts publics.

Quatre sur sept facteurs d'offre étaient indépendamment liés à la pratique contraceptive: disponibilité de méthode à la clinique publique la plus proche, nombre d'infirmières à la clinique publique la plus proche, nombre de membres du personnel formés à l'offre de services de planning familial au centre de prestations le plus proche et niveau d'infrastructure au lieu de prestation privé le plus proche.

Analyse multidimensionnelle

Les enquêteurs ont procédé par modèle statistique à double équation pour estimer les effets des facteurs d'offre et des intentions contraceptives sur la pratique contraceptive réelle. Un modèle d'effets principaux a servi à identifier les facteurs d'influence des intentions contraceptives en 1992, tandis qu'un deuxième modèle interactif examinait les effets éventuels des intentions de contraception sur le rapport entre les facteurs d'offre de planning familial et l'adoption d'une méthode.

Dans le modèle des effets principaux, les femmes totalement alphabétisées ou vivant dans une maison dotée d'un sol cimenté étaient significativement plus susceptibles, en 1992, d'avoir l'intention de pratiquer une méthode contraceptive. Celles âgées de 35 ans et plus et vivant dans des communautés sans égouts l'étaient en revanche beaucoup moins. Des variables d'offre, le nombre d'infirmières, le nombre de membres du personnel formés au planning familial et le niveau de disponibilité des méthodes à la clinique la plus proche étaient associés à l'intention de recours à la contraception.

L'analyse de la pratique contraceptive dans le modèle des effets principaux indique que, toutes autres variables restant constantes, l'intention contraceptive n'est pas un facteur de prédiction significatif de pratique contraceptive ultérieure. Les femmes qui vivaient dans une maison dotée d'un sol cimenté étaient significativement plus susceptibles d'adopter une méthode entre 1992 et 1995, tandis que celles âgées de 25 ans et plus l'étaient significativement moins. La disponibilité de méthodes à la clinique publique la plus proche, dont l'effet sur la pratique contraceptive était positif, constituait la seule variable d'offre associée à un effet significatif.

Les résultats du second modèle se sont avérés presque identiques à ceux du premier, sauf en ce qui concerne l'effet produit sur l'adoption du planning familial par la disponibilité de méthodes à la clinique la plus proche: cette variable présentait un effet positif significatif parmi les femmes qui avaient déclaré ne pas avoir l'intention de pratiquer une méthode en 1992, mais elle était sans effet sur celles qui avaient déclaré leur intention d'adopter une méthode.

Résultats de la simulation

Pour déterminer l'importance des effets observés dans le cadre de l'étude, les enquêteurs ont effectué une série de simulations comparant les proportions des femmes ayant l'intention de pratiquer la contraception en 1992 et pratiquant effectivement une méthode en 1995 dans des circonstances d'offre minimale, réelle ou optimale (telles que déterminées en fonction de la disponibilité de méthodes, du nombre d'infirmières, du nombre de membres du personnel formés aux services de planning familial et du niveau d'infrastructure). Selon les simulations, 29% auraient l'intention de pratiquer une méthode dans des circonstances minimales d'offre, et 65% dans des circons-

tances optimales (par rapport à 52% dans les circonstances réelles).

Les simulations d'adoption de méthode indiquent que 37% de l'ensemble des femmes adopteraient probablement une méthode dans des circonstances minimales d'offre, par rapport à 58% si les circonstances étaient optimales (cela par rapport à 52% dans les circonstances réelles). Parmi les femmes ayant déclaré une intention de pratique contraceptive, ces proportions étaient de 60% et 71% (par rapport à 69%). Parmi celles qui n'avaient pas déclaré cette intention, toutefois, les proportions étaient de 13% et 45% (par rapport à 35%).

Discussion

Les enquêteurs notent que leurs observations confirment l'importance des facteurs d'offre autant que de demande dans la détermination des comportements contraceptifs. Ils soulignent cependant plusieurs observations inattendues: les intentions ne prédisent pas l'utilisation d'une méthode sous contrôle des autres facteurs; les facteurs d'offre sont plus susceptibles d'être liés à l'intention qu'à la pratique réelle; et l'effet des variables d'offre sur la pratique est plus puissant parmi les femmes qui n'ont pas l'intention de pratiquer une méthode. Les enquêteurs émettent la théorie selon laquelle «dans un contexte tel que celui du Maroc, où le planning familial est socialement accepté et où les services sont plutôt largement accessibles, les femmes désireuses de maîtriser leur fécondité réussissent généralement à trouver d'autres sources de prestations et d'approvisionnement, même lorsque certains aspects des environnements d'offre locaux ne répondent pas pleinement à leurs besoins». —M.L. O'Connor

Référence

1. Magnani RJ et al., The impact of the family planning supply environment on contraceptive intentions and use in Morocco, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(2): 120-132.