

**La connaissance et la pratique de la contraception en Haïti :
facteur de la baisse de la fécondité depuis deux décennies?**

**CONTRACEPTIVE KNOWLEDGE AND USE IN HAITI: AN
ELEMENT OF THE FERTILITY DECLINE OVER THE PAST TWO
DECADES?**

**EL CONOCIMIENTO Y LA PRACTICA DE LA CONTRACEPCIÓN
EN HAITI : FACTOR DE LA DISMINUCIÓN DE LA FECUNDIDAD
DURANTE DOS DÉCADAS?**

Petrina I. Lee Poy and John M. Paxman

Volume 26, Number 1, Spring 1997

La santé (suite)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010224ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010224ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

Haiti is one of the few countries that have had several contraceptive prevalence surveys. With data covering an eighteen-year period, it was possible to identify trends in contraceptive knowledge and use in the country from 1977 to 1995. Despite an increase in prevalence, the impact of contraceptive use on fertility has been minimal compared to the other proximate determinants.

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lee Poy, P. I. & Paxman, J. M. (1997). La connaissance et la pratique de la contraception en Haïti : facteur de la baisse de la fécondité depuis deux décennies? *Cahiers québécois de démographie*, 26(1), 41–68.
<https://doi.org/10.7202/010224ar>

La connaissance et la pratique de la contraception en Haïti : facteur de la baisse de la fécondité depuis deux décennies ?

Petrina I. LEE POY et John M. PAXMAN *

Notre recherche porte sur la connaissance des méthodes contraceptives et la pratique de la planification familiale en Haïti sur une période d'environ vingt ans. Pour en dresser le bilan, nous exploitons quatre enquêtes nationales : l'Enquête haïtienne sur la fécondité de 1977 (EHF), l'Enquête haïtienne sur la prévalence de la contraception de 1983 (EHPC), l'Enquête nationale haïtienne sur la contraception de 1989 (ENAHC) et l'Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, réalisée en 1994-1995 (EMMUS-II).

Des études antérieures ont abordé ce sujet, grâce à l'abondance des données disponibles. Cependant, elles ont surtout porté sur les tendances de la fécondité en Haïti (Chahnazarian, 1992; Guengant et May, 1992; Guengant, 1990). Quant à nous, nous présenterons des analyses descriptives pour montrer l'évolution de la connaissance et de la pratique contraceptives. Nos principales variables sont le groupe d'âge, le niveau d'instruction, le lieu de résidence et le type de méthode connu ou utilisé. D'autre part, l'analyse des déterminants proches de la fécondité mettra en lumière l'impact des pratiques contraceptives sur les niveaux de fécondité en Haïti.

Auparavant, il n'est pas inutile de rappeler le contexte socio-sanitaire et démographique d'Haïti et l'évolution des activités de planification familiale au sein de sa population.

* Consultante en population et santé génésique. Professeur adjoint, École de santé publique, Boston University.

HISTORIQUE

La situation démographique, sociale et sanitaire

La plupart des indicateurs socio-sanitaires et économiques d'Haïti comptent parmi les plus faibles des pays de la région. Les bouleversements politiques et économiques des dernières années n'ont pas contribué à améliorer la situation. On estime que les deux tiers des Haïtiens sont illettrés. Selon le Programme des Nations Unies pour le développement, le pays a un indice de développement humain de 0,276, qui le classe dans le plus faible quartile des pays de la planète. Le taux de mortalité maternelle, de 4,5 pour mille, est trois fois plus élevé dans la capitale, Port-au-Prince, et constitue l'un des pires taux au monde pour une grande ville.

Haïti est de loin le pays le plus pauvre de cet hémisphère. Les trois quarts de la population vivent dans un état de pauvreté absolue, et moins de 60 pour cent de la population a accès à des soins de santé primaire. L'espérance de vie des habitants d'Haïti vient de dépasser 55 ans, indicateur fondamental dans un scénario favorisant une baisse de la fécondité. En fait, la fécondité d'Haïti est la plus élevée de la Caraïbe, et même du continent américain. Un examen attentif des indices synthétiques de fécondité (ISF) disponibles montre que la fécondité a augmenté entre le milieu des années 1970 et le milieu des années 1980, passant de 5,95 enfants par femme en 1976-1977 à 6,4 de 1985 à 1987 (Guengant et May, 1992), avant de revenir à 4,8 enfants par femme et à près de 3,0 enfants par femme à Port-au-Prince en 1995 (Cayemittes et al., 1995).

La population d'Haïti, estimée à 7,18 millions d'habitants en 1995, a connu au cours des dernières années un taux de croissance annuel d'environ 2 pour cent. Ce taux relativement faible propulserait néanmoins la population à 13,9 millions d'habitants en l'an 2025. Ces dernières années, l'émigration a contribué à maintenir la croissance de la population à un bas niveau. La structure de la population est jeune, car les taux de natalité et de mortalité sont élevés (taux bruts de 13 et de 36 pour mille respectivement) : les Haïtiens de moins de 15 ans comptent pour 40 pour cent de la population. À Port-au-Prince, où la fécondité est plus faible, la structure de la population diffère de celle du reste du pays (Cayemittes et al., 1995).

Soins de santé et planification familiale

Les premiers programmes de planification familiale sont apparus à Haïti en 1973. Après plus de deux décennies d'assistance internationale, les taux de fécondité du pays demeurent élevés. Les efforts du secteur public pour mettre en œuvre un programme de planification familiale n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Selon Allman et al. (1987), l'intégration des activités de planification familiale dans un système de soins de santé faible, décentralisé, mal organisé, incapable de fournir les soins de base et ne sachant pas comment établir des activités de type communautaire a considérablement handicapé tous les efforts entrepris en matière de planification familiale en Haïti. Ce n'est que très récemment que l'ambivalence du secteur public sur cette question a été surmontée.

Depuis la chute du régime Duvalier, en 1986, le pays a dû composer avec des perturbations économiques et politiques et une absence de politique nationale et d'orientations claires. Une grande partie de l'assistance internationale et bilatérale fournie au gouvernement a été interrompue au début de 1988, après l'échec des élections de 1987. Par la suite, les prestations du ministère de la Santé publique se sont évidemment écroulées. Puis l'aide a repris et, en 1989 et en 1990, l'USAID (*United States Agency for International Development*) et les Nations Unies ont uni leurs efforts pour soutenir le système de santé. Après le départ du président Aristide, en 1991, l'aide internationale s'est de nouveau arrêtée et un embargo international a été imposé. Les contraceptifs étaient exemptés de l'embargo, mais les fournisseurs ne voulaient pas tenter leur chance en essayant de livrer leurs produits pendant un blocus naval. En novembre 1994, le gouvernement Aristide a pu retourner au pouvoir et l'aide internationale est revenue (UNFPA, 1997).

Depuis 1995, le ministère de la Santé publique et de la Population, de concert avec certaines agences, a défini une stratégie pour répondre aux besoins de soins de santé de la population haïtienne. Cette nouvelle stratégie remplace l'approche verticale traditionnelle et propose un minimum de services comprenant la santé reproductive et des services de *planification familiale*.

Il faut noter que, parallèlement aux efforts du secteur public, la contribution du secteur privé, en particulier des organisations non gouvernementales (ONG), a été significative. Près de la moitié des services de soins de santé primaire ont été

fournis par des organismes bénévoles privés disséminés dans tout le pays. Dans le domaine de la planification familiale, le *Private Sector Family Planning Project* (Projet de planification familiale du secteur privé), soutenu par l'USAID et géré par la Fédération internationale de planification familiale-Région de l'hémisphère occidental, est l'initiative la plus importante. On estime que ce réseau de trente-trois ONG, qui a été actif jusqu'en 1995, a fourni la grande majorité des services de planification familiale, soit plus de 80 pour cent. Ses efforts sont en partie responsables de la hausse récente de l'utilisation de contraceptifs (UNFPA, 1997).

En effet, les circonstances socio-politiques difficiles des dernières années et leur impact non négligeable sur l'approvisionnement et les prestations de services de planification familiale n'ont pas empêché les taux d'utilisation des contraceptifs de connaître une hausse impressionnante. Cependant, tout indique qu'il subsiste au pays une substantielle demande non satisfaite de services de planification familiale. Selon les résultats de l'EMMUS-II, environ le tiers des femmes mariées ou en union qui n'utilisent pas la contraception souhaiteraient espacer ou limiter les naissances.

APERÇU DE L'ÉVOLUTION DE LA CONNAISSANCE ET DE LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION EN HAÏTI

Présentation des quatre enquêtes utilisées

Quatre enquêtes démographiques rétrospectives¹ fournissent des données sur les taux de prévalence de la contraception en Haïti. Elles permettent, entre autres choses, d'évaluer l'efficacité des actions entreprises par le Gouvernement haïtien et par le secteur privé dans le domaine de la planification familiale (voir le tableau 1).

¹ Il faut souligner l'existence d'une cinquième enquête — l'Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS) — entreprise en 1987 par l'Institut haïtien de l'enfance avec la collaboration de la Johns Hopkins University et du ministère de la Santé publique et de la Population. Cependant, les questions sur la contraception étaient moins rigoureuses dans l'EMMUS que dans les autres enquêtes utilisées dans notre analyse. Par exemple, aucune question sur la connaissance n'a été posée. Finalement, nous avons décidé de ne pas utiliser les données de cette enquête.

TABLEAU 1 — Sources des données

ENQUÊTE	ÉCHANTILLON
Enquête haïtienne sur la fécondité, 1977 (EHF) Taille	Échantillon stratifié par grappes 3351 femmes âgées de 15 à 49 ans
Enquête haïtienne sur la prévalence de la contraception, 1983 (EHPC) Taille	Échantillon stratifié par grappes 4321 femmes âgées de 15 à 49 ans
Enquête nationale haïtienne sur la contraception, 1989 (ENAHC) Taille	Échantillon stratifié par grappes 2963 femmes âgées de 15 à 49 ans
Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, 1994-1995 (EMMUS-II) Taille	Échantillon stratifié par grappes 5356 femmes âgées de 15 à 49 ans

Notons que ces enquêtes, toutes de niveau national ², visaient des objectifs sensiblement différents. Dans l'Enquête haïtienne sur la fécondité de 1977, il s'agissait de vérifier les taux de fécondité issus du recensement de 1971, de mettre en évidence les éléments spécifiques de la fécondité haïtienne et de fournir les premières données sur le degré de connaissance des méthodes de contraception, le niveau de la pratique contraceptive et le comportement en matière de planification familiale (Institut haïtien de statistique et Enquête mondiale sur la fécondité, 1981).

L'Enquête haïtienne sur la prévalence de la contraception de 1983 fait partie des enquêtes de prévalence contraceptive

² La base d'échantillonnage des trois premières enquêtes était de niveau national. La population a été divisée en trois strates : métropolitaine, urbaine et rurale. La surreprésentation des deux premières strates a permis d'obtenir des données détaillées sur leur fécondité et sur leur contraception. On a ensuite obtenu des chiffres nationaux en pondérant les résultats. Dans la dernière enquête, seule la strate urbaine a été suréchantillonnée par rapport à Port-au-Prince métropolitaine et au milieu rural, étant donné qu'elle représentait moins de 10 pour cent de la population haïtienne en 1993 (Cayemittes et al., 1995).

(EPC) organisées par la *Westinghouse Public Applied Systems* afin d'aider les administrateurs de programmes de planification familiale à évaluer leurs résultats, à vérifier la fiabilité des statistiques de service existantes et à mesurer les niveaux de connaissance et d'utilisation de certaines méthodes de planification familiale, de même que leur disponibilité. Cette enquête permettait aussi d'identifier divers obstacles à la diffusion de la contraception (Département de la santé publique et de la population, 1985).

Dans la même voie, l'Enquête nationale haïtienne sur la contraception de 1989 devait rassembler de l'information sur les taux de fécondité et de contraception en Haïti. Son but était d'évaluer les résultats des activités de planification familiale dans l'ensemble du pays, d'estimer les besoins en contraceptifs et de décrire les tendances de la fécondité et de l'utilisation des contraceptifs (Institut haïtien de l'enfance, 1991).

Finalement, l'Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services de 1994-1995³ a été exécutée par l'Institut haïtien de l'enfance avec l'assistance technique du programme *Demographic and Health Surveys* de Macro International Inc. Cette enquête a fourni des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel des enfants et des femmes, ainsi que la mortalité infanto-juvénile, les maladies sexuellement transmissibles et le sida (Cayemittes et al., 1995).

Ces quatre enquêtes contiennent un ensemble de données très riches, non seulement sur la connaissance et l'utilisation de la contraception, mais aussi sur les motivations qui président à son utilisation⁴. Ces données fournissent une vision «historique» de l'évolution des attitudes envers la contraception et de la pratique de la planification familiale en Haïti à partir de 1977.

³ Nous tenons à remercier Neeru Gupta, étudiante au Département de démographie de l'Université de Montréal, qui a effectué le traitement statistique de cette dernière enquête pour la rendre comparable aux trois premières.

⁴ Ces dernières ne sont pas abordées dans le présent texte.

Les données sur la contraception : similitudes et différences entre les quatre enquêtes

Avant d'analyser les données, il faut signaler que les enquêtes sur lesquelles nous nous appuyons ne sont pas tout à fait identiques.

Méthodologie

En ce qui concerne les méthodologies utilisées pour obtenir les données relatives à la connaissance et à l'utilisation de la contraception, la section des enquêtes consacrée à la contraception — ou régulation de la fécondité — débutait par une série de questions standard ayant pour but de déterminer si les femmes interrogées connaissaient les diverses méthodes contraceptives; en cas de réponse affirmative, on leur demandait si elles avaient déjà utilisé la méthode désignée. Finalement, on demandait à celles qui avaient répondu positivement aux questions sur l'utilisation passée si actuellement elles utilisaient une méthode. Ainsi, seules les femmes ayant répondu positivement aux questions sur la connaissance des méthodes étaient interrogées sur leur utilisation de la contraception. Les résultats concernant l'utilisation actuelle permettent d'arriver au *taux de prévalence contraceptive* (TPC)⁵. Ce taux équivaut au pourcentage de couples ayant utilisé une méthode de contraception, moderne ou traditionnelle, à un moment donné (habituellement, couples en union où la conjointe est âgée de 15 à 44 ou 49 ans).

Connaissance des méthodes de contraception

En raison de l'influence de la contraception sur le niveau de fécondité et de la relation évidente entre la connaissance de la contraception et son utilisation, les quatre enquêtes ont recueilli des informations sur ce sujet auprès de toutes les femmes, même si elles n'avaient jamais été en union.

⁵ Le taux de prévalence contraceptive est l'indice le plus utilisé pour mesurer l'impact des programmes de planification familiale. Il est devenu l'indicateur standard universellement accepté pour évaluer le succès d'un programme au cours du temps dans n'importe quel pays (Srinivasan, 1993). On le calcule de la façon suivante : les femmes qui ont répondu positivement à la question concernant l'utilisation actuelle de la contraception forment le numérateur, et les femmes en union et en âge de procréer le dénominateur.

La connaissance de la contraception était de deux types. 1) Lorsque la femme citait d'elle-même une ou des méthodes contraceptives, il y avait connaissance «sans aide» ou «spontanée». 2) Lorsque la femme était incapable de nommer une méthode ou mentionnait seulement un nombre réduit de méthodes, l'enquêtrice intervenait en citant les méthodes que la femme n'avait pas nommées; si la femme reconnaissait une ou plusieurs des méthodes citées, il y avait connaissance «avec aide» ou «non spontanée». Cependant, dans l'EHF et l'EMMUS-II, l'enquêtrice *décrivait* en détails à la femme toutes les méthodes que celle-ci n'avait pas mentionnées spontanément.

Notre analyse tient compte des méthodes suivantes : 1) pilule, 2) condom, 3) stérilet, 4) ligature des trompes, 5) vasectomie, 6) injection, 7) implants contraceptifs (Norplant), 8) méthode Ogino-calendrier et 9) retrait. Les sept premières méthodes sont dites modernes, les deux dernières traditionnelles. Il faut mentionner que l'injection, n'étant pas encore disponible lors de l'EHF de 1977, ne figure pas parmi les méthodes abordées dans cette enquête. Enfin, les implants ne sont pas vraiment apparus en Haïti avant les années 1990.

Utilisation actuelle

L'aspect temporel (chronologique) est primordial lorsqu'on mesure l'utilisation de la contraception. L'utilisation actuelle est définie comme la pratique contraceptive au moment de l'enquête. On n'a pas cherché à savoir si cette utilisation était ancienne ou récente. Les enquêtes ne fournissent aucun renseignement sur la régularité de l'emploi de la méthode actuelle ni sur la compréhension de l'enquêtée quant à l'utilisation correcte de la méthode.

Des renseignements sur l'utilisation actuelle de la contraception venant de femmes qui n'étaient pas enceintes et avaient déjà utilisé une méthode contraceptive (sauf dans le cas de l'EHPC 1983, où il suffisait de connaître une méthode pour passer à la question sur l'utilisation actuelle) nous ont permis de calculer le taux de prévalence contraceptive. Il est important de mentionner que l'EHF n'a posé la question sur l'utilisation actuelle de la contraception qu'aux femmes en union, alors que les trois autres enquêtes ont interrogé sur ce sujet toutes les femmes, quelle que soit leur situation matrimoniale. Il faut aussi noter que, lors de l'EHF, les questions sur l'utilisation actuelle de la contraception ont été posées seulement aux femmes qui se sont déclarées fertiles. Cette catégorie de femmes

— en union, non enceintes et fertiles — regroupe l'ensemble des femmes «exposées» au risque de grossesse au moment de l'enquête. Cette définition a été recrée pour les trois enquêtes suivantes.

Évolution de la connaissance de la contraception

Bien que la mesure de la connaissance des moyens contraceptifs ne soit pas suffisamment précise et détaillée dans les quatre enquêtes, elle permet tout de même de dégager la prise de conscience des femmes sur les questions de planification familiale. Cet indicateur renseigne donc, quoique superficiellement, sur l'ampleur de la notion de régulation des naissances parmi les femmes haïtiennes.

Le tableau 2 donne une idée globale de la proportion de femmes en union ayant entendu parler d'au moins une méthode contraceptive, en fonction de certaines variables ⁶. Lors de l'EHF de 1977, le taux de connaissance d'au moins une méthode était de 83 pour cent. Il était passé à 86 pour cent en 1983 et restait à peu près au même niveau, à 85 pour cent, en 1989. Les résultats de la dernière enquête laissent apparaître une forte augmentation, à 99 pour cent. Ces pourcentages élevés témoignent d'une connaissance généralisée de la contraception en Haïti ⁷.

Les niveaux de connaissance selon l'âge lors des trois premières enquêtes dépassent 80 pour cent, sauf dans quelques groupes exceptionnels, tels celui des femmes âgées de 35-39 ans en 1977 et celui des femmes les plus âgées (45-49 ans) aux enquêtes de 1983 et de 1989. L'enquête de 1995 révèle des niveaux de connaissance presque égaux pour tous les groupes d'âge, variant entre 98 et 99 pour cent.

Il existe néanmoins une corrélation positive entre le niveau d'instruction et la connaissance : plus les femmes sont instruites, plus leur connaissance des méthodes contraceptives est élevée. En 1977, 1983 et 1989, 80 pour cent des femmes

⁶ Le chi carré est significatif à 5 pour cent pour les variables groupe d'âge et résidence, à 1 pour cent pour la variable niveau d'instruction.

⁷ Une enquête qualitative utilisant la méthode du «focus group» a confirmé la connaissance répandue de la contraception, et surtout de la pilule, en Haïti. La majorité des personnes interrogées avaient une attitude positive envers la contraception, mais également des soupçons sur son mode d'utilisation. Cependant, ces soucis étaient minimes par rapport au désir de la connaître davantage (The Futures Group, 1988).

TABLEAU 2 — Pourcentage de femmes en union de 15 à 49 ans connaissant au moins une méthode contraceptive selon quelques variables sélectionnées, Haïti, 1977, 1983, 1989, 1995

Variables	EHF 1977 N=1729	EHPC 1983 N=2556	ENAHC 1989 N=1837	EMMUS-II 1995 N=3057
ENSEMBLE	83,2	85,6	85,4	98,9
<i>Groupe d'âge</i>				
5-19 ans	89,1	81,8	80,0	99,4
20-24	85,5	83,3	87,9	99,2
25-29	83,4	86,5	88,0	99,3
30-34	85,4	87,6	85,7	99,2
35-39	77,1	90,9	87,5	98,6
40-44	84,6	82,1	83,1	98,2
45-49	80,2	79,2	76,5	98,2
<i>Niveau d'instruction</i>				
Illettrée	78,1	79,5	82,2	98,1
< 4 ans primaire	96,2	89,9	87,1	99,4
4 ans primaire ou +	97,5	94,6	94,0	100,0
Secondaire ou +	98,7	99,6	93,8	100,0
<i>Résidence</i>				
Port-au-Prince	97,0	96,5	91,1	99,8
Rurale	78,0	77,7	84,3	98,3
<i>Type de méthode</i>				
Pilule	73,5	80,0	79,8	94,7
Stérilet	50,8	34,3	26,6	40,6
Condom	50,4	75,9	76,6	95,7
Ogino-calendrier	55,4	14,9	9,2	46,2
Retrait	48,6	24,9	24,9	67,4
Ligature de trompes	38,2	28,8	40,7	76,9
Vasectomie	14,6	13,9	14,1	43,3
Injection ^a	—	49,5	59,2	91,4
Implant ^b	—	—	—	59,8

Sources : EHF 1977, EHPC 1983, ENAHC 1989, EMMUS-II 1994-1995, échantillons pondérés.

a. L'injection n'existait pas en 1977.

b. L'implant n'existait pas avant 1990.

illettrées connaissent au moins une méthode, et la proportion atteint 98 pour cent en 1995; mais, aux quatre années, 90 pour cent des femmes de niveau d'instruction secondaire sont dans le même cas. Du reste, les écarts de niveau d'instruction rétrécissent d'une enquête à l'autre, et disparaissent à toutes fins pratiques en 1995.

L'évolution des variations différentielles de la connaissance selon les strates résidentielles ⁸ est aussi très révélatrice. De 1977 à 1989, la connaissance d'une méthode quelconque est plus répandue parmi les femmes demeurant dans la capitale que parmi celles de l'aire rurale. Cependant, en 1995, on ne relève aucune différence entre les deux groupes puisque la connaissance des méthodes contraceptives est aussi répandue dans la zone métropolitaine que dans les zones rurales.

La dernière partie du tableau nous renseigne sur la connaissance des méthodes (connaissance spontanée et connaissance non spontanée confondues). Dans les trois premières enquêtes, la méthode la plus connue était la pilule. L'EMMUS-II présente le condom comme la méthode la plus connue, mais la pilule suit de très près. Cette connaissance répandue de la pilule est probablement attribuable à l'opinion favorable envers cette méthode. La méthode la moins connue était la vasectomie dans les enquêtes de 1977 et de 1983, la méthode Ogino-calendrier dans l'enquête de 1989 et le stérilet dans l'enquête la plus récente. Les trois méthodes les plus connues étaient, par ordre d'importance : la pilule (74 pour cent), la méthode Ogino-calendrier (55 pour cent) et le stérilet (51 pour cent) en 1977; la pilule (80 pour cent), le condom (76 pour cent) et l'injection (50 pour cent) en 1983; la pilule (80 pour cent), le condom (77 pour cent) et l'injection (59 pour cent) en 1989; et le condom (96 pour cent), la pilule (95 pour cent) et l'injection (91 pour cent) en 1995.

Le fait que la connaissance des méthodes modernes soit répandue chez les femmes haïtiennes peut être mis en rapport avec les vastes campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) ⁹ en faveur de la planification familiale et de la prévention du sida ¹⁰. Il est important de noter éga-

⁸ Pour la catégorie «autres villes», qui ne représente qu'un faible pourcentage de la population haïtienne (moins de 10 pour cent), la faible taille des échantillons ne permet pas de faire une analyse séparée. La comparaison entre les milieux de résidence porte donc seulement sur la capitale et le milieu rural, à l'exclusion des «autres villes». Au niveau national, les estimations sont basées sur les échantillons complets.

⁹ Ces activités incluaient des émissions en créole — «Radio Docteur» — animées par un tandem d'animateurs très connus, une utilisation judicieuse des ressources du folklore haïtien : chants, contes, saynettes, des efforts entrepris par la Télévision nationale d'Haïti et le «télédiol», c'est-à-dire le système de communication orale en usage dans les quartiers populaires et les communautés rurales.

¹⁰ Haïti est l'un des premiers pays où l'épidémie s'est déclarée. En 1991, c'était encore l'un des plus sévèrement touchés, à tel point que la lutte contre le sida est devenue l'une des priorités d'action du MSSP. Une

lement que le niveau de connaissance des deux méthodes traditionnelles — le retrait et le calendrier — semble avoir considérablement diminué de 1977 à 1989. En 1977, 55 et 49 pour cent des femmes en union déclaraient connaître le calendrier et le retrait respectivement. En 1989, seulement 9 pour cent des femmes déclaraient connaître le calendrier, et 25 pour cent le retrait. La dernière enquête révèle une hausse remarquable du niveau de connaissance de ces deux méthodes : 46 pour cent pour le calendrier et 67 pour cent pour le retrait. Cette baisse suivie d'une augmentation est fort probablement liée à la manière dont les questions sur la connaissance des méthodes contraceptives ont été posées dans les quatre enquêtes. Rappelons que la méthodologie utilisée pour la première et la dernière enquête était différente de celles qui ont servi pour les deux enquêtes intermédiaires. Anderson et Cleland (1984) soutiennent que la description (cas de l'EHF et de l'EMMUS-II) et l'absence de description des méthodes contraceptives peuvent engendrer des différences importantes dans les résultats pour les méthodes traditionnelles comme le retrait et la méthode Ogino-calendrier; mais cela ne semble pas être le cas pour les méthodes modernes très connues comme la pilule.

La hausse remarquable de la connaissance de l'injection est à noter. Plus de 90 pour cent des femmes ont entendu parler de cette méthode dans une période d'un peu plus de dix ans. Il faut aussi signaler l'augmentation de la connaissance de l'implant, méthode apparue en Haïti au début des années 1990. Lors de la dernière enquête, 60 pour cent des femmes en union connaissaient déjà cette méthode.

La description qui précède montre clairement que la connaissance de la contraception est élevée en Haïti, mais limitée à trois méthodes principales : la pilule, le condom et l'injection. Nous verrons qu'une forte connaissance d'une méthode n'implique pas automatiquement son utilisation répandue.

Évolution de l'utilisation de la contraception

L'utilisation actuelle de la contraception constitue l'une des principales préoccupations des enquêtes de prévalence contra-

enquête effectuée en 1989 a montré que l'ensemble de la population haïtienne paraît connaître aussi bien l'existence du condom que ses propriétés (Adrien et Cayemittes, 1991).

ceptive. Elle est définie comme l'utilisation d'une méthode contraceptive par les femmes en union *au moment* de l'enquête. Cependant, le concept d'utilisation «au moment de l'enquête» n'a pas été défini de manière précise; on a supposé qu'il était compris de la même façon, à peu de chose près, par toutes les femmes interrogées. Le tableau 3 donne la répartition des femmes en union utilisant une méthode quelconque de contraception au moment de l'enquête ¹¹. Le taux de prévalence contraceptive en Haïti est passé de 18 pour cent en 1977 à 7 pour cent en 1983, pour remonter à 10 pour cent en 1989 et à 17 pour cent en 1995. Malgré les réserves exprimées plus haut quant à l'homogénéité des méthodes de collecte utilisées dans les quatre enquêtes, ces chiffres donnent une idée des niveaux d'utilisation de la contraception en Haïti.

Allman et al. (1987) soupçonnent que la baisse de la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes entre 1977 et 1983 est liée à la détérioration des prestations de services de planification familiale en Haïti après l'intégration de la Direction de l'hygiène familiale au ministère de la Santé publique et de la Population. Ce changement majeur dans la gestion du programme de planification familiale a entraîné plusieurs contraintes qui ont sérieusement handicapé le programme : gestion insuffisante des ressources en personnel, supervision du personnel mal assurée et manque de matériel, notamment de moyens contraceptifs, pour n'en nommer que quelques-unes. Le démarrage du *Private Sector Family Planning Project*, en 1985, a donné un nouvel élan aux prestations de planification familiale à travers le pays. L'effet de ce programme, qui a duré dix ans, explique sans doute en partie l'augmentation de l'utilisation de la contraception après 1983 mise en évidence par le tableau 3 (Lee Poy, 1995).

L'utilisation différentielle de la contraception par catégorie d'âge reflète l'évolution des besoins en moyens contraceptifs durant le cycle de vie de la femme. Il ressort du tableau 3 que l'utilisation actuelle de la contraception est maximale dans les groupes d'âge 30-34 ans et 40-44 ans en 1977, et dans les groupes d'âges 35-39 ans et 40-44 ans en 1983. Aux deux dernières enquêtes, l'utilisation maximale se produit chez les 30-34 ans.

Alors que le plus grand écart selon la parité (données non présentées) se situe entre le premier et le deuxième enfant dans

¹¹ Le chi carré est significatif à 10 pour cent pour les variables groupe d'âge, niveau d'instruction et résidence, et à 1 pour cent pour les méthodes modernes.

TABLEAU 3 — Pourcentage de femmes en union de 15 à 49 ans utilisant actuellement une méthode contraceptive selon quelques variables sélectionnées, Haïti, 1977, 1983, 1989, 1995

Variables	EHF 1977 N=1729	EHPC 1983 N=2556	ENAHC 1989 N=1837	EMMUS-II 1995 N=3057
Ensemble	17,9	6,6	10,0	17,3
<i>Groupe d'âge</i>				
15-19	14,3	3,9	2,7	10,0
20-24	14,1	4,2	5,4	14,3
25-29	16,7	6,9	7,1	19,6
30-34	22,2	7,8	15,3	22,1
35-39	14,6	8,5	14,2	19,7
40-44	24,9	8,8	10,6	17,6
45-49	16,6	2,3	6,5	11,9
<i>Niveau d'instruction</i>				
Illettrée	12,9	3,3	7,9	11,3
< 4 ans primaire	30,4	5,2	12,0	18,1
4 ans primaire ou +	31,8	13,8	12,1	23,8
Secondaire ou +	34,6	26,5	18,4	32,9
<i>Résidence</i>				
Port-au-Prince	25,4	13,2	13,9	27,1
Rurale	14,7	2,4	8,8	12,8
<i>Type de méthode</i>				
Pilule	3,5	2,2	4,1	3,1
Stérilet	0,5	0,2	0,5	0,2
Condom	1,1	0,4	0,4	2,6
Ogino-calendrier	5,2	1,3	0,4	1,7
Retrait	4,5	1,5	0,4	2,2
Ligature de trompes	0,2	0,7	2,4	3,2
Vasectomie	0,1	0,1	0,4	0,2
Injection ^a	—	0,2	1,6	2,8
Implant ^b	—	—	—	1,2
MÉTHODES MODERNES	5,4	3,8	9,4	13,3

Sources : EHF 1977, EHPC 1983, ENAHC 1989, EMMUS-II 1994-1995, échantillons pondérés.

a. L'injection n'existait pas en 1977.

b. L'implant n'existait pas avant 1990.

les trois premières enquêtes, l'enquête de 1995 présente un écart maximal entre 0 et le rang 1. Cela donne à penser que les femmes haïtiennes commencent peut-être à envisager sérieusement la contraception plus tôt dans leur vie reproductive.

Il y a une nette différence dans l'utilisation actuelle de la contraception entre les femmes sans instruction et celles qui ont une certaine instruction. Il semble aussi que les femmes instruites se renseignent davantage sur les méthodes contraceptives et s'en servent plus efficacement que les femmes non instruites. Les pourcentages d'utilisation sont beaucoup plus élevés en 1977 et en 1995 qu'en 1983 et en 1989, probablement à cause de la sous-estimation des méthodes traditionnelles, signalée plus haut.

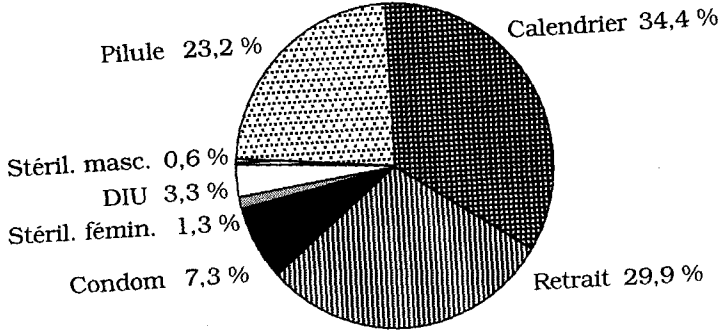
L'utilisation actuelle diffère également selon le milieu de résidence. Elle est plus répandue en milieu urbain (Port-au-Prince) qu'en milieu rural. Cette différence reflète en partie l'accessibilité des services de planification familiale, qui est meilleure dans la capitale que dans les zones rurales.

En examinant les tendances de l'utilisation de la contraception par méthode, nous constatons une baisse importante de l'utilisation des méthodes traditionnelles, qui passe de 10 pour cent en 1977 à 0,8 pour cent en 1989 et à 3,9 pour cent en 1995. Parallèlement, l'utilisation des méthodes modernes est passée de 5 pour cent en 1977 à 9 pour cent en 1989 et à 13 pour cent en 1995. La combinaison de ces deux évolutions divergentes explique largement l'évolution plutôt erratique du taux de prévalence contraceptive.

La répartition des différentes méthodes contraceptives est remarquablement équilibrée en 1995 (figure 1). Chacune des méthodes «actuelles», soit la stérilisation féminine, la pilule, le condom et les injections, est utilisée dans 15 à 19 pour cent des cas. Le calendrier et le retrait le sont dans 10 pour cent des cas ou plus. Les changements notables dans l'utilisation des différentes méthodes représentent une caractéristique importante dans l'historique de la contraception en Haïti.

L'observation de ces tendances soulève une question et quelques commentaires. Pourquoi la méthode Ogino-calendrier et le retrait sont-ils si faiblement utilisés, notamment lors de l'enquête de 1989 (4 pour cent) ? En examinant la part de la contraception moderne par rapport au taux de prévalence contraceptive à chaque enquête, nous obtenons les résultats suivants. L'utilisation des méthodes modernes représentait 30 pour cent de l'utilisation totale en 1977, 58 pour cent en 1983 et 94 pour cent en 1989, mais seulement 77 pour cent en 1995. L'enquête de 1989 doit être utilisée avec prudence en raison de cette anomalie. Les résultats des trois autres enquêtes restent malgré tout plus ou moins cohérents entre eux.

1977



1983

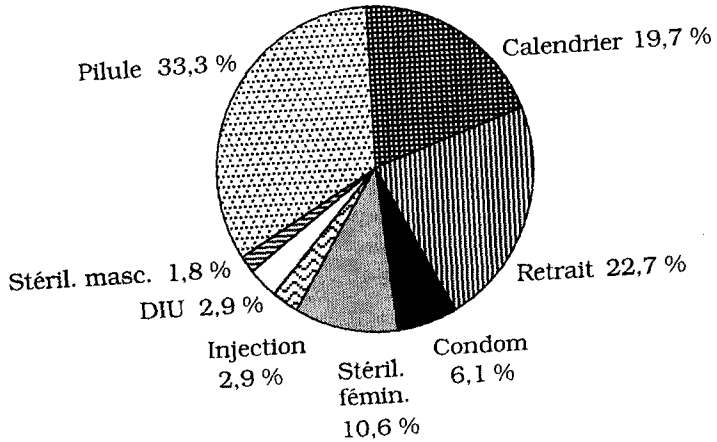


FIGURE 1 — Répartition procentuelle des méthodes contraceptives par enquête, Haïti, 1977-1995

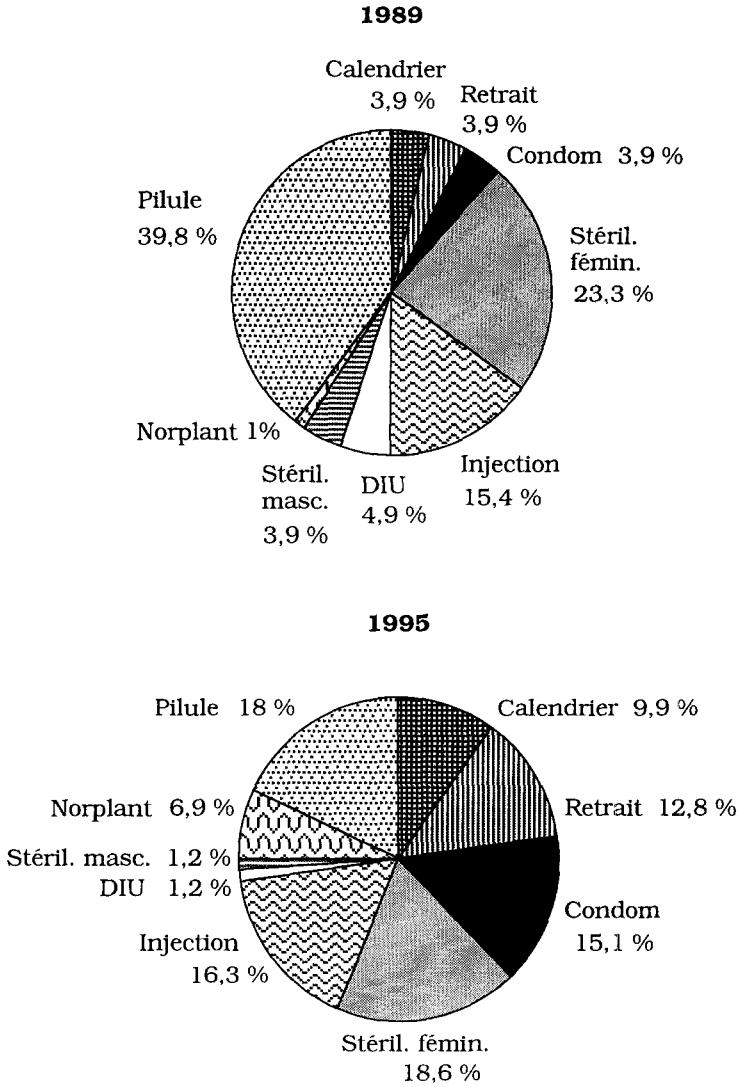


FIGURE 1 (suite) — Répartition procentuelle des méthodes contraceptives par enquête, Haïti, 1977-1995

Malgré les fluctuations observées, on note une augmentation de l'utilisation du condom au cours des dernières années. Cette tendance étonne peu compte tenu de l'impact du sida en Haïti. Par ailleurs, l'utilisation de l'injectable ressort clairement de l'enquête de 1995. Le recul de la pilule est le corollaire de ces accroissements.

Le tableau 3 montre que la stérilisation féminine et la pilule sont les deux méthodes les plus utilisées par les Haïtiennes depuis la fin des années 1980. La prévalence de la stérilisation a augmenté régulièrement depuis 1977, année où 0,2 pour cent des femmes avaient déjà subi cette opération. Une partie de cette progression est bien entendu cumulative. Lors de l'EMMUS-II, la prévalence était de 3,2 pour cent, soit une augmentation de 0,8 point de pourcentage comparativement à la situation qui prévalait cinq ans plus tôt (2,4 pour cent).

L'utilisation de la pilule a fluctué au cours des années. La prévalence des contraceptifs oraux était plus faible en 1995 qu'en 1977. Elle passe de 3,5 pour cent en 1977 à 2,2 pour cent en 1983, rebondit en 1989, et atteint 3,1 pour cent en 1995.

La prévalence des condoms était d'environ 2,6 pour cent en 1995. C'est quatre fois plus qu'en 1989. Il est intéressant de constater que, lors de l'EMMUS-II, les hommes ont dit utiliser le condom deux à trois fois plus souvent que les femmes. Pour les autres méthodes, le niveau des réponses était à peu près le même. Cela soulève quelques questions à la fois intéressantes et embarrassantes : l'une d'elles, et non la moindre, est liée aux comportements différenciés en matière de sexualité et aux mesures individuelles de prévention du sida.

Il est fort probable que l'utilisation du condom augmentera dans les années à venir, pour deux raisons principales liées à la crainte du sida et non à la planification des naissances. Premièrement, la notion de précautions contre le VIH se répand parmi les prestataires des soins de santé aussi bien que dans le grand public. Cette sensibilisation a créé une demande pour les condoms. Deuxièmement, le personnel des services de planification familiale commence à conseiller fortement la stratégie de la «double protection» à ses clients. Même si l'homme, la femme ou le couple utilisent une méthode efficace, on leur conseille le condom s'ils appartiennent à un groupe à risque élevé pour le VIH.

L'utilisation des injections a connu une croissance rapide en Haïti. En 1983, sa prévalence, notée pour la première fois, était de 0,2 pour cent; elle est passée à 1,6 pour cent en 1989 et

atteignait 2,8 pour cent des femmes en union lors de la dernière enquête.

LES DÉTERMINANTS PROCHES DE LA FÉCONDITÉ ET L'IMPACT DE LA CONTRACEPTION

Les conditions qui prévalent actuellement dans les pays en développement permettent de prévoir que la contraception expliquera 80 pour cent de la diminution future de la fécondité dans ces pays (Merrick, 1986). Cette prédiction s'appuie sur l'analyse de l'importance relative des déterminants proches de la fécondité développée par Bongaarts (1982). Ces déterminants considérés comme ayant des effets «réducteurs» sur la fécondité comprennent : a) la durée de l'union; b) la durée de l'abstinence post-partum, l'infécondabilité post-partum et l'allaitement maternel; c) le taux d'avortement; d) le pourcentage de femmes infécondes (infécondité définitive); et e) l'utilisation de méthodes contraceptives, traditionnelles ou modernes.

Tous ces déterminants proches ont influencé l'évolution récente de la fécondité en Haïti. Mais il semble que, parmi eux, les pratiques contraceptives aient une influence moins importante en Haïti que dans d'autres pays. Guengant et May (1992) ont établi les relations et influences des divers déterminants eu égard à la fécondité haïtienne pour la période 1971-1989. Dans la continuité de leurs travaux, nous allons examiner l'influence relative plus récente de ces déterminants, à l'aide des données de l'enquête de 1995. Cela nous permettra d'analyser les pratiques contraceptives dans leur contexte et nous aidera à comprendre le rôle particulier de la contraception dans le déclin de la fécondité au cours des vingt dernières années.

La figure 2 permet de mesurer l'impact de chacun des déterminants sur l'indice synthétique de fécondité (ISF), et le tableau 4 l'impact numérique des déterminants sur les naissances évitées. Notre modèle repose sur l'hypothèse que la fécondité naturelle maximum est demeurée constante à 17,7 enfants par femme pendant les deux dernières décennies ¹².

¹² Les indicateurs de base provenant des quatre enquêtes ont été utilisés dans l'application du modèle de Bongaarts, sauf pour l'avortement provoqué. Pour ce dernier cas, nous avons fait une estimation pouvant être appliquée au modèle. Les résultats ont fourni un taux de fécondité naturelle (supposé) de 17,7 permettant d'obtenir des résultats suffisamment valables quant à l'impact relatif des déterminants proches sur l'indice synthétique de fécondité au cours des vingt dernières années.

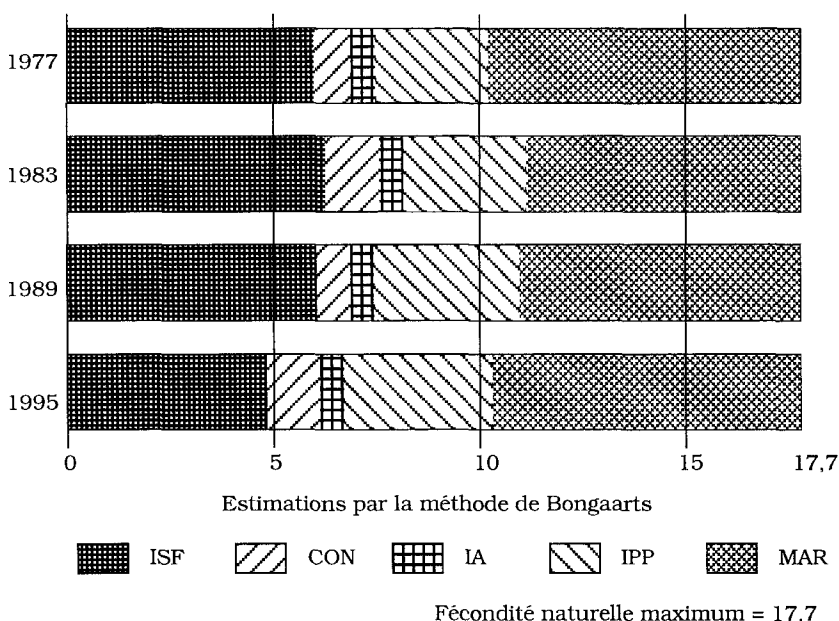


FIGURE 2 — Effets des déterminants proches de la fécondité, Haïti, 1977-1995

Âge à la première union (MAR)¹³

Guengant et May (1992) et Chahnazarian (1992) soutiennent que les fluctuations des pourcentages de femmes vivant dans les trois types d'union observés en Haïti (mariage, cohabitation et «vivavek») ainsi que la stabilité des unions ont été les déterminants les plus significatifs de la fécondité durant les vingt dernières années. Les diminutions et les augmentations de la fécondité peuvent être, selon eux, mises en rapport avec les pourcentages de femmes en union et de femmes célibataires. Ces fluctuations seraient plus liées à la situation sociale, économique et politique d'Haïti en général qu'à l'avancement économique et social des femmes, selon le modèle classique.

L'âge moyen des femmes à la première union est assez élevé, selon les données disponibles. Il a diminué ces dernières années, passant de 22,5 ans (ENAH 1989) à 20,8 ans (EMMUS-II). Le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans vivant en union était de 57,9 en 1977, 63,1 en 1983, 62,0 en 1989 et 58,1 en

¹³ Y compris toutes les formes d'union comportant la cohabitation ou des relations stables. La variable s'appelle MAR en référence aux autres études qui utilisent le même modèle.

TABLEAU 4 — Nombre de naissances évitées selon les déterminants proches, 1977, 1994, 1995

	Mariage	Allaitement maternel et infécondabilité post-partum	Contra- ception	Avor- tement
1977	7,5	2,8	1,0	0,5
1983	6,6	3,0	1,3	0,6
1989	6,8	3,5	0,9	0,5
1994-1995	7,4	3,6	1,3	0,6

1995. Pour ce qui est de l'impact direct de cette variable sur la fécondité (tableau 4), il diminue entre 1977 et 1983 (de 7,5 à 6,6 naissances évitées) et remonte de 1983 à 1994-1995 (7,4 naissances évitées). De toute évidence, la durée de l'union demeure la plus grande influence «réductrice» de la fécondité en Haïti.

Allaitement maternel et infécondabilité post-partum (IPP)

L'allaitement maternel se pratique quasi universellement dans la société haïtienne. Quelque 96 pour cent des femmes allaitent leur nouveau-né jusqu'au-delà d'un an. L'allaitement maternel est soutenu, encouragé et pratiqué (UNFPA, 1997).

À la suite d'enquêtes faites au cours des années 1980, on a découvert que la durée moyenne de l'allaitement était à la hausse. Il est difficile de déterminer si cette tendance relève de la nécessité de faire face aux problèmes alimentaires provoqués par les conditions économiques tumultueuses et difficiles du pays ou si elle résulte d'une campagne intensive présentant cette pratique comme un outil pour améliorer les chances de survie des enfants. Il semble que ces deux explications aient joué un rôle.

On estime que la durée moyenne de l'allaitement maternel est passée de 15 mois en 1983 à 16 mois en 1987, puis à 18,2 mois en 1992 (ENAHIC, 1992). Elle aurait légèrement diminué en 1995 (EMMUS-II), passant à 17,5 mois. Mais le modèle des déterminants proches met l'accent sur la durée de l'infécondabilité post-partum. Cette durée a augmenté à peu près régulièrement, passant, d'après les enquêtes, de 9,5 mois en 1977 à 9,4 mois en 1983, 11,5 mois en 1989 et 12,5 mois en 1995. Selon une étude récente, l'influence de l'allaitement, de l'abstinence et de l'infécondabilité post-partum sur la fécondité a une durée de

14 mois (UNFPA, 1997). L'effet «réducteur» de ces influences augmente graduellement depuis 1977 (2,8 naissances évitées); il atteint 3,6 naissances évitées en 1994-1995 (tableau 4).

Avortement (IA)

L'avortement est illégal en Haïti. Il n'est permis que lorsque la grossesse présente un risque pour la vie de la mère. Malgré la très forte opposition de certains groupes, plus particulièrement de l'Église catholique, l'avortement comme méthode de régulation de la fécondité est pratique commune. Mais l'importance de cette pratique est inconnue, et ce qui est connu n'est que «la pointe de l'iceberg» selon les personnes présentes sur le terrain. Les enquêtes déjà mentionnées n'ont fourni que très peu d'informations utiles en la matière. En 1989, seulement 6 pour cent des femmes ayant un enfant ont déclaré avoir subi un avortement provoqué (Institut haïtien de l'enfance, 1991).

Comme il existe très peu de recherches sur l'influence de l'avortement sur la fécondité, il faut être très prudent avant de tirer des conclusions. Des trois ou quatre études connues, la plus importante est *La Grossesse chez les jeunes*, (CEGYPEF, 1995), qui résume plus de cinq années d'expérience dans un centre de santé de la capitale. Des dossiers de patientes et des interviews nous apprennent que parmi les 7385 femmes âgées de 15 ans et plus venues demander des services de santé liés à la reproduction, 41,2 pour cent ont admis avoir déjà subi un avortement. Le taux d'avortement pour ce groupe de femmes vivant en milieu urbain est estimé à 1,62 (nombre moyen d'avortements qu'une femme de ce groupe subirait au cours de sa vie).

L'avortement apparaît comme la première méthode utilisée pour réduire les niveaux de fécondité, plus particulièrement dans des pays tels que Haïti, où les méthodes modernes de contraception ne sont pas facilement accessibles ou utilisées, et où le quart des grossesses environ se terminent par un avortement provoqué (Paxman et al., 1993). Si nous additionnons ces faits à notre connaissance de la pratique de l'avortement en général, nous pouvons raisonnablement conclure que cette pratique est largement répandue. Nous établirions le taux d'avortement à 1,0, taux utilisé par Guengant et May (1992) dans l'un de leurs calculs. Malgré cela, l'influence de l'avortement provoqué sur la fécondité est moindre que celle des autres déterminants (nombre de naissances évitées entre 0,5 et 0,6 depuis 1977).

Utilisation des contraceptifs (CON)

Haïti représente un cas intéressant, et peut-être même exceptionnel, au point de vue de la contraception. Celle-ci a eu peu d'influence sur le déclin de la fécondité de la population, mais son impact s'accroît depuis quelques années. Au début des années 1970, Haïti semblait vouloir imiter les pays de la région, avec dix ans de retard. Mais plusieurs choses sont arrivées entretemps et ce n'est que deux décennies plus tard que le pays a retrouvé son niveau antérieur d'utilisation des contraceptifs. Ce taux, de 18 pour cent en 1977, était tombé à 7 pour cent en 1983 avant de remonter à 10 pour cent en 1989. Ce n'est qu'au cours des dernières années qu'il a dépassé la marque de 10 pour cent. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes atteint 13,3 pour cent en 1995, pour un taux global de 17,2 pour cent.

Le tableau 4 indique que le nombre de naissances évitées à cause de ce déterminant a fluctué : une seule en 1977, 1,3 en 1983 et 0,9 en 1989; en 1994-1995, le nombre revient à son niveau de 1977.

La figure 2 et le tableau 4 présentent ce qui a été constaté par Guengant, May et d'autres chercheurs en ce qui a trait à l'impact du mariage (union), qui apparaît comme le déterminant le plus important de la baisse de la fécondité en Haïti. L'infécondabilité post-partum vient au deuxième rang; conjuguée à l'âge à l'union, elle explique, selon le modèle de Bongaarts, un peu plus de 85 pour cent des niveaux de fécondité observés durant deux décennies. Cependant, en 1995, l'influence des unions a diminué par rapport au niveau de 1977 (57 pour cent comparativement à 64 pour cent), alors que celle de l'infécondabilité post-partum a augmenté (28 pour cent comparativement à 24 pour cent). Il est fort probable que l'impact de la durée des unions sur la baisse de la fécondité diminuera, car l'activité sexuelle avant le mariage et la cohabitation semblent être devenues la norme. Selon l'EMMUS-II, un peu plus du tiers des femmes de 25-49 ans (38 pour cent) avaient déjà eu des rapports sexuels à 18 ans, alors que seulement 26 pour cent d'entre elles étaient en union à cet âge. À l'avenir, pour bien cerner l'impact des unions (ou plutôt de l'activité sexuelle) sur la fécondité, il faudra prendre en compte les relations sexuelles avant la première union stable et non pas seulement la durée de l'union.

L'impact de l'avortement provoqué est négligeable selon les hypothèses qui ont été présentées. La contraception compte

actuellement pour 10 pour cent de la baisse de la fécondité par rapport au niveau maximal, après avoir oscillé de 8 pour cent en 1977 à 11 pour cent en 1983 et de nouveau à 8 pour cent en 1989. Son influence demeure très faible eu égard aux deux autres comportements qui influencent la fécondité.

CONCLUSION

Grâce aux quatre enquêtes qui ont recueilli des données sur la planification familiale en Haïti, il est possible de tracer l'évolution de la connaissance et de la pratique de la contraception dans ce pays durant les vingt dernières années. Rares sont les pays de la région antillaise à avoir fait l'objet d'une série d'enquêtes rétrospectives permettant ce type d'analyse. En combinant les résultats concernant la pratique contraceptive à l'analyse des déterminants proches, nous constatons que l'utilisation de la contraception n'explique que bien partiellement la baisse de la fécondité en Haïti.

La population haïtienne a connu une chute de sa fécondité, qui est passée de 6 enfants et plus par femme durant les années 1982-1983 à 4,8 enfants en 1995; cette baisse, amorcée sans l'intervention majeure de la contraception, s'explique surtout par des changements touchant le mariage, l'allaitement maternel et l'infécondabilité post-partum. Ce phénomène est intéressant en soi, car il diffère énormément des modèles observés dans les pays d'Amérique latine, et surtout dans les pays d'Afrique subsaharienne comme le Kenya, le Botswana et le Zimbabwe, où la baisse de la fécondité est surtout imputable à la contraception.

Haïti est un pays où la pratique contraceptive n'est pas encore véritablement implantée par rapport à d'autres pays de la région et d'ailleurs dans le monde. La faiblesse des pourcentages accentue les variations des résultats entre les enquêtes, particulièrement en ce qui concerne la répartition des méthodes. En dépit de cela, plusieurs observations intéressantes ont été faites.

En ce qui a trait à l'évolution de la connaissance et des pratiques contraceptives, un fort pourcentage de femmes connaissent au moins une méthode de contraception, soit presque 100 pour cent lors de la dernière enquête. Les méthodes modernes, condom, pilule et injection notamment, sont les plus fréquemment citées.

Nos résultats sur l'utilisation «actuelle» de la contraception moderne, qui a diminué de 1977 à 1983 et augmenté de 1983 à 1995, confirment diverses analyses (Allman et al., 1987; Guengant, 1990; Guengant et May, 1992; Lee Poy, 1995). La baisse de la pratique contraceptive semble s'inscrire dans un contexte de décentralisation des services de planification familiale, de conditions socio-économiques précaires et de crise politique. En 1977, l'utilisation des méthodes modernes ne touchait que 5,4 pour cent des femmes en union. Le taux a presque doublé en 1989, atteignant 9,4 pour cent. En 1995, l'utilisation de la contraception moderne dépassait pour la première fois le niveau de 10 pour cent. Toutes choses étant égales par ailleurs, la pratique contraceptive devrait augmenter rapidement au cours de la prochaine décennie, car il existe un système de prestations de services de planification familiale et la demande de contraception va croissant dans la population. À l'heure actuelle, des programmes abordent ces sujets ¹⁴. La transition entre la connaissance générale de la contraception et la pratique personnelle demeure l'aspect qui mérite une attention particulière. Les couples, aussi bien que les individus, ont besoin d'aide pour effectuer cette transition.

Ross et Frankenberg (1993) constatent que l'augmentation passée de la prévalence contraceptive correspond à une augmentation de l'utilisation des méthodes modernes et dépasse la croissance observée lorsque les méthodes traditionnelles étaient les seules proposées. Il semble donc que le modèle d'utilisation de la contraception en Haïti suive le modèle des autres pays où les taux de prévalence de la contraception se sont élevés. Une autre observation importante faite lors de la dernière enquête a trait à l'évolution de l'utilisation de la contraception selon la parité. Lors des enquêtes de 1977, 1983 et 1989, le fait d'avoir deux enfants semblait inciter les femmes à adopter la contraception. En 1995, ce seuil avait reculé à un enfant.

En particulier depuis la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la promotion de la contraception se fait dans une optique d'amélioration de la

¹⁴ L'impact du sida sur la pratique contraceptive, en particulier sur l'utilisation du condom, n'est pas négligeable. Lors de l'enquête de 1995, la quasi-totalité des personnes interrogées (98 pour cent) connaissaient très bien l'existence du sida. Le même pourcentage connaissait le condom. On remarque aussi une augmentation sensible de l'utilisation du condom au cours des dernières années. Les campagnes publicitaires à grande échelle qui font la promotion de cette méthode en augmentent la popularité.

santé génésique, et non pas uniquement pour des fins démographiques. Compte tenu d'un taux de mortalité maternelle élevé ainsi que d'une forte pratique de l'avortement, des efforts en vue d'améliorer l'accès aux prestations de planification familiale en Haïti s'imposent, tant pour accélérer la baisse de la fécondité que pour réduire les effets néfastes des grossesses non souhaitées et des grossesses à risque.

Cette étude nous a permis de mesurer les niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception et l'impact des déterminants proches sur la fécondité. Il n'était pas possible d'établir l'impact des bouleversements politiques et sociaux dans ce domaine. Ils ont pu avoir une influence non négligeable sur le déclin de la fécondité en créant un environnement défavorable à une haute natalité. Selon nous, deux scénarios sont possibles dans le futur si la situation socio-politique s'améliore : soit une hausse de la fécondité, soit une baisse de la fécondité liée à une augmentation de la pratique de la contraception. Les tendances semblent favoriser le deuxième scénario.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADRIEN, A., et M. CAYEMITES, 1991. *Le Sida en Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population*. Hôpital général de Montréal, Département de santé communautaire, Centre d'études sur le sida.
- ALLMAN, J., J. ROHDE et J. WRAY, 1987. «Integration and Disintegration: The case of family planning in Haiti», *Health Policy and Planning*, 2, 3 : 236-244.
- ANDERSON, J. E., et J. G. CLELAND, 1984. «The World Fertility Survey and Contraceptive Prevalence Surveys: A comparison of substantive results», *Studies in Family Planning*, 15, 1 (janvier-février) : 1-13.
- BONGAARTS, J., 1982. «The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables», *Studies in Family Planning*, 13, 6-7 : 179-189.
- CAYEMITES, M., A. RIVAL, B. BARRÈRE, G. LEREBOURS et M. A. GÉDÉON, 1995. *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-II), Haïti 1994/95*. Calverton, Maryland, U.S.A., Institut haïtien de l'enfance et Macro International Inc.
- CEGYPEF, 1995. *La Grossesse chez les jeunes*. Haïti, Imprimerie Henri Deschamps.

- CHAHNAZARIAN, A., 1992. «Hausse récente de la fécondité en Haïti : un nouvel engouement pour la vie en union ?» *Population*, 47, 3 (mai-juin) : 583-616.
- DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, 1985. *Planification familiale, fécondité et santé familiale en Haïti 1983. Rapport sur les résultats de l'Enquête haïtienne sur la prévalence de la contraception*. Port-au-Prince, Haïti, Département de la santé publique et de la population.
- GUENGANT, J.-P., 1990. *Haïti. Politique de population*. Document no 25. New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales internationales.
- GUENGANT, J.-P., et J. MAY, 1992. «Tendances de la fécondité en Haïti», *Cahiers québécois de démographie*, 21, 1 (printemps) : 167-183.
- INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE, 1991. *Enquête nationale haïtienne sur la contraception*. Pétienville, Éditions de l'Enfance.
- INSTITUT HAÏTIEN DE STATISTIQUE/ENQUÊTE MONDIALE SUR LA FÉCONDITÉ, 1981. *Enquête haïtienne sur la fécondité 1977 : rapport national* (2 volumes). Port-au-Prince, Institut haïtien de statistique.
- LEE POY, P., 1995. *Les Déterminants de l'utilisation de la contraception en Haïti, 1989*. Montréal, Université de Montréal, Département de démographie, thèse de doctorat.
- MERRICK, T., 1986. «World population in transition», *Population Bulletin*, 41, 2 : 3-51.
- PAXMAN, J., A. RIZO, L. BROWN et J. BENSON, 1993. «The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America», *Studies in Family Planning*, 24, 4 : 205-226.
- ROSS, J. A., et E. FRANKENBERG, 1993. *Findings from Two Decades of Family Planning Research*. New York, The Population Council.
- SRINIVASAN, K., 1993. «A Critique on contraceptive prevalence rate (CFR)», dans IUSSP. *International Population Conference*, Montréal. Vol. 1 : 155-172.
- THE FUTURES GROUP, 1988. *Haitian Attitudes toward Family Planning and Reactions to Eight Advertising Concepts Promoting Family Planning and Contraceptives: A Report on Twelve Focus Group Discussions*. Washington, D. C., The Futures Group.
- UNFPA, 1997. *Contraceptive Requirements and Logistics Management Needs in Haiti*. Technical Report No. 26. New York, UNFPA (sous presse).

LEE POY Petrina I. et PAXMAN John M. — LA CONNAISSANCE ET LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION EN HAÏTI : FACTEUR DE LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ DURANT DEUX DÉCENNIES ?

Haïti est l'un des rares pays à s'être dotés de plusieurs enquêtes contraceptives. L'abondance des données nous permet d'étudier l'évolution de la connaissance des méthodes contraceptives et de la pratique de la planification familiale sur une période allant de 1977 à 1995. Malgré un taux de prévalence contraceptive à la hausse, l'impact de la pratique contraceptive demeure faible par rapport à celui des autres déterminants proches de la fécondité.

LEE POY Petrina I. and PAXMAN John M.—CONTRACEPTIVE KNOWLEDGE AND USE IN HAITI: AN ELEMENT OF THE FERTILITY DECLINE OVER THE PAST TWO DECADES?

Haiti is one of the few countries that have had several contraceptive prevalence surveys. With data covering an eighteen-year period, it was possible to identify trends in contraceptive knowledge and use in the country from 1977 to 1995. Despite an increase in prevalence, the impact of contraceptive use on fertility has been minimal compared to the other proximate determinants.

LEE POY Petrina I. y PAXMAN John M. — EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE LA CONTRACEPCIÓN EN HAÏTÍ : FACTOR DE LA DISMINUCIÓN DE LA FECUNDIDAD DURANTE DOS DÉCADAS ?

Haïti es uno de los pocos países que se han dotado de varias encuestas contraceptivas. La abundancia de datos nos permite estudiar la evolución del conocimiento de los métodos contraceptivos y de la práctica de la planificación familiar sobre un periodo que va de 1977 a 1995. Pese a una tasa de prevalencia contraceptiva a la alza, el impacto de la práctica contraceptiva permanece escaso en relación al de los demás determinantes referentes a la fecundidad.