SOUTIEN POUR
L'ANALYSE ET LA RECHERCHE
EN AFRIQUE

African Men and Family Planning: Attitudes and Behaviors

A Review and Analysis of the Literature

May 1996

Lalla Touré, MD, MPH
Population & Reproductive Health Advisor

The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

The SARA Project is operated by the Academy for Educational Development with subcontractors Tulane University, JHPIEGO, Macro International, Morehouse School of Medicine, Population Reference Bureau, and Porter Novelli. SARA is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR / ARTS / HHR) under Contract number AOT-0483-C-2178-00 (Project number 698-0483).

B

PN-ABY-585

African Men and Family Planning: Attitudes and Behaviors

A Review and Analysis of the Literature

May 1996

Lalla Touré, MD, MPH
Population & Reproductive Health Advisor

The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

SARA

African Men and Family Planning: Attitudes and Behaviors

A Review and Analysis of the Literature

May 1996

Table of Contents

Introduction 1
Situation Analysis 1
- Past Approaches Had Limitations 2
- A Need to Understand Men's Point of View 2
- Lack of Research on Men 3

Implications for Programs 11
Bibliography 17

Introduction

More than just increasing the number of men using condoms and having vasectomies, male involvement also includes increasing the number of men who encourage and support their partner and their peers to use family planning (FP) and who influence the policy environment to be more conducive to developing male-related programs. In this context "male involvement" should be understood in a much broader sense than male contraception, and should refer to all organizational activities aimed at men as a discrete group which have the objective of increasing the acceptability and prevalence of family planning practice of either sex.

Over the past few decades there has been a bias in the design of family planning programs to aim them almost exclusively at women, which in practice has resulted in men being effectively excluded from many programs, either deliberately or through default. However, many family planning associations have recognized that FP decision making should be the joint responsibility of partners, highlighting the importance of men's role and motivation in fertility decision making, particularly in Africa. Now that this has been recognized, the question is "what can family planning and reproductive health programs do to encourage men's cooperation?" (Hawkins, 1992; Population Reports, 1994).

Some programs have developed IEC campaigns aimed at increasing the awareness and knowledge of men; however, one of the crucial questions now facing these programs is how to move beyond increasing knowledge to changing attitudes and practice. How to address the needs of men through different service delivery strategies is also an important question (Hawkins, 1992). Even if increased emphasis on shared male/female responsibility does not result in significantly greater use of contraceptives by men, it could still make an important contribution toward encouraging more open communication between partners about their respective reproductive health and fertility concerns. It would, in the words of IPPF, involve men "in planning and caring for children" (Rogow, 1990).

In this paper, we make a situation analysis from a review of the literature on males' attitudes and behaviors toward family planning and draw program implications for Africa from this analysis. Examples of male involvement initiatives are described in another paper.

Situation Analysis

Analysis of the literature, and discussions with people working in the field have highlighted several common points which need to be taken into consideration:

Past Approaches Had Limitations

Men's negative attitudes toward family planning have been assumed to be a major barrier to acceptance in Africa. However, recent studies in Africa such as surveys of husbands have indicated a positive attitude among many men toward family planning, but a lack of positive communication between partners on issues related to fertility and sexuality (Hawkins, 1992).

Based on this erroneous assumption, most family planning programs have been designed to serve only women. Most family planning clinics are located within MCH centers and men do not feel comfortable going to those centers; most trained providers are female, trained to talk to women; the variety of modern methods are generally aimed at women leading to an emphasis in clinics on female methods (such as pill, IUDs, or Norplant). As a result many clinics simply do not provide services or information for male clients.

Most family planning information, education, and communication (IEC) campaigns have assumed that men are not interested, therefore focused only on women rather than couples; some have even blamed men and portrayed them as adversaries, irresponsible, and, as such, a barrier to be overcome in accessing FP services. Example: the famous "pregnant man" poster with the question "Would you be more careful if you were the one who got pregnant?". Also, many posters highlighted false negative stereotypes of men, describing them as uncaring, and therefore do not use contraception or alter their sexual behavior. These types of IEC programs may have been the very barrier that prevented men from learning more about sexuality and family planning. FP needs more positive images and messages about the role of men, such as the recent IEC campaign in Kenya which was positively received by the target group: "The Caring Father Protects His Family" (Mensah et al., n.d.); in Ghana a campaign used the slogans: "Choose family planning with your wife," and "Family planning is team work;" the film, "Dangerous Numbers," made in Ghana, showed that couples who cooperate can solve their problems (Population Reports, 1994).

A Need to Understand Men's Point of View

Encouraging men's cooperation can start with understanding men's point of view. The first lesson of audience research is to "know your audience." But most qualitative research (focus groups) organized in the past, surveyed women for their own and their husbands' opinion on family planning (JHU/PCS/PIP, 1994). Obviously men and women do not always represent their partner's views on family planning. So, in general women assumed that their husbands would not be interested in using contraceptives themselves. Women may, however, have underestimated their husbands' interest or participation in family planning due to the lack of communication between men and women about reproductive wishes and family planning.

Lack of Research on Men

Information on male attitudes and preferences has been lacking till now, despite the fact that men exert great influence on the acceptance and continued use of contraceptive methods. Therefore, this information is essential to develop programs and provide the starting point for discussions and exchange of information.

In addition research on male contraceptive methods has lagged far behind research on women's methods. The two major modern male methods, condom and vasectomy, are stigmatized. Condoms are often believed to be good only for outside, not within marriage; vasectomy is associated with castration, leading to a loss of interest in sex and loss of energy (Danforth, 1994).

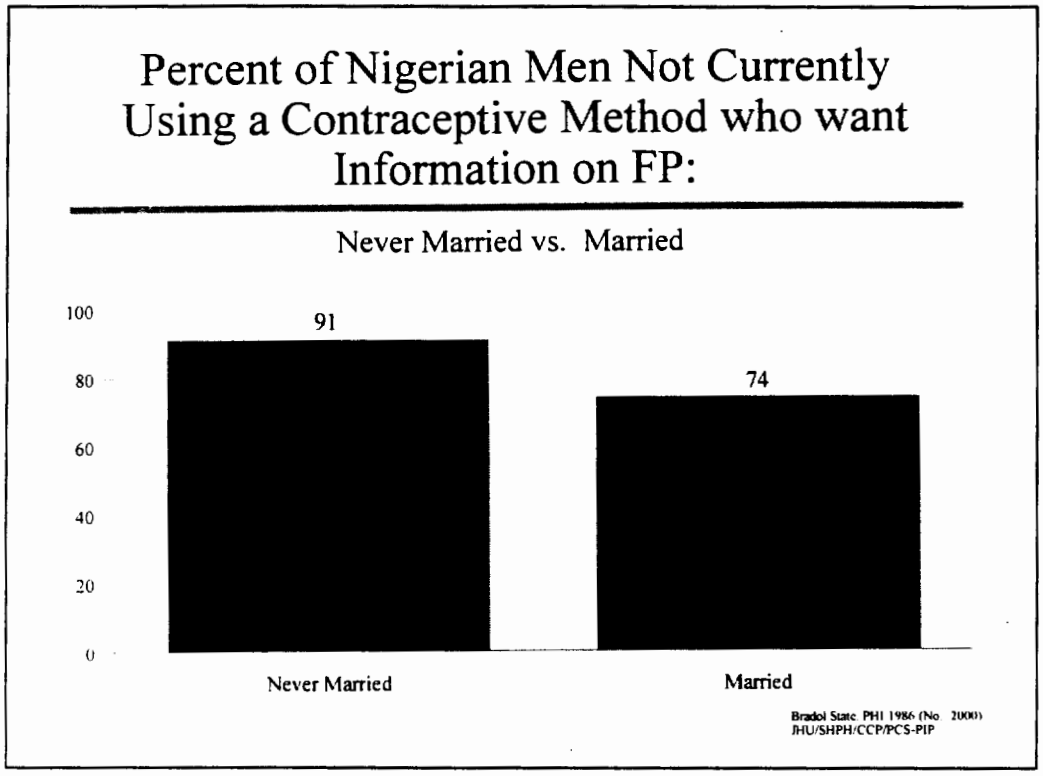
What do we know from the few research studies on men?

Generalizable information that emerged from the research and field observations are:

- Men want more information about contraception and family planning.

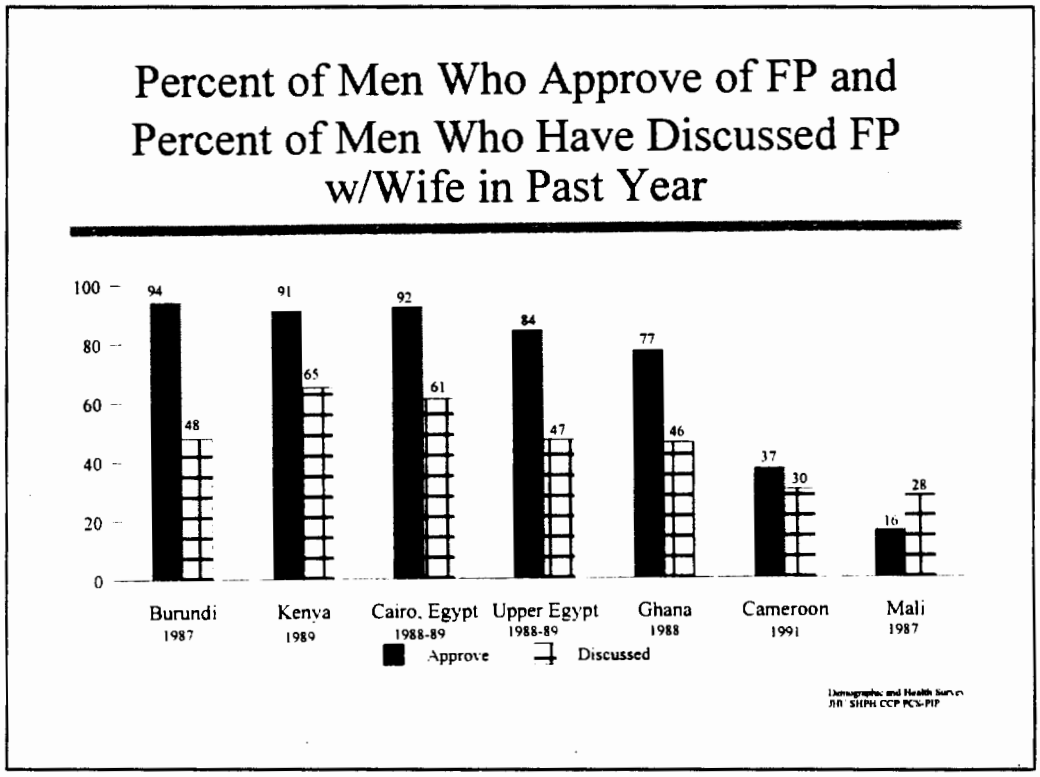
This desire for information concerns contraceptive methods for both women and men. For example, in Tunisia, men often accompanied their wives to the family planning clinic but waited outside, talking among themselves. When asked, they said they would like to be more involved. They commented, "We are made to feel like

strangers;" "We are pushed aside ...," and "From the way we are treated, one would think that this does not concern us" (Population Report, 1994). (See chart: *Percent of Nigerian Men Not Currently Using a Contraceptive Method Who Want Information on FP.*)



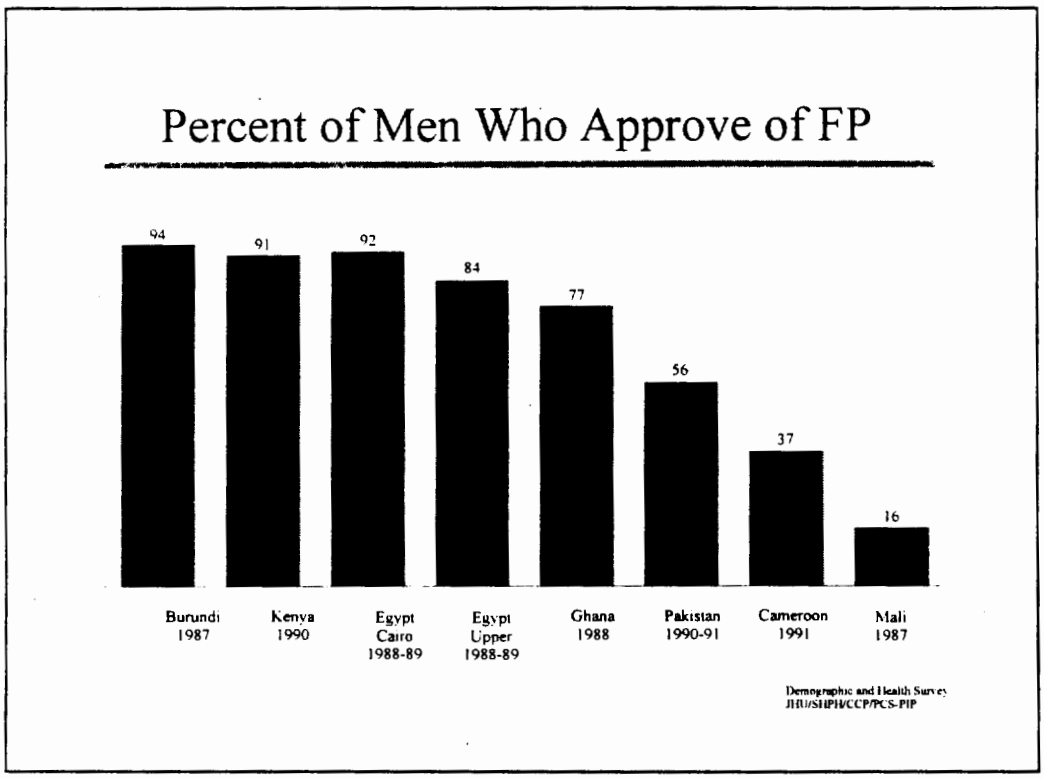
Well-informed men can talk with their wives and cooperate in assessing their needs and choosing a family planning method. A study in Ethiopia found that couples in which the husbands participated in home visit talks were more likely to initiate contraceptive use and to be using modern contraception one year after the visit than couples in which only the wife participated (Almaz et al., 1993). Discussions during focus groups conducted by ZNFPC in Zimbabwe, revealed that men wanted more information about FP so that they would be better able to make decisions. Because little had been done to inform men about FP, most of what they knew about the subject came from their wives, girlfriends, and relatives. As a consequence, many men

may have had serious misunderstandings about FP methods and may have discouraged their partners from using them. "Possibly men did not want to discuss a subject about which they felt less informed than their wives" (Piotrow et al., 1992). (See chart: *Percent of Men Who Approve of FP and Percent of Men Who Have Discussed FP With Wife in Past Year.*) While there exists little information for male consumers, there are even fewer educational materials available for professionals and health care providers that deal with men's reproductive health topics (Rogow, 1990).



- There seems to be a high approval of FP among men surveyed in North and East Africa, where over 90 percent of the men approve of family planning in every country except Tanzania, where only 78 percent of the men approve (Ezeh et al.; 1996).

This high approval was confirmed by other sources, according to the Zimbabwe "Male Motivation Impact Evaluation Survey" baseline data, 90 percent of male surveyed in 1989 by ZNFPC in collaboration with PCS, approved contraception; also in Tanzania, 86 percent of males interviewed in 1994, during the baseline survey for the Male Motivation and Education Project, approved contraception. Approval rate is, however, much lower in West Africa, where, for example, in Cameroon, Mali, and Senegal, over half the men oppose the idea of family planning. Ghana is the only country in West Africa where at least three-quarters of the men approve of family planning (Ezeh et al., 1996). But it is important to add that this approval of family planning is, in general, related to information. The more accurate and positive the information men receive, the more they are likely to approve family planning for themselves or their spouses. (See chart: *Percent of Men Who Approve of FP.*)



- Men's support or opposition to their partner's practice of family planning has a strong impact on contraceptive use in many parts of the world, including Africa.

Within marriage in Africa, men typically have more say than women in the decision to use contraception and in the number of children that the couple will have.

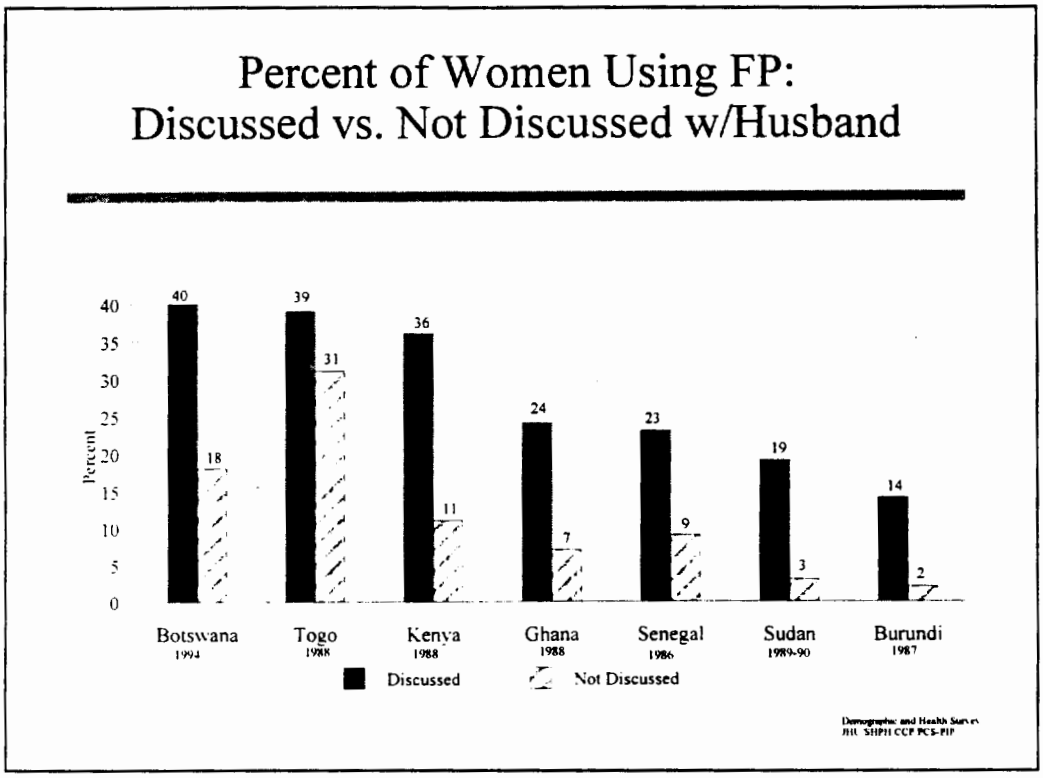
For example, according to the 1984 Zimbabwe Reproductive Health Survey, 42 percent of married women stated that it was the husband's responsibility to decide whether his wife should use FP methods. Focus groups conducted by Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC) and a private research agency suggested "that men were the ultimate decision makers on family size and FP matters in Zimbabwe" (Piotrow et al., 1992).

In Ghana, "despite the independent nature of some marital relationships, recent evidence indicates that men have the primary decision-making power in matters of FP." Both DHS data and focus-group research reveal that the husband is usually the effective decision-maker about fertility. Furthermore, husbands' family-planning attitudes and fertility goals usually are not influenced by those of their wives. And, when partners disagree on whether to use family planning, the man's preference usually dominates (*Population Reports*, 1994). Recent analysis from DHS surveys showed that the mean ideal family size for currently married men is higher than for married women. This difference is significant in West Africa, ranging from about two children in Burkina Faso to more than four children in Niger and Senegal (exception is Ghana, 0.6). In East and North Africa, no significant difference in fertility desire was found (Ezeh et al., 1996). This shows the importance of targeting men with FP programs.

The husband's support is found to be a good predictor of future practice and continued use. There are studies done in the Philippines which indicate that the continuation rate among women whose husbands support their contraceptive practice is much higher than those whose husbands do not give support to their wives (IPPF, 1984). Also, in South Korea researchers found that 71 percent of women whose husbands approved family-planning had used contraception at some time, compared with 23 percent of women whose husbands did not approve. (*Population Reports*, 1994). In Madagascar, Norplant continuation rates were higher after one year among couples in which the husband had been involved in the decision-making process, and among these couples, both wives and husbands were more satisfied with Norplant than those in which only the wife was counseled (Tapsoba et al., 1993).

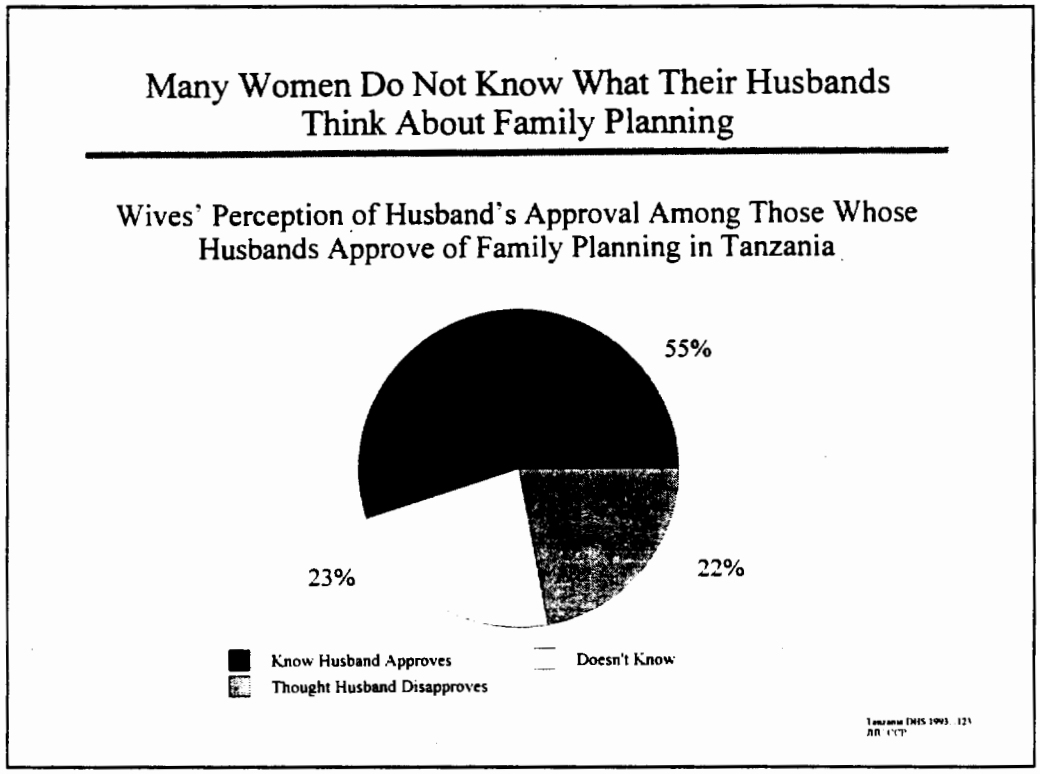
- Spouse communication is positively associated with contraceptive use.

DHS data from seven African countries (Botswana, Burundi, Ghana, Kenya, Senegal, Sudan, and Togo) show that the percent of women using modern contraceptives is consistently higher in the group that had discussed FP with their husbands in the year before the interview than in the group that had not (JHU/PCS/PIP, 1994). (See chart: *Percent of Women Using FP: Discussed vs. Not Discussed With Husbands.*)



Because of lack of communication, many women do not know what their husbands think about FP. Many women think that their husbands disapprove of FP, when in fact the husband approves. In West Africa, about three-quarters of the men and women had not discussed family planning with their spouse in the year preceding the survey, except in Ghana and Cameroon where the proportions were about one-half and two-thirds respectively. In East Africa, the figure is less than 40 percent, except in Burundi and Tanzania (Ezeh et al., 1996). In Burundi 94 percent of men surveyed approved of contraceptive use, but only 48 percent had discussed it with their wives in the preceding year (*Population Reports*, 1994). According to a 1993 DHS survey, 45 percent of married women in Tanzania either did not know what

their husbands thought about FP or thought their husbands disapproved of family planning, when in fact many of the husbands approved. (See chart: *Many Women Do Not Know What Their Husbands Think About FP.*)



- Lack of men's access to services has been a barrier to family-planning use.

Men cannot share responsibility for reproductive health and family planning if services and information do not reach them. Most FP clinics cater to women, so men are uncomfortable about going to these clinics. Men must be reached in other ways. This testimony from a Kenyan man is a good illustration of that need: "After having three children, my wife went on the pill for her contraception because we could no longer afford an accident with the natural methods we were using. Her blood pressure immediately shot up, and she was advised to discontinue. She tried other methods, but they had complications too. I felt I was unfair and it was my duty, too, to take part in family planning. One morning we went together to our local family-planning clinic. I will never forget how embarrassed I felt. There was not even a single man there, just queues of women and their babies. This was a woman's world and I felt totally lost" (Wambui, 1995). This confirms the assumption that no matter how many men want to know about and utilize contraception, most family-planning programs have not yet given adequate attention to serving them.

With community based distribution and social marketing programs, condom use has sharply increased in many countries. But is that mainly for family planning or because of the increase of awareness about STDs and HIV infection? More innovative approaches are needed such as male-only clinics, better service for men at existing clinics, or workplace services.

Demographic Health Surveys

Several countries in sub-Saharan Africa have implemented male surveys. But several have been "Husbands' surveys," in which a subsample of the husbands of women who were interviewed were eligible for interview. More recently, the surveys are true "Men's surveys," in which a subsample of all men, regardless of marital status are eligible for interview. Another aspect of the surveys that differs is the age range for eligibility. While all DHS surveys use 15–49 as the age range for eligibility for women, the male surveys have used 15–54, 15–59, 20–54, 20–59, etc. It is only now that DHS is trying to standardize on 15–64.

A recent analysis of all DHS surveys from 1985 to 1995 (DHS-I, DHS-II, and DHS-III) elsewhere and in Africa, looking at men's fertility, contraceptive use, and contraceptive preferences, have brought some interesting findings.

- **Fertility preferences:** Mean ideal family size reported by currently married men is very high in West Africa exceeding 10 in three out of five countries surveyed; lower in East Africa and much lower in North Africa. This mean ideal family size increases with age, from urban to rural areas, from higher to lower education, and from monogamous to polygamous men. Also, the gaps are more likely to be bigger in West Africa than in East and North Africa. The ideal family size for women follows the same patterns across the region, with the widest variations within West Africa. A comparison between men and women's fertility desires shows an important difference in West Africa (men want two-to-four more children than women), very small difference in North Africa, and no difference in East Africa.

- **Contraceptive knowledge:** This is very high among currently married men in East and North Africa (more than 90 percent of men know at least one contraceptive method) except in Tanzania (86 percent), but knowledge is somewhat lower in West Africa where it ranges from 66 percent in Mali to 85 percent in Niger, except in Ghana where it exceeds 90 percent (Ezeh et al., 1996). In comparing men's and women's contraceptive knowledge, overall, men report greater knowledge of contraceptive methods than women. In Burkina Faso and Mali, for example, the proportion of men knowing at least one contraceptive method is higher than

women by 17 and 23 points respectively. In only two countries in sub-Saharan Africa, Kenya and Rwanda, is the difference less than 2 percentage points. This high level of contraceptive method knowledge among married men reinforces the sense that what is needed, highlighted in much of the literature, is more information about reversibility and side effects of contraceptive methods, and also health and economic benefits of family planning, rather than existence of family planning methods.

- **Ever use of contraception by either the man or his wife:** Ghana is the only country in West Africa where at least half of the men reported ever using contraception. Elsewhere in this sub-region, proportions ranged from 10 percent of men in Mali to 40 percent in Cameroon. In East Africa the proportion of married men who have ever used contraception ranges from 43 percent in Burundi to 72 percent in Kenya. In North Africa, Egypt and Morocco, about two-thirds of men have ever used a contraceptive method (ibid).

- **Current use of contraception by either the man or his wife:** Regional variations in current use parallel those in ever use, with the lowest levels, below 20 percent, reported in West Africa (except in Ghana), and highest in North Africa. Current use increases with education level, with urban residence, and with monogamy (except in Niger, Malawi and Rwanda where polygamousmen often report using contraception more than do monogamous men). Also, in most countries, men with three or four children report more use of modern contraceptive use than those at other parities. In comparing men and women's current use, it was found that men generally reported higher levels of contraceptive use than women, except in Mali and Morocco where more women than men report currently using a method. It is not clear whether the gender disparities found in the DHS surveys result from men over-reporting the use of contraception or from women under-reporting its use. There are some questions relating it to men's extramarital condom use or to their polygamous status. Further research is needed to establish the extent of under- or over-reporting of current contraceptive use by men and women.

Implications for Programs

We now know that a combination of male attitudes and provider bias has resulted in men being both a neglected and poorly prepared constituency for family planning and reproductive health care. The question is: What steps can be taken at the program and policy levels to improve male involvement in family planning and re-

productive health? Whatever the answer to that question, emphasis should be given specifically to West Africa which seems to be far behind East and North Africa.

Needs assessment: Though this should be a continual process through the programs, there is a need to conduct more baseline research on male knowledge, attitudes, and practices and a needs assessment to determine how to address men's needs. Answers should be found to questions such as:

- Should the IEC campaigns focus on males as a separate target group, or should there be more emphasis on joint decision-making?
- Is increasing male practice of family planning a realistic objective given the paucity of male methods available and the unlikely prospects of new development in male contraceptive technology in the years to come? Or, should the focus be, instead, on male support for women's use of contraception?
- Will better informed men lead to better acceptance and support of reproductive health and family planning?
- What are men's perception of their own sexuality and of women's sexuality?
- What is the role of each partner within the couple, and the specific role of men in women's reproductive life?
- How can we involve men closely in pregnancies and deliveries as steps before family planning?
- How is a consensus reached within a couple on the choice and use of a contraceptive method?
- What are the determining factors for the acceptance or refusal by a woman to involve her partner in her reproductive health decisions?

To find answers to those questions, studies should use a variety of quantitative and qualitative methods appropriate to the topic under investigation. Perhaps a good approach for Africa would be to go one step at a time. First involve men closely in women's reproductive health needs including pregnancy, delivery, abortion, contraception; and once they are sensitized enough to give their support, go to the second step which is to emphasize male contraception. In the meantime the advertising for condoms should continue, so those who already use them do not stop.

In order to develop programs/interventions that are focused on the appropriate audience for the desired behavior changes, studies should also:

- analyze the local setting for cultural acceptability, and conformity with local practices (need for community involvement),
- assess institutional capabilities,
- provide a baseline of the status quo in order to measure subsequent changes, and
- determine acceptable messages and suitable communication channels.

Identification of various service delivery strategies to meet those needs: Male-only clinics, special hours for men in women's clinics, integration of FP promotion via AIDS prevention programs, income generating schemes, employment-based programs, youth programs and peer counseling, male-to-male community-based distribution of condoms, social marketing, involvement of private agencies and medical practitioners.

While admitting that there is still a lot we do not know, current knowledge affirms that men do value privacy, convenience, information, caring providers and attention to reproductive health needs beyond contraception (Rogow, 1990). Therefore, it might be advisable for male services to plan for integrated male reproductive health care services, including family planning, impotence, infertility, STDs, and other diseases. This broader definition of male health would make it easier for African men to walk into the clinics.

Evaluation or analysis of already existing programs: Evaluation of existing programs is indispensable to ensure their sustainability and expansion. But so far, evaluation of the impact of the few male involvement programs in Africa has been very weak. First, because of a lack of baseline data and clear identification of a target group (evaluation is rarely included as part of theplanning process); second, because of limited capacity of family planning associations for research and evaluation, and lack of clear indicators.

There is a need to build the capacity of local FP associations in the area of research and evaluation to facilitate the process of continual strategy review. Local FP associations should be able to identify the target audience, assess if their programs reached the audience, in which proportion, measure the outputs, monitor the quality of services provided, and measure the impact achieved by a program compared to its goals, and use the lessons for adjusting or changing future programs.

Implications for Programs

It is important to study local situations and test locally designed, cost effective alternatives, not necessarily following international blueprints. Some examples have demonstrated that a clinic can be successful in reaching males. However, not all programs have the resources available to establish a separate facility to serve men. Another solution would be to offer services for men on certain days of the week—days when women will not be served—or setting specific times, such as early morning or evening hours. It might be necessary to change the clinic environment so that men feel at home. In Latin America, Profamilia in Colombia, is a good example of how clinics for men have been created as an adjunct to a longstanding and very successful program focused primarily on women (Rogow, 1990).

There is a need to identify and remove programmatic barriers such as providers' lack of knowledge and biases regarding male methods, by conducting a KAP survey with service providers to learn their thinking and attitudes towards men's and adolescent boys' involvement in family planning. In all cases, service providers will require special training, particularly in counseling, to successfully serve a male clientele.

Positive images in IEC: Men need to be represented by positive images. This can be done by targeting men as a primary audience for family planning messages; developing messages targeted to men that emphasize the economic benefit of having fewer children; creating a new role model for men that portrays responsible men as those who discuss family planning with their partners; raising awareness in organized male networks, such as political parties, employers, unions, the military, and paramilitary; using male Social Affairs agents to reassure men that society views family planning as desirable and responsible (Bashin and Allen, 1989).

In Ghana, Kenya, and Zimbabwe, JHU/PCS has undertaken several IEC/social marketing projects to involve men in family planning and promote discussion among partners. A campaign in Ghana using the slogans "Choose family planning with your wife" and "Family planning is team work" encouraged men to discuss family planning with their partners. The slogan "Darling, let's talk" was part of a follow-up campaign to promote condom use among married couples. "Haki Yako" ("It's your right") was a slogan used in Kenya to initiate discussion between partners. The Male Motivation Campaign in Zimbabwe used the slogans "It takes two," "The dream team," and "It's your choice," along with dramatizations of the messages showing men and their wives discussing the topics harmoniously. Also, in Zimbabwe, slogans such as "Share the responsibility. Use a condom," "Our child relies on us. We rely on the loop," and "Of course, we can afford it! We are planning our family" were designed to make men feel good about participating in contraceptive decision making (Kumah et al., n.d.).

Policy analysis: In each country there is a need to look at policy issues and find out where we stand in terms of policy, and where we are going. If there is legislation harmful to male involvement in family planning, perhaps it can be removed or amended: example, high taxes on condom imports, prohibition of condom public advertising, and widespread polygamy. Reinforce and disseminate supportive legislation, such as family life education for youth, and fathers' legal recognition of and support for their offspring. Use advocacy with men's, women's and youth's groups, first to raise awareness about the importance of male involvement in reproductive health, second to make changes wherever they are needed to reach policy reform.

Bibliography

Almaz, Terefe and Charles P. Larson. (1993). "Modern Contraception Use in Ethiopia: Does Involving Husbands Make a Difference?" *American Journal of Public Health* 83(11):1567–1576.

Bashin, Michelle E. and Hubert A. Allen, Jr. (1989). *Family Planning Comes of Age in Niger. A Post-Project Survey of Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practice in Niamey, Maradi, and Zinder October 1989.* Ministry of Health and Social Affairs Directorate of Family Planning, Niger, and the Johns Hopkins University Population Communication Services.

Chirambo, Kondwani. (1992). "Men Targeted for Family Planning in Zambia." *Network.* 13(1):16–17. Family Health International.

Danforth, Nick. (1994) *Involving Men in Family Planning: Kenya and Baltimore.* Paper presented at the Lessons Without Borders Conference in Baltimore, MD, October 4, 1994.

Ellerston, Charlotte. (1992). *African Men and Family Planning,* Paper Prepared for the U.S. Agency for International Development, September, 1992.

Finger, William R. (1992). "Pilot Programs Increase Men's Involvement." *Network.* 13(1):8–9. Family Health International.

Green, Cynthia P., Sylvie I. Cohen, and Dr. Hedia Belhadj-El Ghoayel. "Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health." *Technical Report 28,* UNFPA.

Hawkins, Kirstan. (1992). *Male Participation in Family Planning; A Review of Programme Approaches in the Africa Region.* Paper presented at a Workshop on Male Participation, Banjul, The Gambia, 25–28 November 1991. London.

International Planned Parenthood Federation. (1984). *Male Involvement in Family Planning.* 73–76, 79–80.

Kim, Y.M., C. Marangwanda, and A. Kols. (1996). *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993–1994.* Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.

Bibliography

Kim, Young Mi, Opia M. Kumah, Phyllis Tilson Piotrow, et al. (1992). *Family Planning IEC Project in Ghana: Impact on Ghanaian Males.* Paper presented at the 120th APHA Annual Meeting, Washington, D.C., November 1992.

Kumah, Opia Mensah, Philippe F. Langlois, Cheryl L. Lettenmaeir, Sharon K. Rudy, Florence Chikara, and Mary A. Kotei. *Changing the Attitudes and Behavior of African Men Towards Contraception: Myths, Facts, Obstacles and Opportunities.*

Lewis, Gary L. *A Review of Recent Findings on Family Planning Service Delivery Quality and the Roles of Men in Family Planning in Zimbabwe, 1990–1992.* Baltimore: Johns Hopkins University Center for Communication Services.

Macro International Inc, *Male Fertility, Contraceptive Use and Reproductive References,* Draft, Demographic Health Surveys Comparative Studies No. 17, September 1995.

Mason, Kate. (1992). "Not for Women Only: Child Spacing Clubs for Malawian Men." *AVSC News,* page 4.

Mbuya, Isabel. (1986). The Forgotten Men of Kenya. *People.* 13(1).

Olukoya, Adepeju A. (1985). "The Changing Attitude and Practice of Men Regarding Family Planning in Lagos, Nigeria." *Public Health.* 99:349–355.

Piotrow, Phyllis T., D. Lawrence Kincaid, Michelle J. Hindin, et al. (1992) "Changing Men's Attitudes and Behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project." *Studies in Family Planning,* 23(6):365–373.

Population Council and the Family Planning Association of Kenya. (1995). *Increasing Male Involvement in the Family Planning Association of Kenya (FPAK) Family Planning Program.*

Population Council and the Ministry of Public Health, Cameroon. (1993). *Promotion and Delivery of Family Planning Services in the Donga Mantung: an Operations Research Study on the Role of Male Opinion Leaders in Rural Cameroon.*

Rogow, Debbie. (1990). "Man/Hombre/Homme: Meeting Male reproductive Health Care Needs in Latin America." *Quality/Calidal/Qualité,* No. 2. The Population Council.

Swalehe, R.M.A. and M. Mwaipopo. (1994). *Knowledge of, Attitude Towards and Practices of Family Planning, Family Welfare Issues Among Male Wage Workers in Tanzania. A Preliminary Baseline Survey Report for the Male Motivation and*

Education Project. Ministry of Community Development, Women Affairs and Children.

Tapsoba, Placide, Robert Miller, and Lilia Rajoelison Ralalahavirenty. (1993). *Involving Husbands to Increase the Acceptability of NORPLANT in Antanarivo, Madagascar.* Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, San Francisco, CA, October 1993

Tipping, Sharon. (1991). *Male Approval and Acceptance of Condoms in Diverse Cultural Settings: The SOMARC Social Marketing Experience.* SOMARC/The Futures Group. Paper presented at the APHA Annual Conference, Population and Family Planning Section. Session entitled: Contraceptive Social Marketing. November 12, 1991.

Wambui, Catherine. (1995). Parents, Kenya: Male Only Centers: A New Concept in Family Planning, published in *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family.* Publications of the Women's Edition Project, Population Reference Bureau, Inc.

Wambui, Catherine. (1994). Male Only Centers: A New Concept in Family Planning. Published in *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family,* Population Reference Bureau, Inc.:18–19.

Yanyi, Djamba. (1990). "Rôle différentiel des époux dans la planification familiale en Afrique: Recherche méthodologique." *Cahiers Economiques et Sociaux,* XXIV:(1–2). Revue trimestrielle publiée par l'Institut de Recherches Economiques et Sociales, Université de Kinshasa, Zaire.

"Encouraging Men's Cooperation." *Population Reports* XXII(1):25–29, July 1994.

"How Can Family Planning Programs Benefit Women?" *Population Reports,* XXII(1):15–25, July 1994.

"Who Makes Reproductive Decisions?" *Population Reports,* XXII(1):18–19, July 1994.

"Media Images Can Inspire New Behavior." *Population Reports,* XXII(12):21, July 1994.

"Men—New Focus for Family Planning Programs." *Population Reports,* XIV(33):911–913. November–December 1986.

SOUTIEN POUR
L'ANALYSE ET LA RECHERCHE
EN AFRIQUE

Les hommes africains et la planification familiale : attitudes et comportements

Revue et analyse de la littérature

mai 1996

Lalla Touré MD, MPH
Conseillère en Population et Santé de la Reproduction

The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

20

The SARA Project is operated by the Academy for Educational Development with subcontractors Tulane University, JHPIEGO, Macro International, Morehouse School of Medicine, Population Reference Bureau, and Porter Novelli. SARA is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR / ARTS / HHR) under Contract number AOT-0483-C-2178-00 (Project number 698-0483).

Les hommes africains et la planification familiale : attitudes et comportements

Revue et analyse de la littérature

mai 1996

Lalla Touré MD, MPH
Conseillère en Population et Santé de la Reproduction

The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

SARA

Les hommes africains et la planification familiale : attitudes et comportements
Revue et analyse de la littérature

mai 1996

Table des matières

Introduction 1
Analyse situationnelle 2
- Les approches utilisées dans le passé avaient leurs limitations 2
- Nécessité de comprendre le point de vue des hommes 3
- Manque de recherche sur les hommes 3

Implications pour les programmes 12
Bibliographie 17

23

Introduction

L'implication des hommes dans la planification familiale va au-delà de l'augmentation du nombre d'hommes utilisant le condom ou acceptant une vasectomie ; elle inclut l'augmentation du nombre d'hommes qui supportent leur partenaire et leurs homologues et les encouragent à utiliser la planification familiale (PF), et qui influencent l'environnement politique pour être plus favorables au développement de programmes pour les hommes. Dans ce contexte, "l'implication des hommes" doit être comprise dans un sens plus large que la contraception des hommes et sous-entend toutes les activités organisationnelles s'adressant aux hommes en tant que groupe particulier qui ont pour objectif d'augmenter l'acceptabilité et le taux de prévalence de la pratique de la planification familiale des deux sexes.

Durant les dernières décennies, il y a eu une tendance dans l'élaboration des programmes de PF à les destiner presque exclusivement aux femmes. Ce qui a résulté, dans la pratique, à l'exclusion délibérée ou non des hommes dans la plupart des programmes. Actuellement, cependant, beaucoup d'associations de PF ont reconnu que la décision de planifier une famille devrait être une responsabilité conjointe des deux partenaires, soulignant l'importance du rôle et de la motivation de l'homme dans la prise de décisions concernant la fécondité, et ceci particulièrement en Afrique. Maintenant que ce fait est reconnu, la question qui se pose est la suivante : "Que doivent faire les programmes de PF et de santé de la reproduction pour encourager la coopération des hommes ?" (Hawkins, 1992 ; *Population Reports*, 1994).

Quelques programmes ont lancé des campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour attirer l'attention des hommes et augmenter leur connaissance. Cependant, une des questions cruciales à laquelle sont confrontés ces programmes est la suivante : "Comment passer de l'augmentation de la connaissance au changement d'attitude et de pratique." Une autre question importante se pose : "Comment satisfaire les besoins des hommes par le biais de stratégies de prestation de services ?" (Hawkins, 1992). Même si l'importance accrue donnée à la responsabilité commune homme/femme n'aboutit pas à une augmentation significative de l'utilisation des contraceptifs par les hommes, il y aurait tout de même une importante contribution en encourageant la communication ouverte entre les partenaires sur leurs soucis (préoccupations) en matière de santé de la reproduction et de la fécondité. Cela permettrait, pour emprunter les mots de l'IPPF, de faire participer les hommes "à la planification des familles et aux soins apportés aux enfants" (Rogow, 1990).

Le présent document met en exergue une analyse de la situation à partir d'un examen de la littérature sur les attitudes et comportements des hommes envers la PF et

voit quelles sont les implications de cette analyse pour les programmes en Afrique. Les exemples des initiatives sur la participation des hommes font l'objet d'un autre document.

Analyse situationnelle

L'analyse de la littérature disponible sur le sujet et les discussions avec des collègues qui travaillent dans ce domaine précis font ressortir plusieurs points communs dont il s'agit de tenir compte :

Les approches utilisées dans le passé avaient leurs limitations

Les attitudes négatives des hommes vis-à-vis de la PF ont été avancées pendant longtemps comme une importante barrière à l'adoption de la PF en Afrique. Cependant, des études récentes en Afrique, telles que les enquêtes auprès des maris, ont indiqué une attitude positive parmi beaucoup d'hommes envers la PF. Ces études ont plutôt montré un manque total de communication entre les partenaires concernant la fécondité et la sexualité (Hawkins, 1992).

Partant de cette hypothèse erronée, la plupart des programmes de PF ont été conçus pour servir uniquement les femmes : la majeure partie des services de PF sont situés dans les centres de PMI et les hommes ne se sentent pas à l'aise dans ces centres ; la plupart des agents formés en matière de PF sont des femmes, formées pour parler aux femmes ; une large variété des méthodes modernes de contraception sont destinées aux femmes, d'où l'insistance qu'on donne dans les cliniques aux méthodes féminines (telles que la pilule, le Norplant ou le DIU). Par conséquent, la plupart des cliniques de PF n'offrent pas de service ou d'information aux clients masculins.

La plupart des campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) ont assumé que les hommes n'étaient pas intéressés et, par conséquent, se sont concentrées sur les femmes au lieu du couple. Certaines sont allées jusqu'à blâmer les hommes et les ont décrits comme des adversaires, des irresponsables et, comme tels, une barrière à surmonter pour pouvoir améliorer l'accès aux services de PF. Exemple : le fameux poster qui montrait un "homme enceinte" avec la question suivante : "Seriez-vous plus prudent si c'était vous qui tombiez enceinte ?". En outre, un grand nombre de posters entretenaient de faux stéréotypes négatifs sur les hommes, les décrivant comme des personnes qui ne se soucient pas des autres, raison pour laquelle ils ne veulent pas utiliser la contraception ou changer leur comportement sexuel. Ce type de campagnes d'IEC a pu être la barrière même qui a empêché les hommes de venir dans les services pour demander des informations sur la PF et la sexualité. Il faut des images et des messages plus positifs en ce qui concerne le rôle et l'implication des hommes dans la PF. Exemple : la récente

25

campagne d'IEC au Kenya qui a été positivement perçue par les hommes et qui disait ceci : "Le papa attentionné protège sa famille" (Mensah et al.), et les slogans utilisés par les campagnes ghanéennes : "Choisis la planification familiale avec ta femme", et "La planification familiale est un travail d'équipe" ainsi que le film "Des nombres dangereux" tourné au Ghana, ont montré que les couples qui coopèrent peuvent régler leurs problèmes (*Population Reports*, 1994).

Nécessité de comprendre le point de vue des hommes

Pour encourager la coopération des hommes, il faut commencer par comprendre leur point de vue. "Connais ton public" est la première leçon de la recherche auprès des publics. Mais la plupart des recherches qualitatives (groupes focalisés) organisées dans le passé ont effectué leurs études sur les femmes, cherchant à connaître leur opinion, ainsi que celle de leur mari, concernant la planification familiale (JHU/PCS/PIP, 1994). Il est évident que les hommes et les femmes ne représentent pas toujours les points de vue de leur partenaire sur la planification familiale. Donc, d'une façon générale, les femmes ont supposé que leur mari n'était pas intéressé par la contraception (pour eux-mêmes). Cependant, ces femmes ont sous-estimé l'intérêt ou la volonté de participation de leur mari à la PF, à cause du manque total de communication entre mari et femme quant à leur désir en matière de fécondité et de PF.

Manque de recherche sur les hommes

On ne dispose toujours pas, à l'heure actuelle, d'information sur les attitudes et les préférences des hommes bien qu'on sache que ces derniers exercent une grande influence sur l'acceptation et le taux de continuation des méthodes contraceptives. Aussi, cette information est-elle essentielle pour mettre sur pied des programmes et pour stimuler des discussions et des échanges d'information.

En outre, la recherche sur les méthodes masculines de contraception est très en retard par rapport à la recherche sur les méthodes féminines. Les deux méthodes masculines essentielles disponibles de nos jours, le condom et la vasectomie, sont stigmatisées. Il y a une tendance générale à penser que le condom est bon pour "le dehors" et ne doit pas être utilisé au sein du mariage ; la vasectomie est associée à la castration, pouvant ainsi entraîner une perte d'appétit sexuel et d'énergie (Danforth, 1994).

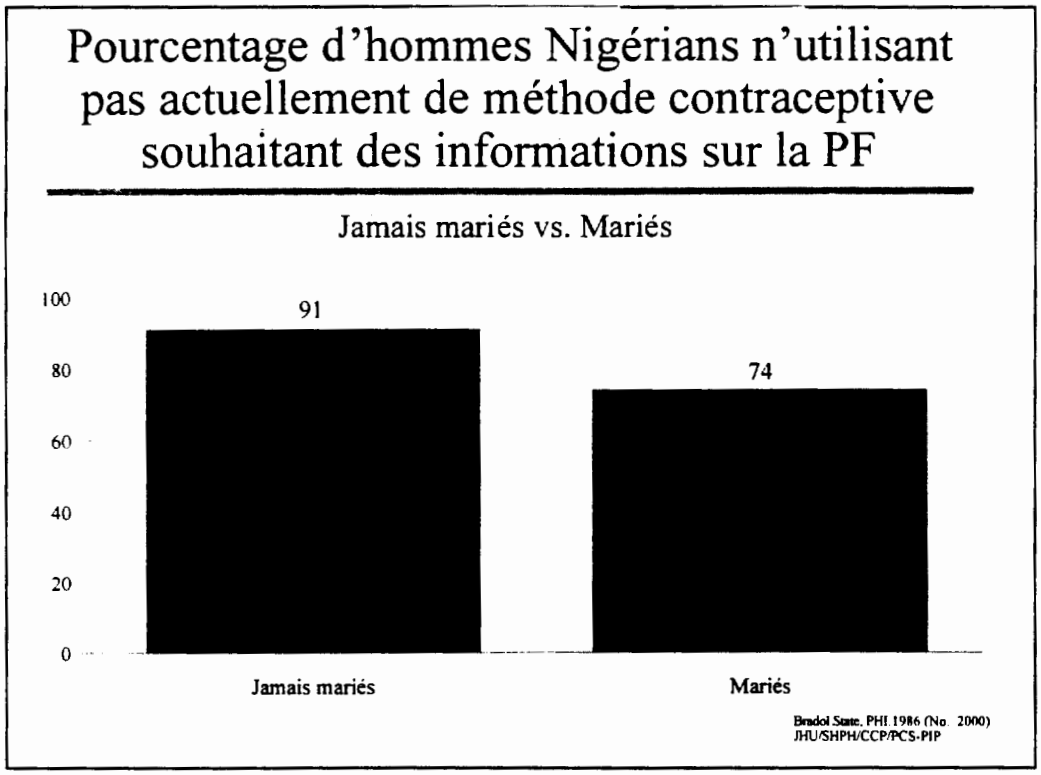
26

Qu'est-ce qui ressort des quelques recherches faites sur les hommes ?

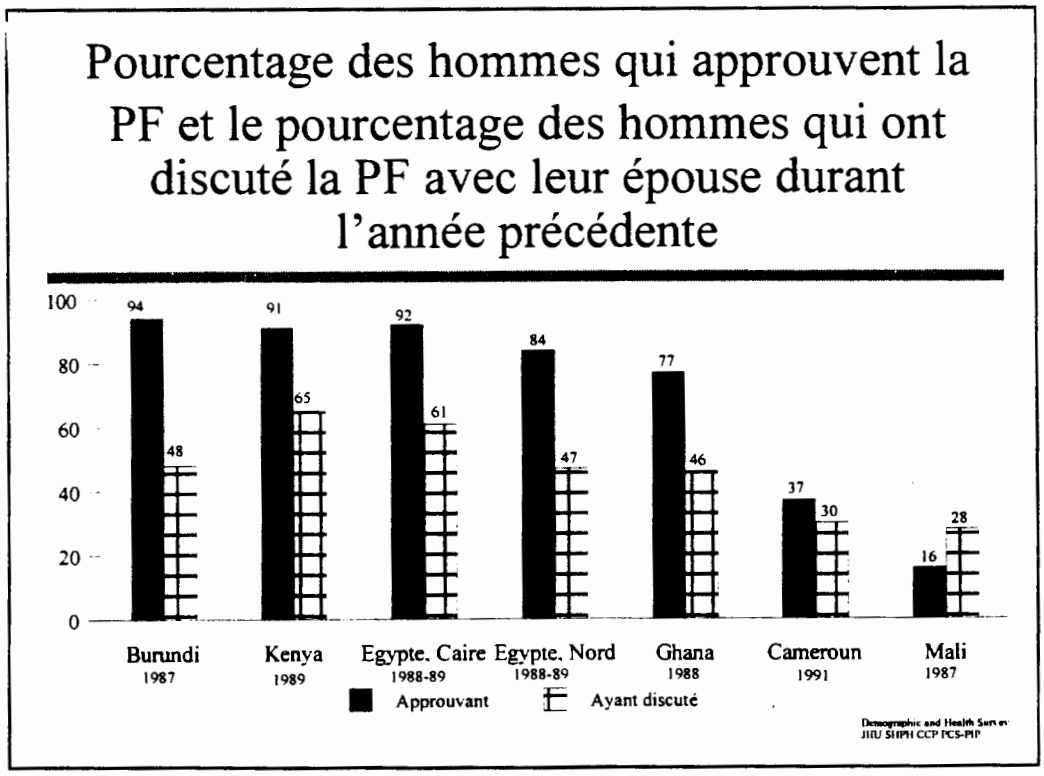
Voici des informations généralisables qui se dégagent de la recherche et des observations faites sur le terrain :

- Les hommes souhaitent avoir plus d'informations sur la contraception et la PF.

Ce souhait d'information concerne les méthodes contraceptives pour les femmes et les hommes. Par exemple, en Tunisie, les hommes accompagnent souvent leur épouse aux cliniques de PF mais attendent dehors, en causant entre eux. Quand on leur a demandé, ils ont répondu qu'ils aimeraient être associés d'avantage. Leurs commentaires étaient les suivants : "On nous pousse à nous sentir comme des étrangers", "On est mis à l'écart", et "La façon dont nous sommes traités nous amène à penser que ceci ne nous concerne pas du tout" (*Population Reports*, 1994). (Voir diagramme *pourcentage d'hommes nigérians n'utilisant pas actuellement de méthode contraceptive souhaitant des informations sur la PF.*)



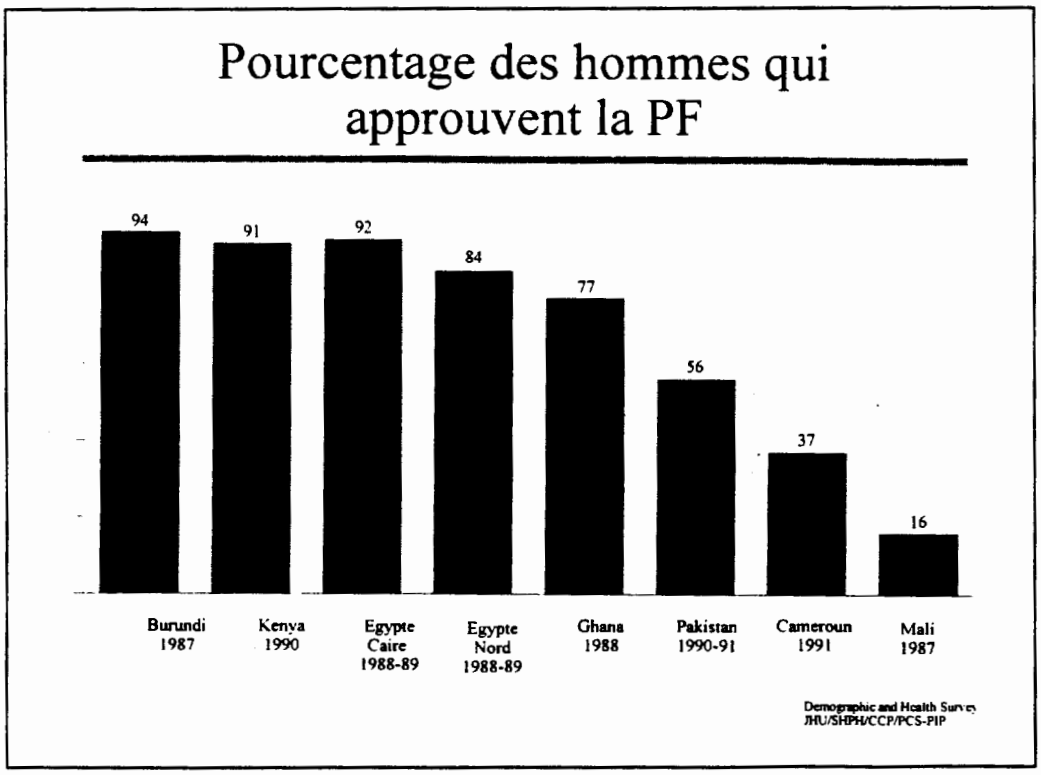
Les hommes bien informés peuvent discuter avec leur femme et aider celle-ci à évaluer les besoins et à choisir une méthode de planification familiale. Une étude en Ethiopie a prouvé que les couples dont les maris ont participé aux causeries pendant les visites à domicile étaient plus susceptibles de commencer à utiliser la contraception moderne et de la continuer un an après les visites à domicile que les couples dont seule la femme a participé aux causeries (Almaz et al., 1993). Au Zimbabwe, les discussions au cours des groupes focalisés organisées par le Conseil national de la planification familiale du Zimbabwe (ZNFPC) ont révélé que les hommes voulaient plus d'informations sur la planification familiale pour être en mesure de prendre des décisions. Puisque peu de choses ont été faites pour informer les hommes sur la PF, tout ce qu'ils savent de ce sujet vient de leur femme, de leurs petites amies et des membres de leur famille. Par conséquent, beaucoup d'hommes avaient une mauvaise compréhension des méthodes de PF et ont probablement découragé l'utilisation de la PF chez leur partenaire. Une possibilité est que les hommes ne voulaient pas discuter d'un sujet sur lequel ils étaient moins informés que leur épouse (Piotrow et al., 1992). (Voir diagramme sur *le pourcentage des hommes qui approuvent la PF et le pourcentage des hommes qui ont discuté de la PF avec leur épouse durant l'année précédente*). S'il existe peu d'information pour les hommes en tant que consommateurs, il est pourtant encore plus rare de trouver du matériel éducatif pour les professionnels et les prestataires de services traitant de la santé de la reproduction des hommes (Rogow, 1990).



28

- Il semble y avoir un taux élevé d'approbation de la PF parmi les hommes interviewés en Afrique du Nord et de l'Est, où plus de 90 % des hommes approuvent la planification familiale dans tous les pays, exception faite de la Tanzanie, où uniquement 78 % des hommes approuvent la PF (Ezeh et al., 1996).

Ce taux élevé d'approbation a été confirmé par d'autres sources. Selon les données initiales de l'enquête réalisée au Zimbabwe sur "l'évaluation de l'impact de la motivation des hommes", 90 % des hommes interviewés en 1989 par le ZNFPC, conjointement avec PCS, approuvaient la contraception et, toujours en Tanzanie, 86 % des hommes interviewés en 1994 pendant l'enquête initiale pour le Projet de Motivation et d'Education des Hommes approuvaient la contraception. Toutefois, le taux d'approbation est bien plus faible en Afrique de l'Ouest. Par exemple, au Cameroun, au Mali et au Sénégal, plus de la moitié des hommes sont opposés à la planification familiale. Le Ghana est le seul pays en Afrique de l'Ouest où au moins les trois quarts des hommes approuvent la planification familiale (Ezeh et al., 1996). Toutefois, il est important de signaler que cette approbation de la planification familiale est généralement reliée à l'information. Plus les hommes reçoivent une information exacte et positive, plus ils sont susceptibles d'approuver la planification familiale pour eux-mêmes ou pour leur épouse. (Voir diagramme sur le *pourcentage des hommes qui approuvent la PF.*)



- Le soutien ou l'opposition des hommes face à l'emploi de la PF chez leur partenaire a un impact important sur l'emploi de la contraception dans de nombreuses parties du monde, y compris en Afrique.

Au sein du mariage africain, l'homme a généralement plus à dire que la femme dans la décision concernant l'emploi de la contraception et le nombre d'enfants que veut avoir le couple.

Par exemple, selon l'Enquête de 1984 sur la santé de la procréation au Zimbabwe, 42 % des femmes mariées ont indiqué que c'était la responsabilité du mari de décider si sa femme allait utiliser une méthode de PF. Les groupes focalisés réalisés par le ZNFPC et un bureau de recherche privé suggéraient que "les hommes prenaient la décision finale concernant la dimension de la famille et l'emploi de la PF au Zimbabwe" (Piotrow et al., 1992).

Au Ghana, "malgré la nature indépendante de certaines relations conjugales, des faits récents indiquent que ce sont surtout les hommes qui prennent les décisions concernant la PF." Aussi bien les données de l'EDS (Enquêtes démographiques de la santé) que la recherche fondée sur les groupes focalisés indiquent que c'est le mari qui est le véritable décideur des questions de fécondité. En outre, les attitudes en matière de planification familiale et les buts en matière de procréation chez le mari ne sont généralement pas influencés par les opinions de sa femme en la matière. Et, lorsque les partenaires au sein du couple ne sont pas d'accord quant à l'éventuel emploi de la contraception, c'est généralement l'avis du mari qui l'emporte (*Population Reports*, 1994). L'analyse récente des EDS a montré que la dimension moyenne idéale de la famille pour les hommes actuellement mariés est plus élevée que pour les femmes mariées. Cette différence est significative en Afrique de l'Ouest, se situant dans une fourchette allant de deux enfants au Burkina Faso à plus de quatre enfants au Niger et au Sénégal (exception faite du Ghana, 0,6). En Afrique de l'Est et du Nord, aucune différence significative n'a été constatée au niveau du souhait en matière de fécondité (Ezeh et al., 1996). Cela montre l'importance de cibler les hommes dans le cadre des programmes de planification familiale.

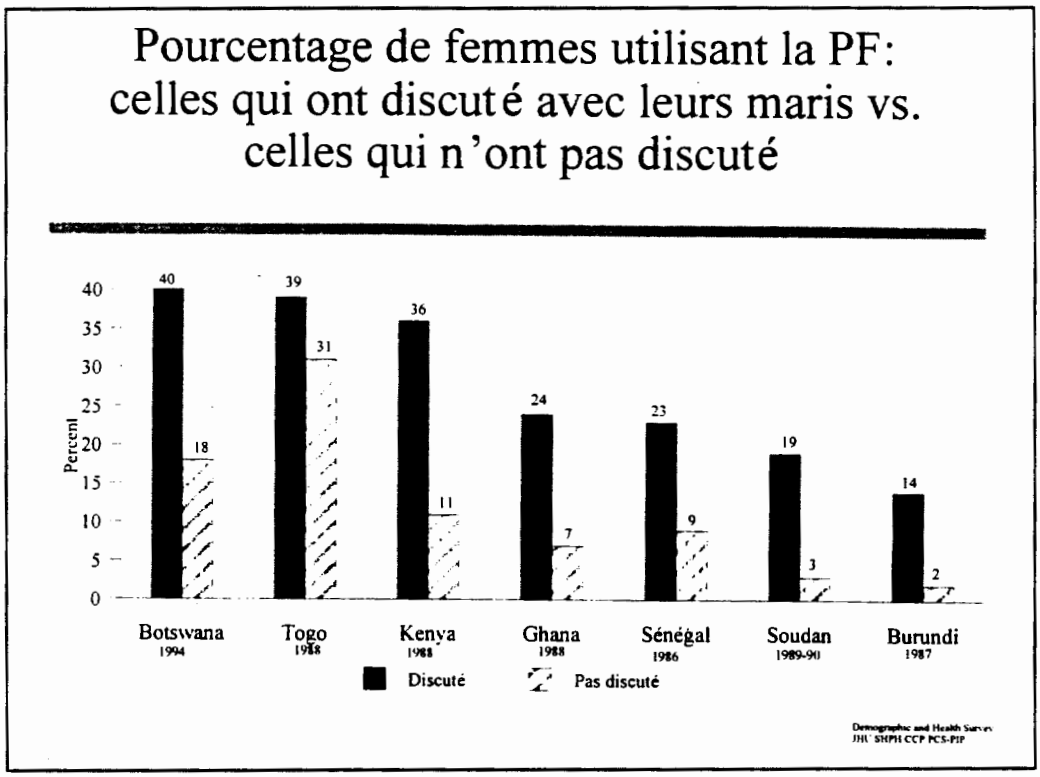
Le soutien du mari s'est avéré un bon facteur prédisant la pratique future et l'utilisation continue. Des études faites aux Philippines indiquent que le taux de continuation chez les femmes soutenues par leur mari dans leur emploi de la contraception est bien plus élevé que chez celles dont le mari ne soutient pas sa femme (IPPF, 1984). En outre, en Corée du Sud, des chercheurs ont constaté que 71 % des femmes dont le mari approuvait la planification familiale avaient déjà utilisé, à un moment ou à un autre, une méthode de contraception alors que chez les femmes dont le mari n'approuvait pas, la proportion n'était que de 23 % (*Population Reports*, 1994). Les taux de continuation du Norplant à Madagascar étaient plus

30

élevés après une année chez les couples dont le mari avait participé à la décision et les couples dont les deux partenaires étaient plus satisfaits du Norplant que chez les couples où seule la femme avait reçu des conseils (Tapsoba et al., 1993).

- La communication entre les époux a un effet positif sur l'utilisation de la contraception.

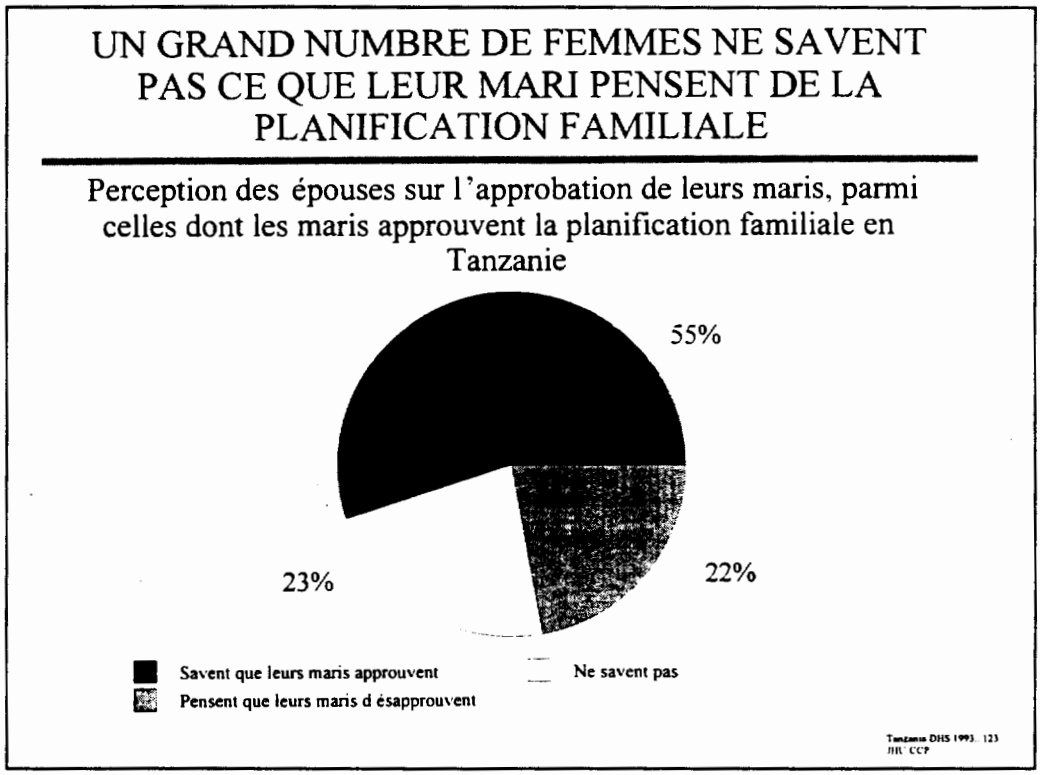
Les résultats des enquêtes démographiques et sanitaires de sept pays africains (Botswana, Burundi, Ghana, Kenya, Sénégal, Soudan et Togo) montrent que le pourcentage de femmes utilisant la contraception est constamment plus élevé dans le groupe de femmes qui ont discuté de la PF avec leur mari que dans le groupe qui ne l'a pas fait (JHU/PCS/PIP, 1994). (Voir diagramme *pourcentage de femmes utilisant la PF : celles qui ont discuté avec leur mari versus celles qui n'ont pas discuté*).



Vu ce manque de communication, beaucoup de femmes ne savent pas ce que leur mari pense de la PF. Un grand nombre d'entre elles pensent que leur mari désapprouve la PF alors qu'en fait, il approuve. En Afrique de l'Ouest, environ les trois quarts des hommes et des femmes n'avaient pas discuté de la planification familiale avec leur conjoint dans l'année qui a précédé l'enquête, sauf au Ghana et au Cameroun où les proportions étaient d'environ la moitié et les deux tiers respectivement. En Afrique de l'Est, le chiffre est inférieur à 40 %, sauf au Burundi et en Tanzanie (Ezeh et al., 1996). Au Burundi, 94 % des hommes

31

interviewés approuvaient l'emploi de la contraception mais 48 % seulement en avaient discuté avec leur épouse pendant l'année précédente (*Population Reports*, 1994). Selon une enquête EDS de 1993, 45 % des femmes mariées en Tanzanie soit ne savaient pas ce que leur mari pensait de la planification familiale, soit pensaient que leur mari désapprouvait alors qu'en fait, un grand nombre de maris approuvaient. (Voir diagramme *Un grand nombre de femmes ne savent pas ce que leur mari pense de la planification familiale.*)



- Le manque d'accès des hommes aux services est une barrière à l'utilisation de la planification familiale.

Les hommes ne peuvent pas partager la responsabilité sur le plan santé de la reproduction et planification familiale si les services et l'information n'arrivent pas jusqu'à eux. La plupart des centres de planification familiale sont conçus pour répondre aux besoins féminins, aussi les hommes sont-ils peu à l'aise quand ils s'y rendent. Il faut atteindre les hommes d'autres manières. Ce témoignage d'un homme kenyan est un bon exemple de ce besoin : "Après avoir eu trois enfants, ma femme a commencé à prendre la pilule car nous ne pouvions plus nous permettre d'avoir un accident avec les méthodes naturelles que nous utilisions. Mais de suite, sa tension artérielle a grimpé et on lui a recommandé d'arrêter. Elle a essayé d'autres méthodes mais là aussi, il y a eu des complications. J'ai pensé que ce

32

n'était pas juste et qu'il était de mon devoir de participer à la PF. Un beau matin, nous sommes allés au centre de planification familiale local. Je n'oublierai jamais à quel point j'étais gêné. Pas un seul homme, juste des files et des files de femmes avec leurs bébés. C'était un monde de femmes où je n'avais pas ma place" (Wambui, 1995). Cela confirme l'hypothèse selon laquelle même si un grand nombre d'hommes veulent connaître et utiliser la contraception, la plupart des programmes de planification familiale ne leur ont pas encore prêté une attention suffisante.

Grâce aux programmes de distribution communautaire et de marketing social, l'emploi du condom a nettement augmenté dans de nombreux pays. Mais est-ce uniquement pour la planification familiale ou suite à la plus grande sensibilisation aux MST et au VIH ? Des approches plus novatrices sont nécessaires telles que les centres uniquement pour hommes, ou alors de meilleurs services pour hommes dans les centres existants ou sur les lieux du travail.

Enquêtes démographiques et de la santé (EDS)

Plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne ont réalisé des enquêtes centrées sur les hommes. Mais la plupart d'entre elles étaient des "enquêtes sur les maris", pour lesquelles on a choisi un échantillon de maris des femmes qui avaient été interviewées (ce qui n'est pas tout à fait représentatif des hommes en général). Plus récemment, ces enquêtes sont devenues de vraies enquêtes sur les hommes, pour lesquelles l'échantillon est choisi parmi tous les hommes sans considération pour leur statut matrimonial. Le second problème avec ces enquêtes est la tranche d'âge choisie comme critère d'éligibilité. Toutes les EDS pour les femmes ont utilisé les mêmes tranches d'âge (c'est à dire 15 à 49 ans), celles des hommes utilisent des tranches différentes d'une enquête à l'autre et selon les pays (15 à 54, 15 à 59, 20 à 54, 20 à 59 ans, etc.). Et c'est seulement maintenant que l'EDS est en train de standardiser ses enquêtes sur les hommes sur la tranche d'âge de 15 à 64 ans.

Une analyse récente de toutes les EDS de 1985 à 1995 (EDS-I, EDS-II et EDS-III) dans d'autres pays et en Afrique se penchant sur la fécondité, l'emploi de la contraception et les préférences contraceptives des hommes a dégagé des résultats intéressants.

- **Préférences en matière de fécondité :** la dimension idéale moyenne de la famille indiquée par les hommes actuellement mariés est très élevée en Afrique de l'Ouest, dépassant 10 dans trois des cinq pays des enquêtes ; elle est plus faible en Afrique de l'Est et bien plus faible en Afrique du Nord. Cette dimension idéale moyenne de la famille augmente avec l'âge, des zones urbaines aux zones rurales, de l'instruction supérieure à l'instruction plus faible et des hommes

monogames aux hommes polygames. De plus, les écarts risquent d'être plus grands en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique de l'Est et en Afrique du Nord. La dimension idéale de la famille pour les femmes suit les mêmes modes dans la région avec les variations les plus grandes en Afrique de l'Ouest. Une comparaison entre les souhaits de fécondité des hommes et des femmes montre une différence importante en Afrique de l'Ouest (les hommes souhaitent deux à quatre enfants de plus que les femmes), une différence très petite en Afrique du Nord et aucune différence en Afrique de l'Est.

- **Connaissance en matière de contraception :** elle est très élevée chez les hommes actuellement mariés en Afrique de l'Est et du Nord (plus de 90 % des hommes connaissent au moins une méthode contraceptive), sauf en Tanzanie (86 %), mais la connaissance est un peu plus faible en Afrique de l'Ouest où elle se situe dans une fourchette allant de 66 % au Mali à 85 % au Niger, sauf au Ghana où elle dépasse 90 % (Ezeh et al., 1996). Comparant en général la connaissance en matière de contraception chez les hommes et chez les femmes, les hommes indiquent une connaissance plus élevée des méthodes contraceptives que les femmes. Par exemple, au Burkina Faso et au Mali, la proportion d'hommes connaissant au moins une méthode contraceptive est plus élevée que chez les femmes, respectivement de 17 et 23 points. Dans deux pays seulement de l'Afrique subsaharienne, le Kenya et le Rwanda, la différence est moins de 2 points de pourcentage. Ce niveau élevé de connaissance des méthodes contraceptives chez les hommes mariés renforce le sentiment que ce qui est nécessaire, tel que le montre l'essentiel de la littérature, c'est davantage d'information sur le caractère réversible et les effets secondaires des méthodes contraceptives ainsi que sur les avantages sanitaires et économiques de la planification familiale, plutôt que l'existence des méthodes de planification familiale.

- **Utilisation passée de la contraception soit par l'homme, soit par sa femme :** le Ghana est le seul pays en Afrique de l'Ouest où au moins la moitié des hommes ont indiqué qu'ils avaient déjà utilisé la contraception. Ailleurs, dans cette sous-région, les proportions allaient de 10 % des hommes au Mali à 40 % au Cameroun. En Afrique de l'Est, la proportion d'hommes mariés qui avaient déjà utilisé la contraception se situe dans une fourchette allant de 43 % au Burundi à 72 % au Kenya. En Afrique du Nord, en Egypte et au Maroc, environ les deux tiers des hommes ont déjà utilisé une méthode contraceptive (ibid).

- **Utilisation actuelle de la contraception soit par l'homme, soit par sa femme :** les variations régionales dans l'utilisation actuelle sont

34

parallèles à celles de l'utilisation passée, avec les niveaux les plus faibles, inférieurs à 20 %, indiqués en Afrique de l'Ouest (sauf au Ghana), et les niveaux les plus élevés signalés en Afrique du Nord. L'utilisation courante augmente parallèlement au niveau d'instruction, avec la résidence urbaine et avec la monogamie (sauf au Niger, au Malawi et au Rwanda où les hommes polygames indiquent souvent un emploi contraceptif plus important que les hommes monogames). De plus, dans la plupart des pays, les hommes avec trois ou quatre enfants indiquent qu'ils utilisent davantage la contraception moderne que ceux dans les autres groupes de parité. Si l'on compare l'utilisation actuelle des hommes et des femmes, on constate que les hommes indiquaient, en général, des niveaux plus élevés d'utilisation de la contraception que les femmes, sauf au Mali et au Maroc où un plus grand nombre de femmes que d'hommes indiquent utiliser actuellement une méthode. On ne sait pas si les écarts entre sexes constatés dans les EDS entraînent une surnotification de l'utilisation de la contraception chez les hommes ou une sous-notification de l'utilisation chez les femmes. Il existe certaines questions se rapportant à l'utilisation de condoms de la part des hommes pour les relations extra-conjugales ou par rapport à leur statut polygame. Plus de recherche est nécessaire pour établir la mesure de la surnotification ou de la sous-notification de l'utilisation contraceptive actuelle chez les hommes et les femmes.

Implications pour les programmes

Nous savons maintenant que les attitudes des hommes, conjuguées aux préjugés des prestataires de services, ont fait que les hommes sont un groupe négligé et mal préparé pour la planification familiale et les soins de santé de la reproduction. La question qui se pose est la suivante : quelles sont les étapes qui peuvent être prises aux niveaux des programmes et des politiques pour améliorer l'implication des hommes à la planification familiale et à la santé de la reproduction ? Quelle que soit la réponse à cette question, il convient de diriger les efforts tout particulièrement vers l'Afrique de l'Ouest qui semble avoir un retard important par rapport à l'Afrique de l'Est et l'Afrique du Nord.

Evaluation des besoins : bien qu'il s'agisse d'un processus continu par le biais des programmes, il faut faire plus de recherche initiale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des hommes ainsi qu'une évaluation pour déterminer comment satisfaire aux besoins des hommes. Des réponses doivent être trouvées aux questions suivantes :

35

- Est-ce que les campagnes d'IEC devraient se concentrer sur les hommes en tant que groupe cible séparé ou faudrait-il insister davantage sur la prise de décisions conjointe ?

- Une plus grande pratique de la planification familiale chez les hommes représente-t-elle un objectif réaliste vu que les méthodes masculines sont rares et qu'il est peu probable qu'on mette au point une nouvelle technologie contraceptive pour les hommes dans les années à venir ? Ou faudrait-il davantage insister sur le soutien qu'apportent les hommes à l'utilisation de la contraception chez les femmes ?

- Est-ce que des hommes mieux informés permettront de renforcer l'acceptation et le soutien pour la santé de la reproduction et la planification familiale ?

- Comment les hommes perçoivent-ils leur propre sexualité et la sexualité des femmes ?

- Quel est le rôle de chaque partenaire au sein du couple et quel est le rôle spécifique des hommes dans la vie reproductive des femmes ?

- Comment peut-on impliquer davantage les hommes concernant les grossesses et les accouchements comme étapes avant la planification familiale ?

- Comment arrive-t-on à un consensus au sein du couple sur le choix et l'utilisation d'une méthode contraceptive ?

- Quels sont les facteurs déterminant l'acceptation ou le refus d'une femme de faire participer son partenaire à ses décisions de santé reproductive ?

Afin de répondre à ces questions, les études devront faire appel à diverses méthodes quantitatives et qualitatives convenant au thème étudié. Peut-être une bonne approche en Afrique serait d'aller pas à pas. D'abord, impliquer étroitement les hommes aux besoins de santé reproductive des femmes, dont la grossesse, l'accouchement, l'avortement et la contraception et, une fois qu'ils sont suffisamment sensibilisés pour donner leur soutien, passer à la seconde étape, qui est d'insister sur la contraception masculine. En attendant, il convient de continuer à faire une publicité pour les condoms, pour que ceux qui les utilisent déjà n'arrêtent pas de le faire.

Implications pour les programmes

Si l'on veut mettre au point des programmes/interventions ciblés sur le public approprié pour les changements comportementaux souhaités, les études devraient également :

- analyser le contexte local pour voir s'il est acceptable du point de vue culturel et conformeaux pratiques locales (besoin de participation communautaire),
- évaluer les capacités institutionnelles,
- faire une étude initiale sur le statu quo pour pouvoir, par la suite, mesurer les changements, et
- déterminer les messages acceptables et les canaux de communication appropriés.

Identification des diverses stratégies de prestation de services pour répondre à ces besoins : les cliniques uniquement pour hommes, les heures spéciales pour les hommes dans les cliniques des femmes, l'intégration de la promotion de la PF dans les programmes de prévention du SIDA, les projets de mobilisation de revenus, les programmes réalisés sur les lieux du travail, les programmes de jeunes et les conseils par le biais des camarades, la distribution communautaire de condoms homme-à-homme, le marketing social, la participation de sociétés privées et de médecins privés.

Bien qu'il faille reconnaître que nous ne connaissons pas encore un grand nombre d'éléments, les connaissances actuelles montrent bien que les hommes apprécient le caractère privé, le côté pratique, l'information, des prestataires qui se soucient des clients et l'attention donnée aux besoins de santé reproductive allant plus loin que la contraception (Rogow, 1990). Aussi, serait-il bon que les services pour hommes intègrent les soins de santé de la reproduction pour hommes, la planification familiale, l'impuissance, l'infécondité, les MST et autres maladies. Cette définition plus globale de la santé de l'homme faciliterait l'accès des hommes africains aux cliniques.

Evaluation ou analyse de programmes existants déjà : il est indispensable d'évaluer les programmes existants pour vérifier leur pérennité et leur expansion. Mais, jusqu'à présent, il y a eu très peu d'évaluation de l'impact des quelques programmes d'implication des hommes en Afrique. Cela est dû, premièrement, au manque de données initiales et au manque d'une bonne identification d'un groupe cible (l'évaluation fait rarement partie du processus de planification) ; et, deuxièmement, au manque de capacité limitée qu'ont les associations de

planification familiale de faire une recherche et une évaluation ainsi qu'au manque d'indicateurs clairs.

Il convient de renforcer la capacité des associations locales de PF dans le domaine de la recherche et de l'évaluation pour faciliter le processus d'un examen stratégique continu. Les associations locales de PF devraient être capables d'identifier le public cible, d'évaluer si leurs programmes arrivent bien jusqu'au public, et dans quelle proportion, de mesurer les résultats, de suivre la qualité des services fournis et de mesurer l'impact atteint par un programme par rapport à ses buts et d'utiliser les leçons pour ajuster ou changer les programmes futurs.

Il est important d'étudier les situations locales et de tester d'autres options conçues localement, efficaces par rapport aux coûts, pas forcément en fonction des modèles internationaux. Certains exemples ont montré qu'une clinique peut arriver à atteindre les hommes. Mais tous les programmes n'ont pas les ressources disponibles pour créer des locaux séparés pour les hommes. L'autre solution consisterait à offrir des services aux hommes certains jours de la semaine - les jours où les femmes ne viendront pas consulter - ou de fixer des heures spécifiques, par exemple, tôt le matin ou le soir. Peut-être faudra-t-il changer le contexte clinique pour que les hommes se sentent plus à l'aise. Profamilia, en Colombie, est un bon exemple de l'Amérique latine montrant comment les cliniques pour hommes ont été créées comme adjonction à un programme réussi depuis longtemps qui se consacrait uniquement aux femmes (Rogow, 1990).

Il convient d'identifier et de supprimer les barrières programmatiques, telles que le manque de connaissance et les biais des prestataires de services face aux méthodes masculines en faisant une enquête CAP auprès des prestataires de services pour connaître leurs réflexions et attitudes face à l'implication des hommes et des adolescents à la planification familiale. Quel que soit le cas, les prestataires de services auront besoin d'une formation spéciale, surtout en matière de counseling, pour répondre aux besoins d'une clientèle masculine.

Images positives en IEC : les hommes doivent être représentés par des images positives. A cette fin, les actions suivantes peuvent être prises : cibler les hommes comme étant le public primaire des messages de planification familiale ; formuler des messages ciblant les hommes qui insistent sur l'avantage économique des familles plus petites ; créer un nouveau modèle d'homme qui montre les hommes responsables comme étant des hommes qui discutent de la planification familiale avec leur partenaire ; sensibiliser davantage par le biais de réseaux masculins organisés, tels que les partis politiques, les employeurs, les syndicats, les militaires et les paramilitaires ; utiliser les agents masculins des Affaires sociales pour rassurer les hommes en leur montrant que la société pense que la planification familiale est chose souhaitable et responsable (Bashin & al., 1989).

38

Implications pour les programmes

Au Ghana, au Kenya et au Zimbabwe, JHU/PCS a réalisé plusieurs projets de marketing social/IEC pour faire participer les hommes à la planification familiale et encourager la conversation entre partenaires. Une campagne au Ghana utilisant les slogans "Choisissez la planification familiale avec votre femme" et "La planification familiale est un travail d'équipe" encourageait les hommes à discuter de la planification familiale avec leur partenaire. Le slogan "Chérie, parlons-en" faisait partie d'une campagne de suivi pour promouvoir l'utilisation de condoms chez les couples mariés. "Haki Yako" ("C'est ton droit") était un slogan utilisé au Kenya pour démarrer la conversation entre partenaires. La Campagne de Motivation pour Hommes au Zimbabwe utilisait les slogans "Il faut deux," "L'équipe de rêve" et "C'est ton choix" ainsi qu'une représentation dramatique des messages montrant les hommes et leur épouse discutant du thème en toute harmonie. De plus, au Zimbabwe, des slogans tels que "Partage la responsabilité. Utilise un condom," "Notre enfant dépend de nous. Nous dépendons du stérilet" et "Bien sûr que nous pouvons nous le permettre ! Nous planifions notre famille" étaient conçus pour que les hommes se sentent bien en participant aux décisions contraceptives (Kumah et al., n.d.).

Analyse de politiques : dans chaque pays, il faut analyser les questions en matière de politiques et voir où nous en sommes à ce niveau et où nous nous dirigeons. S'il existe de la législation entravant la participation masculine à la planification familiale, peut-être on peut l'abroger ou l'amender. Il convient également de renforcer et de diffuser la législation favorable. Utilisez le plaidoyer avec des groupes multidisciplinaires pour réformer les politiques.

Bibliographie

Almaz, Terefe et Charles P. Larson. (1993). "Modern Contraception Use in Ethiopia: Does Involving Husbands Make a Difference ?" *American Journal of Public Health* 83(11):1567-1576.

Bashin, Michelle E. et Hubert A. Allen, Jr. (1989). *Famly Planning Comes of Age in Niger. A Post-Project Survey of Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practice in Niamey, Maradi, and Zinder October 1989.* Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction de la Planification familiale, Niger, et les Services de Communication en matière de Population de l'Université Johns Hopkins.

Chirambo, Kondwani. (1992). "Men Targeted for Family Planning in Zambia." *Network.* 13(1):16-17. Family Health International.

Danforth, Nick. (1994). *Involving Men in Family Planning: Kenya and Baltimore.* Document présenté lors de la Conférence Lessons Without Borders à Baltimore, Maryland, le 4 octobre 1994.

Ellerston, Charlotte. (1992). *African Men and Family planning.* Document préparé pour l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, septembre 1992.

Finger, William R. (1992). "Pilot Programs Increase Men's Involvement." *Network.* 13(1):8-9. Family Health International.

Green, Cynthia P., Sylvie I. Cohen et Dr. Hedia Belhadj-El Ghoayel. "Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health." *Technical Report 28,* FNUAP.

Hawkins, Kirstan (1992). *Male Participation in Family Planning; A Review of Programme Approaches in the Africa Region.* Document présenté lors de l'Atelier sur la Participation des Hommes, Banjul, Gambie, le 25-28 novembre 1991. Londres.

International Planned Parenthood Federation. (1984). *Male Involvement in Family Planning.* 73-76, 79-80.

Kim, Y.M., C. Marangwanda et A. Kols. (1996). *Involving Men in Family Planning : The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994.* Baltimore: Ecole de Santé publique Johns Hopkins, Centre pour les Programmes de Communication.

40

Bibliographie

Kim, Young Mi, Opia M. Kumah, Phyllis Tilson Piotrow, et al. (1992). *Family Planning IEC Project in Ghana: Impact on Ghanaian Males.* Document présenté lors de la 120e Réunionannuelle APHA, Washington, D.C. novembre 1992.

Kumah, Opia Mensah, Philippe F. Langlois, Cheryl L. Lettenmaier, Sharon K Rudy, Florence Chikara et Mary A. Kotei. *Changing the Attitudes and Behavior of African Men Towards Contraception: Myths, Facts, Obstacles and Opportunities.*

Lewis, Gary L. *A review of Recent Findings on Family Planning Service Delivery Quality and the Roles of Men in Family Planning in Zimbabwe, 1990-1992.* Baltimore: Centre pour les Services de Communication de l'Université Johns Hopkins.

Macro International Inc, *Male Fertility, Contraceptive Use and Reproductive References,* Avant-projet, Etudes comparatives No. 17 des Enquêtes démographiques et de Santé, septembre 1995.

Mason, Kate. (1992). "Not for Women Only: Child Spacing Clubs for Malawian Men." *AVSC News,* page 4.

Mbuya, Isabel. (1986). The Forgotten Men of Kenya. *People.* 13(1).

Olukoya, Adepeju A. (1985). "The Changing Attitude and Practice of Men Regarding Family Planning in Lagos, Nigeria." *Public Health.* 99:349-355.

Piotrow, Phyllis T., D. Lawrence Kincaid, Michelle J. Hindin et al. (1992). "Changing Men's Attitudes and Behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project." *Studies in Family Planning,* 23(6):365-373.

Population Council et l'Association de Planification familiale du Kenya. (1995). *Increasing Male Involvement in the Family Planning Association of Kenya (FPAK) Family Planning Program.*

Population Council et le Ministère de la Santé publique, Cameroun. (1993). *Promotion and Delivery of Family Planning Services in the Donga Mantung: an Operations Research Study on the Role of Male Opinion Leaders in Rural Cameroon.*

Rogow, Debbie. (1990). "Man/Hombre/Homme: Meeting Male Reproductive Health Care Needs in Latin America." *Quality/Calidal/Qualité,* No.2. The Population Council.

Swalehe, R.M.A. et M. Mwaipopo. (1994). *Knowledge of, Attitude Towards and Practices of Family Planning, Family Welfare Issues Among Male Wage Workers in Tanzania. A Preliminary Baseline Survey Report for the Male Motivation and*

Education Project. Ministère du Développement communautaire, des Affaires féminines et des Enfants.

Tapsoba, Placide, Robert Miller et Lilia Rajoelison Ralalahavirenty. (1993). *Involving Husbands to Increase the Acceptability of NORPLANT in Antanarivo, Madagascar.* Document présenté lors de la réunion annuelle de l'Association américaine de Santé publique, San Francisco, CA, octobre 1993.

Tipping, Sharon. (1991). *Male Approval and Acceptance of Condoms in Diverse Cultural Settings: The SOMARC Social Marketing Experience.* SOMARC/The Futures Group. Document présenté lors de la Conférence annuelle APHA, Section Population et Planification familiale. Séance intitulée: Marketing social des Contraceptifs, le 12 novembre 1991.

Wambui, Catherine. (1995). Parents, Kenya: Male Only Centers: A New Concept in Family Planning, published in *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family.* Publications du Projet Womens's Edition, Population Reference Bureau, Inc.

Wambui, Catherine. (1994). Male Only Centers: A New Concept in Family Planning. Published in *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family.* Population Reference Bureau, Inc.: 18-19.

Yanyi, Djamba (1990). "Rôle différentiel des époux dans la planification familiale en Afrique : Recherche méthodologique." *Cahiers Economiques et Sociaux,* XXIV : (1-2). Revue trimestrielle publiée par l'Institut de Recherches économiques et sociales, Département de Démographie, Université de Kinshasa, Zaïre.

"Encouraging Men's Cooperation." *Population Reports* XXII(1) : le 25-29 juillet 1994.

"How Can Family Planning Programs Benefit Women?" *Population Reports,* XXII(1): le 15-25 juillet 1994.

"Who Makes Reproductive Decisions?" *Population Reports,* XXII(1) : le 18-19 juillet 1994.

"Media Images Can Inspire New Behavior." *Population Reports,* XIV(33) : 911-913, novembre-décembre 1986.

42