

Examen des progrès et de l'égalité de l'information reçue par les femmes qui pratiquent une méthode moderne dans 25 pays en développement

Par Anrudh K. Jain

Anrudh K. Jain est chercheur émérite au Population Council, à New York (États-Unis).

CONTEXTE: L'information échangée lors d'une consultation relative à la contraception est importante car les prestataires doivent comprendre les intentions reproductives de leurs clientes, qui doivent pour leur part recevoir une information adéquate sur les méthodes et les effets secondaires et les problèmes qui y sont peut-être associés. L'évolution de ces échanges dans le temps et leur variation d'un pays à l'autre ou parmi les sous-groupes d'un même pays ne sont guère documentées.

METHODES: Les données d'Enquête démographique et de santé de 25 pays en développement ont servi à calculer l'IIM, un indicateur de Family Planning 2020 qui reflète certains aspects de l'information contraceptive échangée entre les prestataires et leurs clientes. Pour chaque pays, l'IIM a été calculé à partir de chacune de deux enquêtes menées à environ cinq années d'intervalle, afin d'examiner l'évolution de l'indicateur dans le temps. L'index a en outre été examiné pour tous les pays dans leur ensemble et par région.

RESULTATS: L'IIM moyen pour l'ensemble des 25 pays est en hausse, de 34% au moment de la première enquête à 39% au moment de celle ultérieure. Pour les pays individuels, les valeurs d'index vont de 19% à 64% et de 13% à 65%, respectivement, au moment des enquêtes 1 et 2. L'index est en hausse, au fil du temps, dans 15 pays et en baisse dans 10. Dans l'analyse par type de méthode contraceptive, l'IIM paraît le plus élevé parmi les utilisatrices de l'implant et le plus faible parmi les femmes ayant recours à la stérilisation. L'index est généralement supérieur parmi les résidentes des milieux urbains plutôt que ruraux, et il tend à monter avec le niveau d'éducation des femmes et la richesse du ménage.

CONCLUSIONS: D'après l'IIM, l'échange d'information entre prestataires et clientes laisse encore à désirer dans les pays en développement. L'amélioration exigerait un effort concerté des programmes et des bailleurs de fonds.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2017, pp.13–22, <https://doi.org/10.1363/FR01317>

En 2012, le Sommet de Londres sur la planification familiale a promis qu'à l'horizon 2020, 120 millions de femmes supplémentaires seraient en mesure de répondre à leur besoin non satisfaits de contraception moderne dans les 69 pays les plus pauvres du monde.¹ Les femmes sont considérées présenter un tel besoin si elles sont sexuellement actives et qu'elles désirent espacer ou limiter leurs grossesses, mais qu'elles ne pratiquent actuellement pas la contraception moderne. Un partenariat mondial – Family Planning 2020 (FP2020) – est ainsi né pour aider les pays à atteindre leur objectif national et mesurer les progrès réalisés vers l'objectif à l'échelle mondiale.

Sur les 120 millions de femmes estimées présenter un besoin non satisfaits en 2012 et que l'initiative FP2020 cherche à aider, 75 millions n'ont jamais pratiqué de méthode moderne (aucune méthode) et 45 millions en ont déjà pratiqué une mais en ont arrêté l'usage (anciennes utilisatrices).² Le grand nombre d'anciennes utilisatrices reflète les taux élevés d'abandon lors de la pratique de méthodes réversibles.^{3,4} Ainsi, un pourcentage estimé à 44% des utilisatrices de la pilule et à 40% de celles du contraceptif injectable abandonne la méthode en l'espace

de 12 mois.⁴ La réalisation de l'objectif « 120 d'ici 2020 » exige, dès lors, certes d'aider les femmes qui n'ont jamais pratiqué de méthode à adopter la contraception, mais aussi d'amoinrir les hauts taux d'abandon parmi les utilisatrices actuelles.

Une façon de réduire l'abandon consiste à élargir le choix de méthodes:² par l'ajout de méthodes non encore disponibles dans un pays ainsi, et celui de nouvelles méthodes présentant moins d'effets secondaires.² L'ajout de méthodes peut réduire l'abandon de la contraception en offrant aux utilisatrices plus de possibilités de remplacement; l'élargissement de l'offre proposée dans un pays ou dans un établissement de santé attirera probablement aussi de nouvelles utilisatrices, accroissant ainsi la prévalence contraceptive.^{2,5-7} L'élargissement de l'éventail proposé couvre aussi la transition vers des méthodes durables et permanentes, associées à de plus hauts taux de persévérance.

L'amélioration de la qualité générale des soins et de l'information échangée entre les prestataires et les clientes peut aussi réduire l'abandon de la contraception. L'échange d'information est l'un des six éléments du cadre de qualité

des soins de la planification familiale articulés voici plus de 25 ans.⁸ Les autres éléments, tels que le choix de méthodes, les relations interpersonnelles et les mécanismes de suivi et de continuité, sont généralement mis en œuvre au niveau de la cliente, à travers l'échange d'information.

Il importe de mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins et de l'échange d'information, tant parce que les femmes ont droit à des services de haute qualité et à une information exacte que parce que cette qualité contribue à d'autres résultats désirables de santé reproductive. Les études longitudinales menées dans divers contextes indiquent notamment que la qualité (réelle ou perçue) de l'information et des soins reçus par les clientes de la contraception lors du contact initial est associée positivement à l'usage ultérieur de la contraception et négativement à son arrêt et à la maternité non désirée.⁹⁻¹²

Un échange d'information utile entre prestataires et clientes est nécessaire si l'on veut aider les femmes à sélectionner une méthode adaptée à leur besoin de santé reproductive, qu'elles pratiqueront ensuite efficacement pour atteindre leurs objectifs de procréation. À ces fins, les prestataires doivent obtenir de leurs clientes une information adéquate au sujet de leur besoin de santé reproductive et de leurs circonstances familiales. En retour, les clientes doivent recevoir une information suffisante concernant différentes méthodes, qui leur permette d'opérer un choix éclairé, et suffisante aussi concernant leur méthode sélectionnée, pour qu'elles sachent comment l'utiliser, quand venir se réapprovisionner, à quoi s'attendre en termes d'effets secondaires et comme gérer ces effets s'ils se présentent. Les clientes doivent aussi être informées de la possibilité de changer de méthode, et d'en choisir une autre plus appropriée si tel est leur désir. Le nombre de sujets discutés au moment où la femme adopte une méthode s'est révélé associé à une meilleure persévérance de la pratique contraceptive, plus susceptible à son tour d'amoindrir le besoin non satisfait de contraception et la maternité non désirée.¹²

L'initiative FP2020 a identifié 17 indicateurs clés de suivi des progrès réalisés par les programmes de planification familiale.¹³ Parmi ces indicateurs figure l'indice information méthode (IIM), calculé d'après les réponses des utilisatrices actuelles de la contraception à trois questions sur l'information donnée par leur prestataire au sujet de leur méthode choisie.¹³ Ces questions ne cernent pas tous les aspects importants de l'échange d'information visé plus haut, mais elles permettent la mesure et le suivi réguliers de certains éléments importants de l'information apportée aux femmes.¹⁴

Les données nécessaires au calcul de l'IIM sont collectées par le biais d'enquêtes annuelles transversales, dans le cadre du projet PMA2020 (Performance Monitoring

and Accountability 2020). L'annexe de mesure du rapport FP2020 2015 inclut les valeurs IIM basées sur les données relatives à toutes les femmes, tirées d'une enquête PMA2020 ou EDS (Enquête démographique et de santé) dans 24 pays.¹⁵ Elle comprend aussi les valeurs IIM réparées par type de méthode contraceptive utilisée. Il est encore trop tôt pour évaluer d'après ces données l'évolution de l'IIM dans le temps ou sa variation éventuelle d'un pays à l'autre et parmi les femmes présentant différentes caractéristiques au sein d'un même pays. Certains de ces points peuvent cependant déjà être approfondis sur la base de données d'EDS similaires collectées depuis plusieurs années dans plusieurs pays.

L'initiative FP2020 cherche à comprendre le degré d'inégalité de beaucoup de ses indicateurs clés. Les inégalités socioéconomiques inhérentes aux indicateurs de santé et de planification familiale sont bien documentées. Par exemple, les rapports nationaux d'EDS de presque tous les pays indiquent que la prévalence contraceptive augmente en fonction de caractéristiques socioéconomiques telles que la richesse du ménage, l'éducation de la femme et la résidence urbaine.¹⁶ Plus récemment, Ortayli et Malcher ont documenté l'existence d'inégalités similaires, dans plusieurs pays, au niveau d'un autre indicateur: le pourcentage de la demande satisfaite.¹⁷ Ces inégalités reflètent le plus vraisemblablement une pratique contraceptive relativement faible imputable au manque de services disponibles aux segments les plus pauvres de la population. Il est important de comprendre le niveau d'inégalité de l'information que les femmes reçoivent lorsqu'elles atteignent un établissement de services et cherchent à adopter une méthode contraceptive.

Cette étude se propose d'élucider les points suivants: la mesure dans laquelle l'indice information méthode varie d'un pays à l'autre, d'une enquête à l'autre dans un même pays, par type de méthode et suivant les caractéristiques des femmes, et le fait que certains sous-groupes sont responsables, ou non, des changements observés dans l'IIM entre deux enquêtes au sein d'un même pays.

DONNÉES ET MÉTHODES

Les données proviennent de 25 pays dont les deux dernières EDS – séparées par un intervalle d'environ cinq ans – couvraient les trois questions requises pour le calcul de l'IIM: « Avez-vous reçu des informations sur les autres méthodes? », « Avez-vous reçu des informations sur les effets secondaires? » et « Avez-vous reçu des informations sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires? ».*¹⁵ Quatorze des pays disposaient d'enquêtes réalisées à environ cinq ans l'une de l'autre et les 11 autres, à six à huit années d'intervalle. Seize étaient des pays d'Afrique subsaharienne et les neuf autres appartenaient à d'autres régions. L'échantillon analytique a été limité aux femmes mariées ayant déclaré la pratique d'une méthode contraceptive au moment de l'enquête (soit la stérilisation, la pilule, le stérilet, le contraceptif injectable ou l'implant) et l'adoption de cette méthode au cours des cinq dernières années.

*La question de savoir si elles avaient été informées de la nature permanente de la stérilisation a aussi été posée aux femmes qui avaient choisi cette méthode. N'ayant cependant pas été posée dans toutes les enquêtes et faute d'inclusion dans la définition de l'IIM par FP2020, elle n'est pas incluse dans cette analyse.

L'IIM d'une méthode est estimé d'après la proportion d'utilisatrices actuelles de la méthode ayant répondu affirmativement aux trois questions ci-dessus, concernant ce qui leur a été dit au moment où elles ont adopté leur méthode. L'indice information méthode global de toutes les méthodes représente la moyenne des valeurs spécifiques aux méthodes, pondérée d'après la proportion des utilisatrices d'une méthode donnée. Les valeurs IIM spécifiques aux méthodes et globales peuvent aller de 0 à 100; un faible indice reflète pour un pays un degré déficitaire élevé concernant l'échange d'information adéquat entre prestataires et clientes. La proportion de femmes ayant répondu négativement aux trois questions a également été calculée. Les résultats de cet « indice de non-information » ne sont cependant pas présentés en raison de sa haute corrélation avec l'IIM ($r = -0,89$).

Pour étudier la question de l'égalité de l'information reçue, les valeurs IIM ont été comparées d'après les caractéristiques des femmes: type de méthode moderne utilisée, source d'approvisionnement en contraceptifs (établissement public ou privé), lieu de résidence (rural ou urbain), richesse du ménage (quintiles selon l'allocation de biens de l'EDS), éducation (nulle, primaire, secondaire ou supérieure) et âge (tranches d'âge de cinq ans). De plus, la durée d'utilisation de la méthode actuelle des femmes a été estimée par soustraction du mois et de l'année d'adoption de ceux de l'entretien; la mesure a été codée 0 à 1, 1 à 2, 2 à 3, 3 à 4 et 4 à 5 ans.

Des données descriptives sont présentées à deux moments pour chaque pays: au moment de la première enquête (Temps 1) et à celui de la seconde (Temps 2). Les données sont également présentées pour tous les pays combinés, et séparément pour les pays d'Afrique subsaharienne et pour ceux des autres régions. Les valeurs IIM spécifiques aux pays ont été résumées par estimation de la valeur moyenne ou médiane (50^e centile) pondérée, et l'étendue d'après la valeur la plus faible et la plus élevée de l'indice IIM pour trois groupes de pays (Afrique subsaharienne, autres et tous). La pertinence statistique de chaque variation spécifique aux pays a été testée par simple test t de pertinence de la différence entre deux proportions. La pertinence statistique des différences entre deux valeurs médianes n'a pas été testée; la probabilité de pertinence d'une différence de moins de cinq points de pourcentage est généralement minime.

RÉSULTATS

IIM sur l'ensemble des pays et dans le temps

L'indice information méthode moyen pondéré pour l'ensemble des pays au Temps 1 est de 34%, indiquant que, au moment de la première enquête, environ un tiers seulement des utilisatrices de la contraception ont déclaré avoir reçu une information contraceptive adéquate de leur prestataire (Tableau 1, page 16); l'IIM global au Temps 2 est d'environ cinq points de pourcentage supérieur (39%). Par région, les valeurs IIM moyennes aux Temps 1 et Temps 2 sont de 44% et 48%, respectivement, pour les

pays d'Afrique subsaharienne, et de 29% et 34% pour ceux des autres régions.

Les valeurs IIM des pays individuels au Temps 1 vont de 19% au Pakistan à 64% en Tanzanie; au Temps 2, l'indice varie entre 13% au Pakistan et 65% au Burkina Faso et au Malawi. Entre les périodes d'enquête, l'indice se révèle en hausse dans 15 pays et en baisse dans 10; dans 14 pays, la variation reste cependant inférieure à cinq points de pourcentage. Parmi les 11 pays restants présentant un changement d'IIM significatif d'au moins cinq points, sept présentent une hausse et quatre une baisse; les plus fortes hausses sont enregistrées au Cambodge (20 points), au Rwanda (16 points), au Bénin (14 points) et en Égypte (11 points) et les plus fortes baisses, en Tanzanie (12 points), au Honduras (huit points), au Ghana et au Pakistan (six points chacun).*

Le coefficient de corrélation entre l'IIM et le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) ne paraît statistiquement significatif ni au Temps 1, ni au Temps 2, donnant à penser que l'indice IIM d'un pays ne dépend pas du niveau de pratique contraceptive moderne. Par exemple, le TPCM grimpe, entre les deux enquêtes, de 14% à 27% en Éthiopie et de 27% à 45% au Rwanda (non indiqué), alors que l'IIM n'augmente dans le temps qu'au Rwanda (de 42% à 58% – Tableau 1). L'évolution de l'indice d'un pays ne paraît pas non plus significativement corrélée à celle du TPCM.

IIM par type de méthode et caractéristiques des femmes

• *Type de méthode.* Les valeurs IIM médianes indiquent que l'information contraceptive reçue par les femmes varie suivant le type de méthode (Tableau 2, page 17). Dans tous les pays combinés, la plus haute valeur IIM médiane concerne les utilisatrices de l'implant (64%) et la plus faible, les femmes ayant recours à la stérilisation (30%); les valeurs IIM relatives aux utilisatrices des autres méthodes sont de 50% pour le stérilet, 45% pour le contraceptif injectable et 37% pour la pilule. Cette tendance observée pour tous les pays combinés l'est généralement aussi pour l'Afrique subsaharienne et pour les autres régions combinées. En Afrique subsaharienne, toutefois, la valeur d'indice médiane relative au stérilet est similaire à celle du contraceptif injectable (49% et 48%) et, dans les autres régions, celle du contraceptif injectable est similaire à celle de la pilule (38% et 39%).

Les valeurs IIM par type de méthode présentent aussi des différences au niveau des pays (non indiqué). La valeur d'indice atteint le plus haut niveau pour l'implant dans 14 pays, pour le stérilet dans neuf pays et pour la stérilisation et la pilule dans un pays chacune. En bref, les utilisatrices de l'implant et du stérilet de 23 pays sur 25 ont reçu le plus d'information au sujet de leur méthode,

*Les changements annuels de l'IIM ont aussi été calculés pour tous les pays afin d'éliminer l'effet de différentes durées entre les enquêtes. La conclusion fondamentale demeure identique: l'IIM par année n'a guère changé dans 14 pays, est en hausse dans sept (entre 1,4 point au Burkina Faso et 4,0 points au Cambodge) et en baisse dans quatre (entre 1,0 point au Pakistan et 2,2 points en Tanzanie).

d'après ce qu'en dit l'indice information méthode.

- **Richesse du ménage.** De manière générale, la valeur IIM médiane augmente avec la richesse du ménage. Tous pays combinés, elle s'étend de 37% pour le quintile le plus pauvre à 49% pour le plus riche, avec cependant une valeur plus faible pour le quatrième quintile (40%) que pour le moyen (44%). Cette tendance est observée en Afrique subsaharienne; pour les autres régions, l'augmentation de la valeur IIM médiane suit plus régulièrement la richesse du ménage, de 28% pour le quintile le plus pauvre à 49% pour le plus riche.

Les tendances de l'IIM en fonction de la richesse du ménage diffèrent au niveau des pays individuels (non indiqué). Les écarts sont pratiquement inexistantes au Cambodge, au Burkina Faso et au Malawi, où l'indice information méthode de chaque pays est d'au moins 60% sur les cinq quintiles. Au Cameroun, en Colombie, en Égypte, au Niger et au Nigeria, toutefois, l'écart entre les femmes du quintile le plus pauvre et celles du quintile le plus riche est d'au moins 20 points de pourcentage.

- **Éducation de la femme.** Dans l'ensemble, la valeur IIM médiane augmente avec l'éducation des femmes, de 38% parmi celle non instruites à 54% parmi celles instruites au niveau supérieur. Cette tendance fondamentale est observée en Afrique subsaharienne de même que dans les autres régions combinées. En Afrique subsaharienne,

toutefois, les valeurs IIM relatives aux femmes non instruites et instruites au niveau primaire et secondaire sont similaires (42%, 44% et 46%, respectivement) et nettement inférieures à celles relatives aux femmes instruites au niveau supérieur (58%). Dans les pays des autres régions, par contre, l'IIM augmente régulièrement et considérablement, de 29% parmi les femmes du groupe le moins instruit à 50% parmi celles du groupe le plus instruit.

Les écarts selon le niveau d'éducation diffèrent entre les pays individuels (non indiqué). Pour la plupart, la différence de valeur IIM entre les femmes les moins instruites et celles les plus instruites est d'environ 20 points de pourcentage. L'écart est cependant supérieur à 37 points au Cameroun, en Colombie, en Éthiopie et en Tanzanie, alors qu'il n'y a pratiquement pas de différence au Malawi, au Mozambique et au Rwanda.

- **Lieu de résidence.** La valeur IIM médiane pour l'ensemble des pays combinés est de 41% pour les femmes vivant en milieu rural et de 44% pour celles des milieux urbains. Cette tendance est observée dans les pays de la région d'Afrique subsaharienne (42% et 46%, respectivement) et dans ceux des autres régions combinées (36% et 42%). Pour certains pays individuels cependant (Bolivie, Malawi, Mozambique et Namibie), la valeur IIM relative aux femmes des milieux ruraux est supérieure à celle relevée en milieux urbains (non indiqué).

TABLEAU 1. Cotes d'IIM et changement absolu des cotes d'indice dans les pays dotés des données d'EDS requises, par point dans le temps

| Région/pays | Temps 1 | | | Temps 2 | | | Changement absolu |
|------------------------------|--------------------|--------|---------------|--------------------|--------|---------------|-------------------|
| | Année de l'enquête | N | Cote d'indice | Année de l'enquête | N | Cote d'indice | |
| Total | 2001–2008 | 37 140 | 33,9 | 2006–2013 | 50 789 | 39,4 | 5,5* |
| Afrique subsaharienne | 2001–2008 | 11 783 | 44,2 | 2006–2013 | 20 567 | 47,7 | 3,5* |
| Bénin | 2001 | 178 | 30,7 | 2006 | 504 | 45,0 | 14,3* |
| Burkina Faso | 2003 | 511 | 55,2 | 2010 | 1 617 | 64,6 | 9,4* |
| Cameroun | 2004 | 205 | 39,7 | 2011 | 356 | 39,8 | 0,1 |
| Éthiopie | 2005 | 1 155 | 19,9 | 2011 | 1 941 | 17,1 | -2,8 |
| Ghana | 2003 | 403 | 47,8 | 2008 | 281 | 41,9 | -5,9 |
| Malawi | 2004 | 1 710 | 62,7 | 2010 | 4 613 | 64,6 | 1,9 |
| Mali | 2006 | 617 | 30,7 | 2012–2013 | 784 | 33,1 | 2,4 |
| Mozambique | 2003 | 217 | 58,5 | 2011 | 479 | 53,6 | -4,9 |
| Namibie | 2006–2007 | 597 | 42,0 | 2013 | 498 | 40,8 | -1,2 |
| Niger | 2006 | 476 | 27,1 | 2012 | 941 | 28,5 | 1,4 |
| Nigeria | 2008 | 1 024 | 49,3 | 2013 | 1 527 | 50,2 | 0,9 |
| Rwanda | 2005 | 317 | 41,5 | 2010–2011 | 1 929 | 57,7 | 16,2* |
| Sénégal | 2005 | 607 | 39,5 | 2011 | 931 | 41,4 | 1,9 |
| Tanzanie | 2004 | 860 | 63,6 | 2009–2010 | 1 107 | 51,5 | -12,1* |
| Ouganda | 2006 | 554 | 44,7 | 2011 | 600 | 43,9 | -0,8 |
| Zimbabwe | 2005–2006 | 2 352 | 39,4 | 2010–2011 | 2 459 | 35,9 | -3,5* |
| Autres régions | 2003–2008 | 25 357 | 29,1 | 2008–2013 | 30 222 | 33,8 | 4,7* |
| Bolivie | 2003 | 1 406 | 52,5 | 2008 | 1 185 | 51,4 | -1,1 |
| Cambodge | 2005–2006 | 1 772 | 44,0 | 2010–2011 | 2 938 | 63,9 | 19,9* |
| Colombie | 2005 | 2 186 | 31,4 | 2009–2010 | 2 384 | 39,6 | 8,2* |
| Égypte | 2003 | 3 154 | 26,8 | 2008 | 5 505 | 38,1 | 11,3* |
| Honduras | 2005 | 1 473 | 35,9 | 2011 | 1 609 | 28,2 | -7,7* |
| Indonésie | 2007 | 11 590 | 20,8 | 2012 | 12 140 | 20,9 | 0,1 |
| Népal | 2006 | 1 423 | 34,4 | 2011 | 1 567 | 42,2 | 7,8* |
| Pakistan | 2006–2007 | 907 | 19,4 | 2012–2013 | 1 266 | 13,2 | -6,2* |
| Philippines | 2008 | 1 446 | 50,1 | 2013 | 1 628 | 52,5 | 2,4 |

*p<0,05.

• *Source d'approvisionnement de méthode.* Tous pays combinés, l'IIM est supérieur pour les femmes qui déclarent s'approvisionner en contraceptifs dans les établissements du secteur public (47%, par rapport à 36% pour le secteur privé). La tendance est observée dans la région d'Afrique subsaharienne (52% par rapport à 34%), mais elle est inverse dans les autres régions (37% par rapport à 41%). Au niveau des pays individuels, on constate un IIM supérieur parmi les femmes qui s'approvisionnent dans le secteur privé dans neuf des 25 pays (non indiqué); certaines femmes considèrent cependant peut-être erronément les franchises sociales et les points de vente de marketing social comme étant des établissements publics.

• *Âge de la femme.* Au niveau de l'échantillon global, la valeur IIM médiane ne diffère pas grandement en fonction de l'âge des femmes, variant de 41% à 45% sur l'ensemble des tranches d'âge. En Afrique subsaharienne, cette valeur médiane est de 33% pour les femmes de la tranche la plus

jeune (15 à 19 ans) et de 42 à 47% dans toutes les autres tranches; pour les autres régions combinées, les valeurs vont de 37% à 43%.

• *Nombre d'années depuis l'adoption de la méthode.* Pour l'échantillon total et pour les régions autres que l'Afrique subsaharienne, la valeur IIM médiane ne varie pas considérablement, de six à sept points de pourcentage pour chacune, suivant la durée de temps écoulée depuis l'adoption de la méthode contraceptive. Dans la région d'Afrique subsaharienne toutefois, la valeur médiane parmi les femmes qui avaient adopté leur méthode moins d'un an avant l'entretien est d'environ 12 points de pourcentage inférieure à celle observée parmi leurs homologues qui l'avaient adoptée quatre à cinq ans plus tôt (42% par rapport à 55%).

Évolutions de l'indice global au fil du temps

Les trois pays présentant la plus forte différence d'indice information méthode (le Cambodge, le Rwanda et la Tan-

TABLEAU 2. Valeurs inférieures, médianes et supérieures de l'IIM au Temps 2, suivant les caractéristiques des femmes, par région

| Caractéristique | Total | | | Afrique subsaharienne | | | Autres | | |
|--|----------|---------|----------|-----------------------|---------|----------|----------|---------|----------|
| | Val.inf. | Médiane | Val.sup. | Val.inf. | Médiane | Val.sup. | Val.inf. | Médiane | Val.sup. |
| Total | 13,2 | 41,9 | 64,6 | 17,1 | 42,9 | 64,6 | 13,2 | 39,6 | 63,9 |
| Méthode actuelle | | | | | | | | | |
| Pilule | 10,0 | 37,2 | 68,6 | 20,0 | 35,9 | 68,6 | 10,0 | 39,0 | 60,1 |
| Stérilet | 18,4 | 49,5 | 80,5 | 19,1 | 49,4 | 74,5 | 18,4 | 55,3 | 80,5 |
| Contraceptif injectable | 14,7 | 44,5 | 68,8 | 14,7 | 48,0 | 68,8 | 18,6 | 38,4 | 63,2 |
| Stérilisation | 7,7 | 30,3 | 69,2 | 16,8 | 31,0 | 69,2 | 7,7 | 26,9 | 68,2 |
| Implant | 21,0 | 64,0 | 81,6 | 29,1 | 62,9 | 77,4 | 21,0 | 68,1 | 81,6 |
| Richesse du ménage | | | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 7,2 | 37,0 | 72,6 | 10,2 | 37,9 | 72,6 | 7,2 | 28,0 | 66,5 |
| Second | 12,9 | 39,8 | 63,2 | 12,9 | 42,3 | 63,2 | 13,3 | 32,2 | 59,2 |
| Moyen | 11,6 | 43,5 | 68,8 | 11,6 | 46,0 | 68,8 | 12,6 | 38,7 | 61,0 |
| Quatrième | 15,7 | 39,8 | 65,9 | 15,7 | 38,9 | 65,8 | 17,1 | 43,3 | 65,9 |
| Le plus riche | 15,7 | 49,0 | 68,5 | 24,9 | 49,4 | 64,2 | 15,7 | 49,0 | 68,5 |
| Éducation de la femme | | | | | | | | | |
| Nulle | 8,6 | 38,4 | 64,6 | 10,8 | 42,2 | 64,6 | 8,6 | 29,1 | 60,6 |
| Primaire | 12,6 | 41,5 | 65,0 | 18,9 | 43,6 | 65,0 | 12,6 | 34,8 | 63,4 |
| Secondaire | 23,2 | 43,5 | 67,1 | 32,8 | 45,6 | 65,7 | 23,2 | 40,3 | 67,1 |
| >secondaire | 27,4 | 54,1 | 86,8 | 42,9 | 57,9 | 86,8 | 27,4 | 50,1 | 80,8 |
| Lieu de résidence | | | | | | | | | |
| Rural | 12,6 | 41,1 | 65,1 | 13,6 | 41,6 | 65,1 | 12,6 | 35,6 | 63,3 |
| Urbain | 14,7 | 43,6 | 67,2 | 25,2 | 46,1 | 65,7 | 14,7 | 42,2 | 67,2 |
| Source d'approvisionnement de méthode | | | | | | | | | |
| Secteur public | 14,4 | 47,3 | 74,6 | 16,5 | 51,5 | 66,9 | 14,4 | 36,5 | 74,6 |
| Secteur privé | 12,1 | 36,4 | 67,9 | 22,8 | 34,3 | 67,9 | 12,1 | 40,7 | 55,9 |
| Âge de la femme | | | | | | | | | |
| 15 à 19 ans | 3,1 | 41,6 | 100,0 | 3,5 | 32,6 | 100,0 | 3,1 | 42,7 | 60,9 |
| 20 à 24 ans | 16,1 | 42,3 | 64,9 | 16,1 | 42,8 | 64,9 | 18,7 | 42,3 | 62,9 |
| 25 à 29 ans | 17,2 | 41,4 | 68,1 | 17,2 | 42,4 | 68,1 | 19,0 | 40,2 | 66,3 |
| 30 à 34 ans | 10,5 | 44,2 | 68,6 | 20,2 | 45,8 | 68,6 | 10,5 | 40,2 | 64,3 |
| 35 à 39 ans | 13,3 | 41,9 | 61,6 | 17,5 | 42,6 | 61,6 | 13,3 | 36,5 | 61,6 |
| 40 à 45 ans | 7,0 | 44,1 | 63,6 | 21,3 | 45,1 | 60,6 | 7,0 | 36,5 | 63,6 |
| 45 à 49 ans | 8,9 | 44,9 | 81,3 | 8,9 | 47,4 | 81,3 | 14,1 | 38,4 | 65,1 |
| Nbre d'années depuis l'adoption de la méthode | | | | | | | | | |
| 0 à 1 an | 13,0 | 42,7 | 65,2 | 15,9 | 42,4 | 65,2 | 13,0 | 43,2 | 62,7 |
| 1 à 2 ans | 11,4 | 45,9 | 67,7 | 22,4 | 48,1 | 67,7 | 11,4 | 37,3 | 67,1 |
| 2 à 3 ans | 15,4 | 38,9 | 65,6 | 16,6 | 42,0 | 65,6 | 15,4 | 36,6 | 58,6 |
| 3 à 4 ans | 12,2 | 44,4 | 75,1 | 12,4 | 46,4 | 75,1 | 12,2 | 38,3 | 66,6 |
| 4 à 5 ans | 12,4 | 44,6 | 69,4 | 12,4 | 54,6 | 64,3 | 14,3 | 39,2 | 69,4 |

zanie) ont été examinés de plus près afin d'analyser si les évolutions de l'IIM spécifiques aux pays étaient associées à celles des valeurs d'indice spécifiques aux méthodes et aux caractéristiques des femmes. D'après les données d'EDS (non indiqué), le TPCM augmente entre les Temps 1 et Temps 2 d'environ huit points de pourcentage (de 27% à 35%) au Cambodge, de 18 points (de 27% à 45%) au Rwanda et de sept points (de 20% à 27%) en Tanzanie.

Le type de méthode pratiquée semble associé aux évolutions de l'IIM (Tableau 3, page 18). Au Cambodge, la valeur d'indice augmente entre les deux moments considérés pour toutes les méthodes à l'exception de l'implant (dont la valeur, à 69%, était cependant déjà assez élevée au Temps 1). La hausse est particulièrement forte parmi les utilisatrices du stérilet et de la stérilisation (39% et 45%, respectivement). Au Rwanda, l'IIM augmente pour toutes les méthodes sauf la stérilisation; la hausse est la plus forte parmi les utilisatrices du stérilet et de l'implant (27% et

49%). En Tanzanie, par contre, la valeur d'indice diminue pour toutes les méthodes sauf pour le stérilet; la baisse est particulièrement prononcée parmi les utilisatrices de la pilule et de la stérilisation (18% chacune). Ces évolutions reflètent peut-être celles de l'accent programmatique sur une méthode particulière dans ces pays. L'analyse approfondie de l'éventail de méthodes parmi les utilisatrices incluses ici révèle, au Cambodge, une baisse d'utilisation de la pilule et du contraceptif injectable entre les deux enquêtes, alors que celle du stérilet et de la stérilisation était en hausse (non indiqué). L'utilisation du contraceptif injectable et de l'implant augmente au Rwanda, tandis que les trois autres méthodes sont en baisse; le passage de la pilule à l'implant paraît net (environ 14 points de pourcentage). En Tanzanie, l'utilisation du stérilet et de l'implant augmente, tandis que diminue celui de la pilule et du contraceptif injectable.

Pour presque tous les sous-groupes définis par des caractéristiques autres que la pratique contraceptive, l'IIM

TABLEAU 3. Changement absolu de l'IIM, d'après les caractéristiques des femmes, par pays

| Caractéristique | Cambodge | | | Rwanda | | | Tanzanie | | |
|--|-----------|-----------|-------------------|--------|-----------|-------------------|----------|-----------|-------------------|
| | 2005–2006 | 2010–2011 | Changement absolu | 2005 | 2010–2011 | Changement absolu | 2004 | 2009–2010 | Changement absolu |
| Total | 44,0 | 63,9 | 19,9 | 41,5 | 57,7 | 16,2 | 63,6 | 51,5 | -12,1 |
| Méthode actuelle | | | | | | | | | |
| Pilule | 43,3 | 60,1 | 16,8 | 46,2 | 55,7 | 9,5 | 65,9 | 48,1 | -17,8 |
| Stérilet | 41,1 | 80,5 | 39,4 | 36,6 | 63,2 | 26,6 | 73,8 | 74,5 | 0,7 |
| Contraceptif injectable | 47,6 | 63,2 | 15,6 | 42,6 | 58,2 | 15,6 | 62,5 | 51,8 | -10,7 |
| Stérilisation | 22,9 | 68,2 | 45,3 | 17,8 | 16,8 | -1,0 | 58,9 | 40,9 | -18,0 |
| Implant | 68,7 | 68,1 | -0,6 | 11,4 | 60,8 | 49,4 | 65,3 | 64,0 | -1,3 |
| Richesse du ménage | | | | | | | | | |
| Le plus pauvre | 37,6 | 66,5 | 28,9 | 38,6 | 55,6 | 17,0 | 56,6 | 45,9 | -10,7 |
| Second | 45,7 | 59,2 | 13,5 | 33,1 | 56,0 | 22,9 | 63,9 | 52,0 | -11,9 |
| Moyen | 48,1 | 61,0 | 12,9 | 35,5 | 61,4 | 25,9 | 63,3 | 49,4 | -13,9 |
| Quatrième | 46,2 | 65,9 | 19,7 | 44,7 | 56,0 | 11,3 | 56,8 | 49,0 | -7,8 |
| Le plus riche | 41,8 | 68,5 | 26,7 | 46,7 | 58,7 | 12,0 | 70,1 | 57,7 | -12,4 |
| Éducation de la femme | | | | | | | | | |
| Nulle | 40,6 | 60,6 | 20,0 | 27,6 | 53,3 | 25,7 | 69,1 | 50,0 | -19,1 |
| Primaire | 44,0 | 63,4 | 19,4 | 44,7 | 58,2 | 13,5 | 62,2 | 50,3 | -11,9 |
| Secondaire | 48,1 | 67,1 | 19,0 | 42,5 | 60,7 | 18,2 | 67,6 | 61,6 | -6,0 |
| >secondaire | 22,4 | 80,8 | 58,4 | 58,7 | 59,4 | 0,7 | 70,5 | 86,8 | 16,3 |
| Lieu de résidence | | | | | | | | | |
| Rural | 44,9 | 63,3 | 18,4 | 39,5 | 57,5 | 18,0 | 60,1 | 48,4 | -11,7 |
| Urbain | 38,4 | 67,2 | 28,8 | 47,3 | 59,5 | 12,2 | 69,1 | 58,5 | -10,6 |
| Source d'approvisionnement de méthode | | | | | | | | | |
| Secteur public | 53,4 | 74,6 | 21,2 | 43,4 | 57,6 | 14,2 | 63,2 | 50,0 | -13,2 |
| Secteur privé | 43,4 | 52,3 | 8,9 | 40,0 | 57,3 | 17,3 | 54,4 | 67,9 | 13,5 |
| Âge de la femme | | | | | | | | | |
| 15 à 19 ans | 48,5 | 60,9 | 12,4 | na | 71,7 | na | 51,4 | 53,6 | 2,2 |
| 20 à 24 ans | 45,6 | 61,6 | 16,0 | 45,5 | 51,5 | 6,0 | 60,6 | 48,2 | -12,4 |
| 25 à 29 ans | 40,1 | 66,3 | 26,2 | 43,9 | 57,3 | 13,4 | 70,0 | 53,7 | -16,3 |
| 30 à 34 ans | 46,8 | 64,3 | 17,5 | 38,3 | 58,6 | 20,3 | 63,6 | 47,3 | -16,3 |
| 35 à 39 ans | 45,6 | 61,6 | 16,0 | 46,9 | 58,7 | 11,8 | 61,8 | 52,6 | -9,2 |
| 40 à 45 ans | 43,9 | 63,6 | 19,7 | 44,0 | 60,6 | 16,6 | 60,0 | 58,1 | -1,9 |
| 45 à 49 ans | 26,1 | 65,1 | 39,0 | 12,6 | 55,2 | 42,6 | 58,2 | 49,9 | -8,3 |
| Nbre d'années depuis l'adoption de la méthode | | | | | | | | | |
| 0 à 1 an | 41,3 | 62,7 | 21,4 | 41,5 | 53,8 | 12,3 | 62,0 | 50,6 | -11,4 |
| 1 à 2 ans | 41,9 | 67,1 | 25,2 | 41,2 | 57,7 | 16,5 | 71,1 | 49,6 | -21,5 |
| 2 à 3 ans | 49,5 | 58,6 | 9,1 | 43,3 | 61,2 | 17,9 | 58,9 | 48,7 | -10,2 |
| 3 à 4 ans | 48,5 | 66,6 | 18,1 | 37,4 | 63,9 | 26,5 | 66,8 | 62,8 | -4,0 |
| 4 à 5 ans | 51,3 | 69,4 | 18,1 | 48,0 | 62,4 | 14,4 | 47,3 | 62,8 | 15,5 |

N.B.: na=non applicable.

augmente dans le temps au Cambodge et au Rwanda, mais il diminue en Tanzanie. La hausse de la valeur IIM cambodgienne est supérieure à la moyenne parmi les femmes des quintiles le plus pauvre et le plus riche, ainsi que parmi celles instruites au niveau supérieur, vivant en milieu urbain et obtenant les services d'établissements du secteur public. Au Rwanda, la hausse de l'indice est supérieure à la moyenne parmi les femmes du quintile moyen et du second, ainsi que celles non instruites, vivant en milieu rural et obtenant leurs services d'établissements du secteur privé. En Tanzanie, l'IIM baisse parmi les femmes des trois catégories d'éducation inférieures, en particulier celles sans instruction, et n'augmente que parmi celles instruites au niveau supérieur.

DISCUSSION

Le cadre de la qualité des soins articulé voici plus de 25 ans fait aujourd'hui partie intégrante du jargon de la littérature relative à la planification familiale. Les progrès réalisés par les programmes de planification familiale des pays en développement en vue d'améliorer la qualité des services n'est cependant guère documentée. Cette étude – la première qui examine les questions de progrès et d'égalité en fonction d'un indicateur d'échange d'information (l'IIM) – a constaté une variation considérable de la valeur de l'indice suivant la région, le pays et d'une enquête à l'autre dans les pays individuels.

Aux deux points temporels d'examen, les valeurs IIM relatives aux pays d'Afrique subsaharienne sont supérieures à celles des pays des autres régions. Les différences régionales et entre les pays reflètent peut-être les changements, au fil du temps, dans l'organisation des programmes de planification familiale. La Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) a marqué un glissement paradigmatique, d'une macro-perspective démographique aux améliorations individuelles de la santé reproductive et de la qualité, générant par ailleurs un engagement commun dans les domaines de la santé reproductive et de la qualité des soins. La plupart des programmes d'Asie et d'Amérique latine remontent à une période antérieure à la CIPD, au temps où les donateurs et les programmes cherchaient davantage à réduire la fécondité globale et les taux de croissance démographique. En revanche, de nombreux programmes d'Afrique subsaharienne ont été organisés après la conférence, sous accentuation éventuellement plus prononcée par les bailleurs de fonds sur les questions de qualité de la planification familiale.

Il se peut aussi que l'accent programmatique reflète les différences de désir des femmes d'espacer la naissance de leurs enfants ou d'en limiter le nombre. Par rapport aux programmes des autres régions, ceux d'Afrique subsaharienne se sont peut-être concentrés davantage sur l'espacement des naissances plutôt que sur leur limitation, influençant éventuellement ainsi le mode de prestation des services et l'éventail de méthodes en résultant. Il faut considérer aussi que l'IIM reflète l'information que les

femmes ont reçue au début de leur dernier épisode de pratique contraceptive. En Afrique subsaharienne, où les taux de prévalence contraceptive sont en hausse,¹⁶ ces épisodes peuvent représenter de manière disproportionnée les toutes premières utilisatrices, qui exigent et reçoivent peut-être plus d'information que celles, anciennes utilisatrices, qui reviennent pour de nouveaux services.

Les évolutions de l'indice information méthode dans un pays individuel au fil du temps reflètent l'effet des efforts déployés par le programme de planification familiale du pays pour améliorer l'échange d'information entre les prestataires et les clientes. Bien que les valeurs IIM de 15 des 25 pays augmentent entre les enquêtes, l'amélioration dans beaucoup de ces pays est inférieure à cinq points de pourcentage. Dans les 10 pays restants, l'indice perd parfois jusqu'à 12 points. Ces résultats laissent clairement entendre que, si le concept de la qualité est largement accepté, beaucoup de pays n'ont guère progressé sur le plan de l'apport d'une information adéquate aux femmes qui adoptent une méthode de contraception. Les observations indiquent par ailleurs que d'importantes améliorations sont encore possibles dans tous les pays en développement.

Les valeurs IIM révèlent d'étonnantes différences suivant la méthode contraceptive. Les utilisatrices de l'implant déclarent avoir reçu le plus d'information, suivies par celles du stérilet et du contraceptif injectable; celles de la pilule ou de la stérilisation en ont reçu le moins. Dans 23 pays sur 25, l'indice information méthode est le plus élevé pour les utilisatrices de l'implant ou du stérilet, donnant à penser que ces méthodes sont promues par les prestataires. De plus, les évolutions maximales de l'IIM observées dans trois pays (Cambodge, Rwanda et Tanzanie) semblent concerner l'information spécifique à une méthode, reflétant peut-être les changements d'accentuation d'une méthode particulière dans ces pays. Si tel est le cas, l'introduction d'une nouvelle méthode dans un pays pourrait aussi servir à améliorer le contenu de l'échange d'informations concernant toutes les méthodes; reste à savoir si l'approche est suivie ou si elle pourrait l'être dans la pratique.

Dans la plupart des pays, l'IIM augmente avec le niveau d'éducation de la femme et la richesse du ménage. Cette observation peut refléter le meilleur traitement accordé dans les établissements de santé aux femmes de rang social et économique supérieur. Il se peut aussi que, par rapport aux autres femmes, celles de rang socioéconomique plus élevé connaissent mieux les méthodes ou se souviennent mieux de l'information reçue.

Les femmes doivent avoir et méritent une information exacte et complète concernant la méthode qu'elles choisissent. Il est difficile de déterminer le niveau minimum d'information que les femmes doivent recevoir des prestataires au moment de l'adoption d'un contraceptif; il s'agit là d'une question à résoudre, au niveau du pays, dans le contexte d'un programme ou d'un service particulier.

Déterminer comment surveiller la mesure dans laquelle les femmes peuvent se souvenir, dans le cadre d'une en-

quête en population générale, de l'information reçue des prestataires est également problématique. L'inclusion dans les enquêtes EDS et PMA2020 rapides de trois questions utilisées dans le calcul de l'IIM pour les utilisatrices des méthodes contraceptives réversibles, et de quatre pour la stérilisation, est un bon début. Dans les enquêtes à venir, la question de savoir si les utilisatrices des méthodes réversibles ont été informées de la possibilité de changer de méthode pourrait y être ajoutée. Cette information pourrait faciliter la persévérance contraceptive. Il s'agit, du reste, d'une question similaire à celle posée concernant le caractère permanent de la méthode aux femmes qui choisissent la stérilisation et son ajout permettrait de baser l'indice sur quatre questions pour toutes les femmes.

Pour que l'IIM basé sur trois questions puisse être largement utilisé, sa validité doit être établie en fonction de son rapport avec les autres indicateurs existants, de sa valeur en termes de prédiction de la pratique contraceptive à venir et de la fécondité, et de la mesure dans laquelle il peut couvrir d'autres éléments clés de l'échange d'information. Les observations de cette étude révèlent l'absence de corrélation entre l'IIM et le TPCM, donnant à penser que les deux indicateurs reflètent différents aspects des programmes de planification familiale. Alors que le TPCM considère les utilisatrices par rapport à toutes les femmes mariées en âge de procréer, l'IIM repose sur l'information reçue par les utilisatrices seulement. Un pays visant à accroître son TPCM n'a pas nécessairement besoin de fournir une information adéquate à ses utilisatrices, comme le montre la comparaison des données d'Éthiopie et du Rwanda. Ces deux pays d'Afrique subsaharienne présentent une prévalence contraceptive en hausse entre les deux enquêtes, mais l'IIM n'a augmenté qu'au Rwanda. On peut en déduire que le programme rwandais s'est peut-être concentré sur l'accroissement de la pratique contraceptive et l'apport d'information à ses clientes, tandis que celui d'Éthiopie ne se serait intéressé qu'au premier aspect. Les deux objectifs sont cependant complémentaires, en ce qu'un échange d'information adéquat peut réduire l'abandon de la contraception et ainsi vraisemblablement favoriser la prévalence contraceptive.

La validité de l'IIM peut aussi être évaluée en fonction de la mesure dans laquelle il permet de prédire les taux de persévérance. Cette analyse nécessiterait une étude longitudinale, dans laquelle des entretiens seraient réalisés au fil du temps avec les utilisatrices individuelles de la contraception. Il faudrait dans ce cas procéder à un entretien à date ultérieure avec un sous-échantillon des répondantes à l'enquête EDS ou PMA2020. Les données d'une étude longitudinale pourraient de plus être analysées pour examiner l'effet sur le comportement contraceptif ultérieur des clientes recevant l'information visée dans les trois questions relatives à l'IIM.

Dans les enquêtes en établissement de santé, les femmes ont été invitées à répondre à de multiples questions sur leurs échanges avec les prestataires de services et sur l'information qu'elles en ont reçue; le biais de rappel n'entre

pas en jeu dans ces données car les questions sont posées aux répondantes immédiatement après leur consultation avec le prestataire. Par exemple, Costello et al.¹⁸ ont collecté des données sur 24 points décrivant le processus de fourniture de service et défini cinq indicateurs de qualité: tous besoins évalués, choix complet de méthodes fourni, pleine information reçue, bien traitée et bonne appréhension des services. Il ne serait cependant pas réaliste d'attendre d'enquêtes EDS ou PMA2020 qu'elles incluent de telles questions et collectent une information fiable rétrospectivement. L'analyse approfondie de ces types de données d'enquêtes sur les établissements, telles que les enquêtes d'évaluation de prestation de services (SPA) menées dans le cadre de l'EDS,¹⁹ pourrait être utile à la décision de la mesure dans laquelle les trois ou quatre questions actuellement incluses dans les enquêtes EDS et PMA2020 pourraient couvrir d'autres questions importantes concernant l'information échangée entre les prestataires de services et les clientes. Cette analyse faciliterait aussi la détermination des questions clés minimales qui puissent être prétestées puis incluses dans les enquêtes EDS ou PMA2020.

LIMITES

Dans cette étude, l'IIM a été estimé sur la base de données d'EDS de niveau individuel rétrospectives. La disponibilité ordinaire de ces données permet de comparer les valeurs d'indice sur l'ensemble des pays et de suivre les évolutions dans le temps. Leur utilité est cependant sujette à certaines limitations, quant à savoir surtout si elles reflètent de manière exacte et complète l'information échangée entre les prestataires et les clientes. Même si les enquêtes en établissement font appel à plusieurs questions pour évaluer le contenu de l'échange d'information,¹⁸ il n'est pas réaliste d'attendre d'enquêtes en population générale la collecte d'une information fiable rétrospectivement sur différents aspects de cet échange. La mesure dans laquelle les trois questions à partir desquelles l'IIM est estimé peuvent refléter le contenu entier de l'échange d'information ne peut être estimée d'après ces données et requiert une analyse approfondie. De plus, les réponses des femmes à ces trois questions ne reflètent peut-être pas précisément ce qui leur a été dit lors de leur consultation sur la contraception, mais plutôt ce dont elles se souviennent et ce qu'elles savent peut-être d'autres sources. Cette tendance à se rappeler et à rapporter l'information peut être plus prononcée dans les rangs socioéconomiques supérieurs, ce qui explique peut-être en partie la hausse de l'IIM suivant le niveau d'éducation des femmes et la richesse du ménage. Cela dit, l'information que les femmes pensent avoir reçue ou celle qu'elles ont peut-être apprise d'autres sources peut être plus importante que ce qui leur a effectivement été dit, en termes de comportement contraceptif ultérieur. Peut-être les enquêtes de fécondité futures pourraient-elles reformuler les trois questions de manière à demander aux femmes ce qu'elles savent et de quelles sources (prestataires ou autres) l'ont-elles appris, concernant chaque élément de l'indice IIM.

Les biais de courtoisie et de rappel posent aussi des limites potentielles. Le premier survient lorsque les répondantes donnent des réponses normatives ou qu'elles pensent celles qui plairont aux intervieweurs. Les valeurs IIM pour la plupart des pays et la plupart des sous-groupes de femmes au sein d'un pays sont nettement inférieures à la cote maximum possible de 100, laissant entendre une faible marge de biais de courtoisie. Quant au biais de rappel, la possibilité en a été examinée en étudiant le rapport entre les valeurs IIM et le temps écoulé depuis l'adoption de la méthode contraceptive. Les femmes dont l'adoption était relativement récente devraient pouvoir se souvenir de l'information mieux que celles pour qui elle remonte à plusieurs années. Ce type de rapport serait aussi attendu si le contenu de l'information fournie s'est amélioré au fil des cinq années écoulées. Pourtant, les valeurs IIM ne varient pas suivant le temps écoulé depuis l'adoption de la pratique, donnant à penser que les valeurs d'indice estimées ne sont pas affectées par le biais de rappel et ne reflètent pas les améliorations de contenu.

Un autre type de sélectivité intervient cependant peut-être. Les utilisatrices de la contraception interviewées dans le cadre d'une enquête transversale ne représentent pas nécessairement celles ayant adopté la pratique contraceptive de nombreuses années auparavant. Elles reflètent plutôt les femmes dont l'adoption remonte bien à ce nombre d'années mais qui ont persévéré dans leur pratique. Les femmes de la cohorte initiale qui ont abandonné la pratique ne sont pas comprises dans l'analyse d'utilisatrices de la contraception d'une enquête transversale, car elles y seraient classifiées comme non-utilisatrices. Le degré de cette sélectivité augmenterait au fil du temps à partir de l'adoption contraceptive, en raison de la hausse de l'abandon cumulé d'une méthode à mesure que le temps passe. La situation ne poserait pas problème si les deux groupes – persévérance et abandon – recevaient la même information. Les observations empiriques donnent cependant à penser que le niveau d'information reçu lors de l'adoption d'une méthode est associé positivement à la persévérance ultérieure.¹⁰⁻¹² Ainsi, les femmes qui reçoivent moins d'information sont plus susceptibles d'abandonner la méthode, laissant donc celles qui en ont reçu davantage. Cette sélectivité impliquerait une surestimation de l'IIM sur la base des données d'enquêtes en population générale. Il n'est pas possible de contrôler cette possibilité puisque l'enquête EDS ne pose pas les trois questions aux femmes qui ont abandonné leur méthode.

Cette sélectivité pourrait affecter les comparaisons transnationales; le degré de sélectivité dépend de l'éventail de méthodes d'un pays, car différentes méthodes présentent différents taux d'abandon. Les comparaisons transnationales peuvent aussi être affectées par le fait qu'un pays peut avoir différentes proportions d'utilisatrices novices et anciennes. Il est extrêmement important de documenter, par une recherche approfondie, l'effet de cette sélectivité sur les valeurs IIM.

Enfin, un indicateur unique ne pourrait dépendre en-

tièrement les forces et les faiblesses du programme de planification familiale d'un pays. L'indice IIM reflète simplement une facette du programme, concernant la situation de l'information donnée aux utilisatrices actuelles sur un nombre de points limité.

CONCLUSIONS

L'initiative FP2020 a fait un pas important dans la bonne direction en incluant l'IIM comme indicateur clé utile au suivi d'un aspect important de l'échange d'information. Les résultats de cette analyse révèlent l'existence d'une marge d'amélioration importante en ce qui concerne le contenu de l'échange, susceptible aussi d'entraîner de rapides gains en termes de meilleurs résultats de santé reproductive des clientes.

Le suivi de l'évolution de l'IIM est important, mais il ne suffit pas. Il est peu probable que l'indice augmente rapidement en l'absence d'efforts spéciaux, par les programmes de planification familiale, en vue d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de services de même que dans les communautés, parmi les gestionnaires de dépôt et dans les pharmacies de réapprovisionnement. L'amélioration du contenu de l'échange d'information et de la qualité des soins demande un effort concerté. Au Pakistan et aux Philippines, des études expérimentales illustrent la façon de procéder.^{18,20} Ces études ont démontré la faisabilité de l'élaboration et de la mise en œuvre d'interventions de formation des prestataires à l'interaction avec leurs clientes en vue d'améliorer la qualité des soins, révélant par ailleurs la possibilité d'améliorer la nature de l'interaction cliente-prestataire à travers ces interventions. La Stratégie de Counselling Équilibré a également permis d'améliorer le contenu de l'échange entre prestataires et clientes.²¹

Une certaine tension peut naître de la nécessité d'accéder, d'une part, à un objectif numérique (atteindre un certain nombre d'utilisatrices de la contraception moderne, par exemple) et d'améliorer, d'autre part, la qualité des services.¹⁴ L'attention focalisée sur l'objectif numérique peut nuire à la qualité des soins assurés dans certains pays. Une façon de minimiser le conflit potentiel entre la quantité et la qualité consiste à inclure des activités et à budgétiser l'amélioration du contenu de l'échange d'information dans les plans de pays articulés sous les auspices de l'initiative FP2020. L'objectif numérique, aussi bien que la qualité des soins, peuvent être incorporés en fixant le but à « 120 d'ici 2020, en passant par la qualité ».

RÉFÉRENCES

1. Brown W et al., Developing the "120 by 20" goal for the Global FP2020 Initiative, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(1):73-84.
2. Jain AK et al., Reducing unmet need by supporting women with met need, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013, 39(3):133-141.
3. Bradley SEK, Schwandt HM et Khan S, Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, États-Unis: ICF Macro, 2009, n° 20.
4. Ali MM, Cleland JG et Shah IH, *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence from 60 Demographic and*

Health Surveys, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2012.

5. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1-16.
6. Ross J et Hardee K, Access to contraceptive methods and prevalence of use, *Journal of Biosocial Science*, 2013, 45(6):761-778.
7. Ross J et Stover J, Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009, *Global Health, Science and Practice*, 2013, 1(2):203-212.
8. Bruce J, Fundamental elements of the quality of care: a simple framework, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2):61-91.
9. Koenig MA, Hossain MB et Whittaker M, The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):278-289.
10. RamaRao S et al, The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76-83.
11. Sanogo D et al., Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal, *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7(2):57-73.
12. Jain AK et al., Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines, *Journal of Biosocial Science*, 2012, 44(1):27-41.
13. Family Planning 2020 (FP2020), Progress report 2014-2015: commitment to action, Washington, DC: FP2020, 2015, <http://2014-2015progress-fr.familyplanning2020.org/>.
14. RamaRao S et Jain AK, Aligning goals, intents, and performance indicators in family planning service delivery, *Studies in Family Planning*, 2015, 46(1):97-104.
15. FP2020, Measurement annex: commitment to action, 2015, <http://2014-2015progress.familyplanning2020.org/page/measurement/annex>.
16. Khan S et al., Contraceptive trends in developing countries, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, États-Unis: Macro International, 2007, n° 16, <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR16/CR16.pdf>.
17. Ortayli N et Malarcher S, Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs, *Studies in Family Planning*, 2010, 41(2):101-108.
18. Costello M et al., A client-centered approach to family planning: the Davao project, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(4):302-314.
19. Demographic Health Surveys, Service Provision Assessment (SPA) overview, 2015, <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm>.
20. Sathar Z et al., Introducing client-centered reproductive health services in a Pakistani setting, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):221-234.
21. León FR et al., *The Balanced Counseling Strategy: A Toolkit for Family Planning Service Providers*, Washington, DC: Population Council, 2008.

Remerciements

Ce document a été préparé dans le cadre du projet « Measuring and Monitoring Quality of Services and Quality of Care », sous subvention au Population Council de la David and Lucile Packard Foundation. Une version antérieure en a été présentée à une rencontre sur la qualité des soins dans les cliniques franchisées du secteur privé tenue à Bellagio (Italie), du 13 au 15 octobre 2015. L'auteur tient à remercier Adrienne Germaine, Dominic Montagu et John W. Townsend pour leurs précieuses suggestions à une version antérieure.

Coordonnées de l'auteur: ajain@popcouncil.org