

Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence: analyse multinationale

CONTEXTE: À l'échelle mondiale, l'évidence obtenue de données de population concernant la connaissance et l'usage de la contraception d'urgence est limitée. Cette information serait pourtant utile à l'amélioration de l'accès à la méthode. Nous avons examiné ces facteurs dans 45 pays sur la base de données d'enquêtes en population.

MÉTHODES: Les données d'EDS (Enquête démographique et de santé) relatives aux femmes âgées de 15 à 49 ans ont été analysées par pays, par régression logistique, afin d'identifier les associations entre les caractéristiques des femmes et leur sensibilisation ou recours éventuel à la contraception d'urgence. Les tendances ont été examinées, par région et à l'échelle mondiale, en fonction de descripteurs individuels, de ménage et de communauté, notamment l'âge, le niveau d'éducation, l'état matrimonial, le statut socioéconomique et le lieu de résidence urbain ou rural des femmes.

RÉSULTATS: La proportion des femmes qui avaient entendu parler de la contraception d'urgence varie entre 2% au Tchad et 66% en Colombie et celle des femmes sexuellement expérimentées qui y avaient eu recours, entre 0,04% au Tchad et 12% en Colombie. La probabilité d'avoir entendu parler de la méthode ou d'y avoir eu recours augmente généralement avec la richesse et, bien que le rapport entre l'état matrimonial et la sensibilisation à la méthode varie d'une région à l'autre, les femmes qui n'avaient jamais été mariées sont plus susceptibles que celles mariées d'avoir utilisé la contraception d'urgence dans les pays présentant une différence significative. Dans certains pays, le lieu de résidence urbain est associé à la sensibilisation à la méthode, mais les femmes urbaines ne sont plus susceptibles d'y avoir eu recours que dans trois pays.

CONCLUSIONS: Nos observations s'inscrivent au soutien d'une plus large dissémination de l'information sur la contraception d'urgence, en particulier auprès des personnes à moindres revenus. Les variations du recours et de la connaissance au sein des régions laissent entendre la nécessité d'adaptation des programmes aux caractéristiques de chaque pays.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2015, pp.1–8, doi: 10.1363/FR00115

Par Tia Palermo,
Jennifer Bleck et
Elizabeth Westley

Tia Palermo est professeur adjointe, Program in Public Health, Department of Preventive Medicine, Stony Brook University, State University of New York. Jennifer Bleck est candidate au doctorat, Department of Community and Family Health, College of Public Health, University of South Florida. Elizabeth Westley est coordinatrice, International Consortium for Emergency Contraception, Family Care International, New York.

On dit parfois de la contraception d'urgence qu'il s'agit du «secret le mieux gardé» dans le domaine de la santé reproductive car, malgré son potentiel unique à venir en aide aux femmes pour éviter une grossesse et réaliser leurs intentions reproductives, les taux d'utilisation et de conseil relatifs à la méthode sont plutôt faibles.¹ Depuis l'introduction sur le marché des pilules contraceptives d'urgence dédiées vers le milieu des années 1990, l'accueil qui leur a été réservé et leur adoption dans les pays en développement n'ont guère fait l'objet de recherches approfondies. Ce manque d'analyse du recours à la contraception d'urgence explique la rareté des indications disponibles quant aux stratégies concrètes d'élargissement de l'accès à la méthode. Même dans les pays qui bénéficient d'un investissement considérable de la part de bailleurs de fonds, d'ONG ou de gouvernements en faveur de cet élargissement, tels que le Mexique, le Kenya et le Nigeria, les stratégies programmatiques et leur impact ne sont guère documentés. La plupart des études évaluant les tendances relatives à la connaissance et à l'utilisation de la contraception d'urgence dans

les pays en développement ont été menées sur des échantillons non aléatoires limités, plutôt que sur les données de population. Au Ghana, en Jamaïque et au Kenya, les études reposent sur des échantillons de femmes qui se procurent la méthode en pharmacie;^{2–4} tandis qu'au Honduras, au Mexique, en Égypte et en Chine, il s'agit de femmes échantillonnées dans les établissements de santé.^{5–10} Quelques études en population, menées dans certaines villes du Nigeria et du Kenya, font l'exception.^{11,12} Les données limitées disponibles indiquent que les femmes qui présentent les plus hauts degrés de connaissance ou d'utilisation de la contraception d'urgence sont celles dotées de niveaux d'études supérieurs,^{2,5–8,11} celles vivant en milieu urbain⁶ et celles qui pratiquent^{7,8,10} ou ont pratiqué¹¹ une méthode de contraception moderne.

Étant donné le caractère peu généralisable de la plupart des études existantes, nous avons cherché à combler le vide relatif à ces connaissances en analysant des données portant sur la contraception d'urgence nationalement représentatives de 45 pays d'Afrique, d'Asie, d'Europe et Asie

de l'Ouest et d'Amérique latine et Caraïbes. Nous étudions ainsi la proportion de femmes qui ont entendu parler de la contraception d'urgence et celle de femmes sexuellement expérimentées qui y ont eu recours, puis nous examinons les caractéristiques individuelles, de ménage et de communauté associées à ces deux critères. Notre hypothèse est que les femmes plus instruites, plus riches, plus jeunes et urbanisées ont probablement plus de chances que les autres d'avoir entendu parler de la contraception d'urgence ou de l'avoir utilisée.

MÉTHODES

Données et échantillon

Les données analysées proviennent d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS), qui sont des enquêtes démographiques réalisées auprès des ménages permettant l'obtention de données de haute qualité pour un large éventail d'indicateurs de population, de santé et de nutrition. Nous avons en l'occurrence utilisé les données des 45 pays dont l'enquête la plus récente réalisée entre 2000 et 2012 couvre la contraception d'urgence.* Depuis 1999, la contraception d'urgence est abordée dans les questionnaires destinés aux femmes, généralement administrés à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans et dont les rubriques touchent à la fécondité, au comportement sexuel et à la planification familiale. Dans certains pays soumis à l'analyse, toutefois, les questions de fécondité et de nature sexuelle ne sont posées qu'aux femmes mariées ou l'ayant été (Égypte, Indonésie, Jordanie, Maldives, Pakistan et Turquie). Les analyses relatives à la connaissance de la contraception d'urgence couvrent l'échantillon complet des répondantes auxquelles le questionnaire destiné aux femmes a été administré, tandis que celles relatives à son utilisation n'incluent que les femmes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels.

Mesures

Les principaux points d'intérêt de l'étude sont la connaissance et l'utilisation éventuelle de la contraception d'urgence. Lors des interviews d'EDS, les femmes ont d'abord été invitées à indiquer les méthodes de planification familiale dont elles avaient entendu parler. Elles ont ensuite été interrogées sur les méthodes spécifiques qu'elles n'avaient pas mentionnées spontanément, à l'aide des termes utilisés localement. Pour la contraception d'urgence, l'appellation «pilule du lendemain» ou le nom des marques localement disponibles ont été utilisés. Pour chaque méthode reconvenue, y compris la contraception d'urgence, la répondante a ensuite été invitée à indiquer si elle y avait déjà eu recours.

Les variables indépendantes de l'analyse sont les caractéristiques individuelles (âge, état matrimonial et niveau d'études), la richesse du ménage et les caractéristiques communautaires (milieu urbain ou rural et région). L'état matrimonial est subdivisé en trois catégories: actuellement mariée (ou en union), jamais mariée et antérieurement mariée (veuve, divorcée ou séparée). L'âge est réparti en intervalles de cinq ans, à commencer par la tranche de 15

à 19 ans. Trois niveaux d'études sont considérés: inférieur au niveau primaire (nul ou études primaires incomplètes), primaire terminé et niveau secondaire ou supérieur quelconque. La richesse du ménage se définit en quintiles: le plus pauvre, deuxième, moyen, quatrième et le plus riche).†

Analyse statistique

Nous décrivons les pourcentages de femmes déclarant la connaissance et l'utilisation de la contraception d'urgence par pays et par caractéristiques d'échantillon. Pour étudier les caractéristiques associées de manière indépendante au fait d'avoir entendu parler de la contraception d'urgence ou d'y avoir eu recours, nous avons exécuté des modèles logistiques multivariés de pays, avec la connaissance et l'utilisation de la méthode comme variables de résultats distinctes sous contrôle de toutes les variables de niveau individuel, de ménage et de communauté.‡ Des pondérations d'échantillon appropriées ont été utilisées et toutes les analyses tiennent compte du plan d'enquête complexe. Nous avons combiné les catégories de variables indépendantes lorsque les taux d'utilisation étaient trop faibles dans l'une d'entre elles (voir les tableaux pour plus de détails). Pour l'Arménie, la Moldavie et l'Ukraine, il n'a pas été possible d'inclure le niveau d'études dans les modèles de régression multivariés, faute de variabilité des niveaux d'études atteints dans ces pays. Au niveau des analyses préliminaires, nous avons testé les différences en fonction de la religion mais, n'ayant relevé aucune variation significative, nous avons éliminé les indicateurs de religion afin de produire des modèles plus parcimonieux, au profit d'une meilleure comparabilité des pays.

RÉSULTATS

Panorama mondial et régional

La proportion de femmes qui ont entendu parler de la contraception d'urgence est la plus élevée en Colombie (66%) et en Ukraine (49%) et la plus faible au Tchad (2%) et au Timor-Leste (3%; tableau 1, page 3). Parmi les femmes sexuellement actives ou l'ayant été, la proportion déclarant avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence varie entre moins de 0,1% au Tchad et 12% en Colombie.

La connaissance et l'utilisation de la méthode varient considérablement au sein même des régions. En Afrique, la

*Bien que les données du Congo-Brazzaville répondent aux critères d'inclusion, elles ne sont pas incluses en raison de problèmes de crédibilité des estimations de la connaissance et de l'utilisation déclarés de la contraception d'urgence. Les taux sont deux et 10 fois supérieurs, respectivement, aux taux moyens des autres pays d'Afrique, avec un taux d'utilisation déclaré proche de celui de pays industrialisés tels que les États-Unis et la France.

†Les indicateurs de richesse n'étant pas disponibles dans les données de l'enquête EDS du Nicaragua, nous les avons créés nous-mêmes sur la base d'une cote de niveau de vie des ménages combinant les mesures d'équipement et de bien-être par analyse des composantes principales (source: Filmer D et Pritchett LH, Estimating wealth effects without expenditure data—or tears: an application to educational enrollments in states of India, *Demography*, 2001, 38(1):115–132).

‡Les taux d'utilisation de la contraception d'urgence sont trop faibles pour une analyse individuelle dans les modèles de régression logistique des pays suivants: Azerbaïdjan, Cambodge, Égypte, Guinée, Népal, Niger, Rwanda, Sénégal, Tchad, Timor-Leste et Ouganda.

conscience de l'existence de la contraception d'urgence varie entre 2% (Tchad) et 40% (Kenya) et, parmi les femmes sexuellement expérimentées, la proportion de celles ayant déclaré avoir déjà eu recours à la méthode varie de moins de 0,1% (Tchad) à 4% (Ghana). En Asie, la proportion de femmes connaissant l'existence de la contraception d'urgence varie entre 3% (Timor-Leste) et 29% (Maldives) et le taux d'utilisation parmi les femmes sexuellement actives ou l'ayant été oscille entre 0,1% (Cambodge, Népal et Timor-Leste) et 0,9% (Pakistan). En Europe et Asie de l'Ouest, la proportion de femmes connaissant la contraception d'urgence varie entre 5% (Azerbaïdjan) et 49% (Ukraine) et le taux d'utilisation parmi les femmes sexuellement actives ou l'ayant été s'étend de 1% (Azerbaïdjan) à 6% (Ukraine). Enfin, en Amérique latine et Caraïbes, la proportion de femmes au courant de la contraception d'urgence varie entre 13% (Haïti) et 66% (Colombie) et le taux d'utilisation parmi les femmes sexuellement actives ou l'ayant été, entre 1% (Haïti) et 12% (Colombie).

Afrique

• **Connaissance et caractéristiques des femmes.** Par rapport aux femmes actuellement mariées, celles qui ne l'ont jamais été ont de moindres chances d'avoir entendu parler de la contraception d'urgence dans huit des 24 pays considérés (rapport de probabilité variant de 0,5 au Mali à 0,8 en Namibie), tandis que les femmes antérieurement mariées ont de plus fortes chances d'en avoir entendu parler dans deux des 24 pays: le Bénin (1,4) et le Libéria (1,9; tableaux 1 et 2 Annexes Web); voir www.guttmacher.org/pubs/journals/4007914.pdf. Au Swaziland, toutefois, les femmes qui n'ont jamais été mariées sont significativement plus susceptibles que celles qui le sont actuellement d'avoir entendu parler de la méthode (1,5).

De manière générale, les femmes plus âgées sont plus susceptibles que celles de 15 à 19 ans d'être au courant de la contraception d'urgence, surtout en Afrique australe et en Égypte, bien qu'aucun rapport ne semble exister entre la connaissance et l'âge au Libéria. Les rapports de probabilité varient entre 1,4 dans la tranche de 30 à 34 ans en Namibie et 4,9 dans celle de 35 à 39 ans au Tchad. L'association est positive entre le fait d'avoir entendu parler de la contraception d'urgence et le niveau d'études. Les rapports de probabilité vont de 1,2 au Malawi à 6,4 au Tchad parmi les femmes qui ont terminé leurs études primaires et de 1,6 au Ghana à 10,4 au Tchad parmi celles qui ont atteint un certain niveau d'éducation secondaire ou supérieure, par rapport à celles de niveau inférieur à l'enseignement primaire complet. Les chances d'avoir entendu parler de la contraception d'urgence augmentent aussi avec la richesse dans la plupart des pays d'Afrique, bien que la différence soit faible dans certains et qu'aucune différence n'apparaisse à cet égard au Mali et au Niger. La connaissance de la contraception d'urgence est significativement supérieure parmi les femmes des milieux urbains, par rapport à celles des milieux ruraux en République démocratique du Congo (1,6), à Madagascar (1,3) et au Niger (3,4); au

TABLEAU 1. Nombre et proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont entendu parler de la contraception d'urgence, et nombre et proportion de femmes sexuellement expérimentées dans cette tranche d'âge qui ont déjà utilisé la méthode, par région et par pays

Pays (année d'enquête)	Toutes les femmes		Femmes sexuellement expérimentées	
	N	% ayant entendu parler de la méthode	N	% ayant utilisé la méthode
Afrique				
Bénin (2006)	17.664	10,9	14.756	1,0
Burkina Faso (2003)	12.466	9,4	10.200	0,5
Cameroun (2004)	10.604	18,5	8.889	3,0
Tchad (2004)	6.083	1,6	5.120	<0,1
RDC (2007)	9.958	11,1	8.201	1,3
Égypte (2008)*	16.507	5,6	16.507	0,1
Ghana (2008)	4.876	35,1	3.877	3,5
Guinée (2005)	7.917	3,8	6.615	0,3
Kenya (2008-2009)	8.424	40,1	6.479	2,1
Libéria (2007)	7.045	12,8	6.246	3,4
Madagascar (2008-2009)	17.346	10,0	14.930	0,6
Malawi (2010)	22.929	34,9	18.607	0,9
Mali (2006)	14.518	9,2	12.109	0,3
Namibie (2006-2007)	9.738	20,4	7.482	2,0
Niger (2006)	9.195	3,4	7.515	0,1
Nigeria (2008)	33.141	15,2	26.319	3,4
Rwanda (2005)	11.294	7,7	7.536	0,1
São Tomé-et-Principe (2008-2009)	2.613	17,5	2.190	0,5
Sénégal (2005)	14.546	9,5	10.025	0,2
Sierra Leone (2008)	7.358	6,2	6.098	1,3
Swaziland (2006-2007)	4.960	25,5	3.740	3,4
Ouganda (2006)	8.510	13,5	6.991	0,4
Zambie (2007)	7.138	9,3	5.744	0,6
Zimbabwe (2005-2006)	8.872	14,9	6.708	1,9
Asie				
Cambodge (2005)	16.805	4,8	11.237	0,1
Inde (2005-2006)	124.151	10,7	91.009	0,2
Indonésie (2007)*	32.788	6,3	30.702	0,3
Maldives (2009)*	6.995	28,7	6.459	0,6
Népal (2006)	10.542	5,2	8.500	0,1
Pakistan (2006-2007)*,†	10.005	17,7	10.005	0,9
Philippines (2008)	13.544	9,6	9.448	0,4
Timor-Leste (2009)	13.137	3,2	8.243	0,1
Europe et Asie de l'Ouest				
Albanie (2008-2009)	7.584	28,2	5.392	3,3
Arménie (2005)	6.538	15,4	4.506	1,3
Azerbaïdjan (2006)	8.427	4,6	5.680	0,5
Jordanie (2007)*,†	10.876	20,4	10.876	1,0
Moldavie (2005)	7.401	37,9	5.874	3,8
Turquie (2003)*,†	8.035	16,0	8.035	0,6
Ukraine (2007)	6.808	48,5	5.719	5,8
Amérique latine et Caraïbes				
Bolivie (2008)	16.892	28,2	13.267	2,0
Colombie (2010)	53.521	66,2	43.951	12,2
République dominicaine (2007)	26.880	45,1	21.630	3,4
Haïti (2005-2006)	10.750	13,2	8.502	0,4
Honduras (2005-2006)	19.890	34,8	15.278	1,5
Nicaragua (2001)	13.041	21,3	9.987	1,5

*Femmes ayant été mariées seulement. †Information sur le fait d'avoir eu de rapports sexuels non disponible; la catégorie d'utilisation comprend toutes les femmes ayant été mariées. N.B.: RDC=République démocratique du Congo.

Tchad, cette association est inversée (0,3).

• **Utilisation et caractéristiques des femmes.** Parmi les femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels, l'utilisation de la contraception d'urgence augmente généralement en fonction du niveau d'études. Par rapport aux femmes dotées d'un enseignement inférieur au niveau primaire, celles

ayant atteint un certain niveau secondaire ou supérieur ont de plus fortes chances d'avoir utilisé la méthode dans 12 des 17 pays analysés en fonction de ce résultat (de 1,7 au Cameroun à 5,7 au Swaziland; tableaux 3 et 4 Annexes Web). Le rapport entre la richesse et le recours à la méthode est beaucoup moins prononcé que celui entre la richesse et la connaissance. Dans 10 pays d'Afrique, aucune différence d'usage n'apparaît en fonction de la richesse et, dans les sept pays où la différence est significative, seules les femmes du ou des deux quintiles supérieurs ont plus de chances d'avoir eu recours à la contraception d'urgence que celles du quintile le plus pauvre. Dans trois pays, les femmes des milieux urbains sont plus susceptibles d'avoir utilisé la méthode que celles des milieux ruraux (de 2,8 à Madagascar à 6,9 au Burkina Faso).

Asie

Les femmes non mariées d'Indonésie, des Maldives et du Pakistan n'ont pas été interrogées sur leur connaissance et pratique contraceptives. Dans les cinq autres pays d'Asie compris dans notre échantillon, par rapport aux femmes mariées, celles qui ne l'ont jamais été sont moins susceptibles d'être au courant de la contraception d'urgence dans trois pays (rapport de probabilité variant de 0,01 au Népal à 0,6 au Timor-Leste) et plus susceptibles de l'être aux Philippines (1,4; tableau 5 Annexe Web). Les femmes plus âgées sont plus susceptibles que celles de 15 à 19 ans d'être au courant de la méthode, sauf au Népal où aucune différence n'apparaît à cet égard et aux Maldives où seules les femmes de 45 à 49 ans ont de plus fortes chances d'en avoir entendu parler (1,4). Par rapport aux femmes dotées d'un niveau d'études inférieur au niveau primaire, celles qui ont terminé le niveau primaire sont plus susceptibles d'être au courant de la contraception d'urgence dans quatre pays (de 1,3 aux Maldives à 1,8 au Népal) et celles ayant atteint un certain niveau d'études secondaires ou supérieures sont plus susceptibles d'en avoir connaissance dans tous les pays d'Asie à l'étude (de 1,5 au Cambodge à 3,1 au Népal). La proportion de femmes ayant entendu parler de la méthode augmente généralement avec la richesse, bien que dans une mesure très faible aux Maldives. L'Inde est le seul pays où les femmes des milieux urbains sont plus susceptibles d'avoir entendu parler de la contraception d'urgence que celles des milieux ruraux (1,2).

En Asie, les chances d'avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence ne varient pas en fonction de l'état matrimonial. En Inde, les femmes sexuellement expérimentées de 25 à 39 ans sont plus susceptibles d'avoir utilisé la méthode que celles de 15 à 19 ans (5,9-6,0), alors qu'aux Philippines, celles âgées de 20 à 24 ans (0,1), de 35 à 39 ans (0,2) et de 45 à 49 ans (0,2) sont moins susceptibles d'y avoir eu recours que celles âgées de 15 à 19 ans. La durée des études n'est associée à l'utilisation qu'en Inde, où les femmes qui ont terminé le niveau primaire (2,1) ou atteint un certain niveau secondaire ou supérieur (1,7) sont plus susceptibles d'avoir eu recours à la contraception d'urgence que celles dotées d'un niveau d'études inférieur

au primaire. Le recours n'est associé à la richesse qu'en Inde et au Pakistan. Aucune différence n'apparaît entre le milieu urbain ou rural.

Europe et Asie de l'Ouest

La connaissance ne varie en fonction de l'état matrimonial qu'en Arménie, où les femmes qui n'ont jamais été mariées sont moins susceptibles que celles mariées d'avoir entendu parler de la méthode (rapport de probabilité de 0,6; tableau 6 Annexe Web). Par rapport aux femmes de la tranche d'âge inférieure (dont la définition varie suivant le pays), celles plus âgées sont plus susceptibles d'avoir entendu parler de la méthode dans tous les pays considérés, à l'exception de la Turquie où celles de 30 à 34 ans ont moins de chances d'en avoir entendu parler (0,7). Les différences en fonction du niveau d'études ne sont pas évaluées pour l'Arménie, la Moldavie et l'Ukraine, mais en Albanie, en Jordanie et en Turquie, les femmes ayant atteint un certain niveau d'études secondaires ou supérieures sont plus susceptibles que celles dotées d'un niveau inférieur au niveau primaire d'avoir entendu parler de la contraception d'urgence (de 1,4 en Jordanie à 3,0 en Albanie). Les chances d'avoir entendu parler de la méthode augmentent avec la richesse du ménage en Albanie, en Arménie, en Azerbaïdjan, en Moldavie, en Turquie et en Ukraine, mais pas en Jordanie. Aucune différence de connaissance n'apparaît entre le milieu urbain ou rural.

Parmi les femmes sexuellement expérimentées, celles qui n'ont jamais été mariées sont plus susceptibles que celles actuellement mariées d'avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence dans trois pays (de 1,8 en Ukraine à 25,7 en Arménie) et les femmes antérieurement mariées sont davantage susceptibles d'y avoir eu recours en Ukraine uniquement (1,9). La Jordanie est le seul pays où l'âge est fortement associé à l'utilisation. Par rapport aux femmes de 15 à 24 ans, celles plus âgées ont davantage de chances d'avoir eu recours à la méthode (de 12,1 à 28,8). En Jordanie, les femmes qui ont terminé le niveau d'études primaires sont moins susceptibles d'avoir utilisé la contraception d'urgence que celles qui ne l'ont pas achevé (0,1). Le niveau d'études n'est associé à aucune différence en Albanie et en Turquie. Les différences en fonction du niveau d'études ne sont pas analysées en Arménie, en Azerbaïdjan, en Moldavie et en Ukraine. La probabilité d'avoir utilisé la contraception d'urgence augmente avec la richesse en Albanie, en Jordanie, en Moldavie et en Ukraine, mais pas en Arménie ni en Turquie. L'Ukraine est le seul pays où les femmes des milieux urbains sont plus susceptibles que celles des milieux ruraux d'avoir utilisé la méthode (1,6).

Amérique latine et Caraïbes

Dans cette région, par rapport aux femmes actuellement mariées, celles qui ne l'ont jamais été sont plus susceptibles d'avoir entendu parler de la méthode en Bolivie (1,7) et en Colombie (1,2); elles le sont moins en République dominicaine (0,8) et en Haïti (0,5; tableau 7 Annexe Web). L'âge est associé positivement à la connaissance de

la contraception d'urgence, même si le rapport est relativement faible au Nicaragua. Par rapport aux femmes dotées d'un niveau d'études inférieur au niveau primaire, celles qui ont terminé le niveau primaire sont plus susceptibles d'avoir entendu parler de la méthode (1,3–1,4 pour chacun des quatre pays présentant une association significative), de même que celles ayant atteint un certain niveau d'études secondaires ou supérieures (de 2,0 en Haïti à 3,6 en Bolivie). Un rapport clairement positif apparaît entre la richesse et la connaissance de la contraception d'urgence, sauf en Haïti, où les femmes des deux quintiles les plus riches seulement ont de plus fortes chances d'avoir entendu parler de la méthode. La République dominicaine et le Nicaragua sont les seuls pays où les femmes des milieux urbains sont plus susceptibles d'en avoir entendu parler que celles des milieux ruraux (1,2 et 1,3, respectivement).

Les chances d'avoir eu recours à la contraception d'urgence sont généralement supérieures parmi les femmes sexuellement expérimentées qui n'ont jamais été mariées (de 1,8 au Honduras à 2,2 en Colombie) ou antérieurement mariées (de 1,4 en République dominicaine à 3,5 en Haïti), par rapport aux femmes actuellement mariées. La différence d'utilisation est faible en fonction de l'âge en Haïti et nulle au Honduras, alors qu'en Bolivie et en Colombie, les femmes de 20 à 24 ans sont plus susceptibles que celles de 15 à 19 ans d'avoir utilisé la contraception d'urgence (2,5 et 1,5, respectivement). Les femmes de 25 à 29 ans ont de plus fortes chances d'avoir utilisé la méthode en Bolivie (2,0); en Colombie, en République dominicaine et au Nicaragua, cependant, les femmes de certaines tranches plus âgées sont moins susceptibles d'y avoir eu recours que celles de 15 à 19 ans. Les femmes dotées d'une éducation primaire complète sont plus susceptibles que celles moins instruites d'avoir utilisé la contraception d'urgence en Bolivie (2,7) et, dans tous les pays sauf Haïti et le Nicaragua, celles ayant atteint un certain niveau d'études secondaires ou supérieures ont de plus fortes chances d'y avoir eu recours (de 2,1 en Bolivie à 2,7 en Colombie). Le recours à la méthode augmente avec la richesse en Colombie et au Honduras, mais seules les femmes les plus riches sont plus susceptibles que les plus pauvres d'y avoir eu recours en Bolivie, en République dominicaine et en Haïti. Aucune différence d'utilisation n'apparaît dans cette région entre le milieu de résidence urbain ou rural.

DISCUSSION

Dans l'ensemble, les taux de connaissance et d'utilisation de la contraception d'urgence sont faibles dans les pays soumis à l'étude. Dans 36 de ces 45 pays, le taux d'utilisation est inférieur à 3% parmi les femmes qui ont eu de rapports sexuels. Ces données sont contraires aux allégations d'utilisation généralisée de la méthode dans certains contextes. Par exemple, les rapports médiatiques de recours abusif en Inde et au Kenya ne sont pas corroborés par les niveaux relativement faibles que nous avons observés dans ces pays.^{13–15}

Les taux d'utilisation de la contraception d'urgence

dans les pays à l'étude se sont généralement avérés fort inférieurs à ceux des pays où la méthode est proposée sur le marché depuis plus longtemps. Ainsi, en France et aux États-Unis, environ 17% et 11%, respectivement, de toutes les femmes de 15 à 44 ans ont eu recours à la contraception d'urgence.^{16,17} Dans notre étude, seule la Colombie fait exception à la règle. Plusieurs facteurs expliquent probablement le taux d'utilisation relativement élevé (12%) de la Colombie: le taux global élevé de la pratique contraceptive moderne dans le pays (73% parmi les femmes mariées),¹⁸ les hauts niveaux de développement humain (en ce qui concerne notamment l'alphabétisme et l'accès aux médias)¹⁹ et un secteur commercial relativement libre proposant neuf marques de contraception d'urgence. L'enquête EDS de la Colombie (de même que celle du Malawi) est par ailleurs la plus récente incluse dans notre analyse (2010). Il est probable que l'usage de la méthode augmente chaque année, pendant un certain temps, après l'introduction initiale.

Nos résultats révèlent aussi certaines tendances relatives à la connaissance et à l'utilisation en fonction de la région. De manière générale, les taux d'utilisation de la contraception d'urgence sont les plus faibles en Asie et en Afrique: 16 des 17 pays associés aux taux les plus faibles se trouvent dans ces régions (l'exception est Haïti). Aucun pays d'Asie ne figure dans la moitié supérieure des pays à l'étude en termes de taux d'utilisation, alors que plusieurs pays d'Afrique (Cameroun, Ghana, Libéria, Nigeria et Swaziland) s'y retrouvent. L'Afrique et l'Asie présentent les indices synthétiques de fécondité les plus élevés parmi les régions à l'étude, de sorte que les moindres taux de recours à la contraception d'urgence peuvent y refléter un mélange de préférence pour les familles nombreuses, d'ambivalence à l'égard de la prévention de la grossesse et de manque d'accès à la contraception en général. Mis à part les 17 pays classés aux rangs inférieurs en termes d'usage, la classification globale est plutôt variée par région, suggérant ainsi l'importance des facteurs applicables au niveau du pays.

Nos résultats révèlent en outre plusieurs inégalités socioéconomiques en termes de connaissance et d'accès à la contraception d'urgence. Ainsi, les chances d'avoir entendu parler de la méthode ou d'y avoir eu recours augmentent généralement avec le niveau d'instruction et de richesse. En Afrique, les différences sont prononcées, en ce qui concerne la connaissance, en fonction du niveau d'instruction atteint et de la richesse. Pour ce qui est de l'usage, elles ne le sont que suivant le niveau d'instruction atteint, laissant entendre, peut-être, l'intervention de facteurs liés à la demande. En Asie, où l'usage est généralement le plus faible, les femmes mieux loties du Pakistan et d'Inde (mais pas d'Indonésie, des Maldives ni des Philippines) sont beaucoup plus susceptibles que les plus pauvres d'avoir eu recours à la méthode. Une tendance plus régulière, en termes de statut socioéconomique, se dessine dans la région d'Amérique latine et Caraïbes (à l'exception du Nicaragua), de même que dans quatre des six pays analysés en

Europe et Asie de l'Ouest.

À noter également, les résultats ayant trait au lieu de résidence urbain ou rural et à l'état matrimonial. Concernant le lieu de résidence, aucune différence n'est observée en termes de connaissance ou d'utilisation dans la plupart des pays, si ce n'est que dans ceux qui présentent des associations significatives, les femmes des milieux urbains sont plus susceptibles d'être au courant de la contraception d'urgence et d'y avoir eu recours (sauf les Tchadiennes, dont les taux d'utilisation sont aussi les plus faibles de l'étude). Quant à l'état matrimonial, les résultats varient suivant la région. La tendance est généralement que les femmes qui n'ont jamais été mariées sont moins susceptibles que celles mariées de connaître la méthode (sauf en Amérique latine, où les résultats sont mixtes, et au Swaziland et aux Philippines, où la situation est inverse).

Les tendances de recours à la contraception d'urgence diffèrent cependant de celles de la connaissance. En présence de différences significatives, les femmes qui n'ont jamais été mariées et celles antérieurement mariées sont généralement plus susceptibles d'avoir utilisé la méthode que les femmes mariées (à l'exception de celles qui n'ont jamais été mariées au Zimbabwe). Cette tendance se retrouve en Amérique latine, en Europe de l'Est et en Asie centrale. Parmi les 17 pays d'Afrique à l'étude, toutefois, les femmes n'ayant jamais été mariées et celles antérieurement mariées ne sont susceptibles d'avoir utilisé la contraception d'urgence que dans trois et quatre pays, respectivement. En Asie, nous n'avons pu comparer les femmes jamais mariées à celles actuellement et antérieurement mariées que dans deux pays (Inde et Philippines) et nous n'avons observé aucune différence d'utilisation en fonction de l'état matrimonial.

Enfin, d'après les résultats de régression, seules les adolescentes de Turquie présentent des taux de connaissance plus élevés que les femmes adultes; alors que la situation inverse est observée dans de nombreux pays. Moins de différences liées à l'âge se révèlent dans les analyses d'utilisation. En Bolivie, au Ghana, en Inde, en Jordanie, au Nigeria et au Swaziland, les femmes plus âgées sont plus susceptibles d'avoir eu recours à la contraception d'urgence que leurs cadettes de 15 à 19 ans. Ceci dit, aux Philippines et au Nicaragua, de même que parmi les femmes d'une tranche d'âge particulière de Sierra Leone, les femmes plus âgées sont moins susceptibles que leurs cadettes d'avoir utilisé la méthode, en dépit d'une probabilité de connaissance de la méthode supérieure parmi les aînées. La tendance des cadettes à avoir plus probablement entendu parler de la contraception d'urgence alors que leurs aînées sont plus susceptibles d'y avoir eu recours peut vraisemblablement être attribuée aux différents échantillons soumis aux régressions: le fait d'avoir eu recours à la méthode a été évalué pour toutes les femmes, alors que l'utilisation n'est examinée que parmi celles qui avaient déjà eu des rapports sexuels.

Il importe de signaler que l'utilisation de la contraception d'urgence au niveau individuel est influencé par l'offre,

qui est elle-même impactée par des facteurs au niveau macro d'enregistrement et de disponibilité des marques dans le pays, la disposition des pharmaciens à proposer la méthode et l'approvisionnement par les grandes organisations internationales telles que le Fonds des Nations Unies pour la population. Plusieurs pays à l'étude ne disposent pas de produits de contraception d'urgence enregistrés, mais certaines femmes et certains prestataires peuvent employer la méthode Yuzpe, qui implique la prise d'une dose de pilules contraceptives ordinaires supérieure à la normale.

Dans certains pays, l'opposition politique et religieuse entrave l'enregistrement d'un produit dédié à la contraception d'urgence. Aux Philippines, par exemple, le seul produit dédié a été supprimé de la liste des médicaments approuvés en 2001. Cependant, les observations indiquent que les Philippines atteignent depuis des taux de pratique de la contraception d'urgence supérieurs à ceux de l'Indonésie, l'un des premiers pays d'introduction d'une méthode dédiée, d'ailleurs toujours sur le marché (malgré le peu d'investissement continu) depuis près de deux décennies. Sans doute peut-on supposer l'existence d'un marché noir de la contraception d'urgence aux Philippines. Au Honduras, soumis à une forte opposition politique à la contraception d'urgence, les professionnels de la santé de la capitale se soucient du manque d'accès à la méthode, non sans reconnaître toutefois qu'elle peut être disponible, à prix élevé, sur le marché noir.²⁰ Quelques autres pays aux taux d'utilisation de la contraception d'urgence parmi les plus faibles observés dans notre étude (Haïti, Jordanie, Maldives, Rwanda, São Tomé-et-Principe et Timor-Leste) ne disposent pas d'un produit enregistré, mais les faits indiquent que les ONG peuvent y avoir introduit la méthode dans le cadre de projets spécifiques. De petite envergure et souvent en proie, ces dernières années, à diverses crises et situations d'instabilité, ces pays ne sont peut-être pas considérés comme des marchés propices à la commercialisation de la contraception d'urgence.

Nous avons pu obtenir les données d'année d'enregistrement du premier produit de contraception d'urgence pour 15 des pays à l'étude. L'examen du rapport entre cette année et les taux d'utilisation de la méthode révèle que les pays dotés de produits enregistrés plus tôt présentent des taux d'utilisation plus élevés, à l'exception de la Colombie, où l'année d'enregistrement est la plus récente (2005) mais le taux d'utilisation le plus élevé, vraisemblablement en raison des caractéristiques décrites plus haut.

Autre facteur d'influence probable de la connaissance ou de l'utilisation de la contraception d'urgence: le marketing social. Mis en œuvre dans huit de nos 45 pays au moment de l'enquête,²¹ il ne présente cependant aucune corrélation discernable avec les taux d'utilisation d'après nos analyses, et le marketing social de petites ONG échappe peut-être aux statistiques disponibles. Des différences régionales sont par ailleurs possibles, à l'intérieur même des pays, en termes de disponibilité des méthodes.

L'une des forces de notre approche de modélisation

régionale à effets fixes (à variables nominales régionales au sein des pays) est qu'elle contrôle les caractéristiques non observées au niveau régional, telles que les différences de formation des prestataires, l'offre, l'infrastructure des établissements de santé, les transports aux points de soins, etc. Nos analyses n'en présentent pas moins certaines limitations. Les enquêtes EDS ne sont pas fréquentes – elles sont menées, au mieux, tous les cinq ans – et le délai de publication des données nous a menés, dans le souci de couvrir autant de pays que possible, à inclure les enquêtes réalisées entre 2000 et 2010. Il est probable que de plus récentes enquêtes rapportent des taux plus élevés de connaissance et d'utilisation de la contraception d'urgence. De plus, les questions posées au sujet de chaque méthode contraceptive sont limitées au fait de l'avoir déjà utilisée et à l'utilisation actuel. Les enquêtes ne donnent pas accès à une information plus détaillée, telle que la fréquence d'utilisation de la contraception d'urgence. Enfin, étant donné les questions d'endogénéité inhérentes à l'estimation de ce rapport, nous ne testons pas si la pratique actuelle d'une méthode de contraception moderne est associée à l'utilisation de la contraception d'urgence.

Conclusion

Cette étude aide à combler d'importantes lacunes relatives à ce que nous savons de la sensibilisation à la contraception d'urgence et son utilisation dans le monde. Quelques recommandations programmatiques et de politique se dégagent de nos résultats. Étant donné les taux de sensibilisation extrêmement faibles dans nombre des pays à l'étude, il serait utile que les programmes se concentrent sur la diffusion d'une information exacte et précise concernant la méthode, tant au sein de la population générale que dans les groupes vulnérables et dans ceux identifiés ici comme n'en ayant vraisemblablement pas entendu parler. Nos observations selon lesquelles les femmes de rang socioéconomique faible et celles des milieux ruraux disposent peut-être d'un moindre accès à la méthode laissent entendre l'utilité pour les programmes de planification familiale et les campagnes de marketing social de prêter une attention particulière à ces groupes en vue de plus d'équité, considérant aussi la faible motivation probable du secteur commercial à atteindre les clientes plus pauvres. Différents intervenants ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de la sensibilisation et de l'accès aux méthodes de planification familiale. Les gouvernements, les bailleurs de fonds, le secteur commercial et le secteur non gouvernemental auraient intérêt à remettre l'accent sur l'inclusion de la contraception d'urgence dans l'éventail des méthodes proposées, afin de répondre aux besoins de santé reproductive des femmes dans les pays en développement. Les recommandations de politique concernent le renforcement de systèmes de santé fragiles qui entravent l'accès aux méthodes de contraception,²² l'assurance de la disponibilité de produits de contraception d'urgence dans les établissements de santé du secteur public et l'élimination des lois qui exigent la délivrance de

la méthode sur ordonnance uniquement ou qui en limitent l'accès pour les jeunes femmes. Ces politiques peuvent influencer l'usage et la demande, même parmi les femmes au courant de la méthode.

Les études à venir devront approfondir la recherche des facteurs socioculturels et économiques à l'œuvre dans ces pays afin d'éclaircir pleinement les différences identifiées dans notre étude, en particulier en ce qui concerne l'âge et l'état matrimonial. Des études de cas seraient aussi utiles à la description de la manière dont des pays tels que le Libéria et le Nigeria atteignent un usage supérieur à 3% en dépit de faibles niveaux de développement. Par quels facteurs en jeu dans ces pays peut-on expliquer pourquoi d'autres plus développés, à taux de prévalence contraceptive plus élevés tels que le Rwanda et le Sénégal, présentent des taux d'utilisation de la contraception d'urgence largement inférieurs? Un examen plus approfondi des questions liées à l'offre et à la demande dans ces pays pourrait faciliter l'accès des programmes à une plus grande proportion de femmes, pour les aider à répondre à leurs besoins de contraception.

RÉFÉRENCES

1. Coeytaux F et Pillsbury B, Bringing emergency contraception to American women: the history and remaining challenges, *Women's Health Issues*, 2001, 11(2):80–86.
2. L'Engle KL, Hinson L et Chin-Quee D, "I love my ECPs:" challenges to bridging emergency contraceptive users to more effective contraceptive methods in Ghana, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2011, 37(3):146–151.
3. Chin-Quee DS, Cuthbertson C et Janowitz B, Over-the-counter pill provision: evidence from Jamaica, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(2):99–110.
4. Keesbury J, Morgan G et Owino B, Is repeat use of emergency contraception common among pharmacy clients? Evidence from Kenya, *Contraception*, 2011, 83(4):346–351.
5. Smit J et al., Emergency contraception in South Africa: knowledge, attitudes, and use among public sector primary healthcare clients, *Contraception*, 2001, 64(6):333–337.
6. Myer L et al., Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa: a cross-sectional study, *BMC Women's Health*, 2007, 7(1):14.
7. Langer A et al., Emergency contraception in Mexico City: What do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception*, 1999, 60(4):233–241.
8. García SG et al., Emergency contraception in Honduras: knowledge, attitudes, and practice among urban family planning clients, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(3):187–196.
9. Shaaban OM et al., Emergency contraception in the context of marriage in Upper Egypt, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2011, 112(3):195–199.
10. Meng CX et al., Emergency contraceptive use among 5,677 women seeking abortion in Shanghai, China, *Human Reproduction*, 2009, 24(7):1612–1618.
11. Obi SN et Ozumba BC, Emergency contraceptive knowledge and practice among unmarried women in Enugu, southeast Nigeria, *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 2008, 11(4):296–299.
12. Chin-Quee DS et L'Engle KL, Frequency and context of EC use in urban Kenya and Nigeria, document présenté à l'EC Jamboree 2012, New York, le 5 octobre 2012.
13. Jena M, India: rising use of emergency contraceptives raises alarm, *Inter Press Service News Agency*, 21 mai 2010, <<http://www.ipsnews.net/2010/05/india-rising-use-of-emergency-contraceptives-raises>>

alarm/>, site consulté le 24 janvier 2014.

14. Mawathe A, Kenya concern over pill popping, *BBC News*, 14 juillet 2009, <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/8145418.stm>>, site consulté le 24 janvier 2014.

15. Rai S, India: popping morning after pills like candy, *MinnPost*, 29 juin 2010, <<http://www.minnpost.com/global-post/2010/06/india-popping-morning-after-pills-candy>>, site consulté le 24 janvier 2014.

16. Daniels K, Jones J et Abma J, Use of emergency contraception among women aged 15–44: United States, 2006–2010, *NCHS Data Brief*, 2013, n° 112.

17. Moreau C, Bajos N et Trussell J, The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France, *Contraception*, 2006, 73(6):602–608.

18. PRB, *2013 World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2013.

19. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Human Development Report 2013: The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World*, New York: UNDP, 2013. (Publié en français sous le titre *Rapport sur le développement humain 2013, «L'essor du Sud: le progrès humain dans un monde diversifié»*.)

20. Padilla K, Ipas Central America, communication personnelle, 27 janvier 2014.

21. DKT International, *2012 Contraceptive Social Marketing Statistics*, Washington, DC: DKT International, 2013.

22. Foreman M et Spieler J, *Contraceptive Evidence: Questions and Answers*, Washington, DC: PRB, 2013.

Coordonnées de l'auteur: tia.palermo@stonybrook.edu