

BESOIN INSATISFAIT EN PLANNING FAMILIAL : les tendances récentes et leurs répercussions sur les programmes

par Lori Ashford

Plus de 100 millions de femmes dans les pays en développement, soit environ 17 % de toutes les femmes mariées, préféreraient éviter une grossesse non planifiée, mais n'ont recours à aucune forme de planning familial¹. Les démographes et spécialistes de la santé évoquent le « besoin insatisfait » de ces femmes en planning familial – concept qui influence l'élaboration des programmes de planning familial depuis plus de 20 ans. Avec les taux croissants de l'utilisation des contraceptifs au cours de la dernière décennie, le besoin insatisfait en planning familial a baissé dans la majorité des pays. Toutefois, dans certains pays, le besoin insatisfait demeure obstinément élevé (plus d'un cinquième des femmes mariées) ou enregistre même une hausse, traduisant la nécessité de plus gros efforts pour comprendre et aborder les causes de ce besoin insatisfait.

Il se dégage de nombreuses études que des obstacles fort divers, outre la difficulté d'accès aux services pour des raisons physiques, empêchent les femmes d'avoir recours au planning familial. Les gouvernants et les directeurs de programmes peuvent renforcer les programmes de planning familial par une meilleure compréhension et utilisation des données sur le besoin insatisfait, par la prise en compte des caractéristiques des femmes et des couples dont le besoin est insatisfait et par des efforts pour éliminer les obstacles qui empêchent les individus de choisir et d'utiliser une méthode de planning familial.

Pourquoi les gouvernants sont-ils concernés par le besoin insatisfait ?

Un besoin insatisfait en contraception peut entraîner des grossesses non planifiées, ce qui pose des risques pour les femmes, leur famille et la société. Dans les pays en développement, un quart environ des grossesses n'est pas planifié – c'est-à-dire qu'elles ne sont pas désirées ou se produisent au mauvais moment (désirées plus tard)². Une conséquence particulièrement néfaste des grossesses non planifiées est l'avortement dans des conditions risquées : d'après les estimations, 18 millions d'avortements risqués ont lieu chaque année dans les pays en développement, contribuant aux taux élevés de décès et lésions maternels dans ces régions³. En outre, les naissances non planifiées posent des risques pour la santé et le bien-être des

Cette photograph n'a pas publié
par respect des droits d'auteur.

Richard Lord

Dans de nombreux pays francophones, les femmes déclarent qu'elles préféreraient arrêter d'avoir des enfants, mais elles n'utilisent pas la contraception. Le prévention des grossesses non désirées peut contribuer à aider les familles à atteindre leurs objectifs.

enfants et contribuent à la croissance démographique accélérée dans les pays à court de ressources.

Depuis plus de 30 ans, les enquêtes effectuées dans les pays en développement demandent aux femmes quelles sont leurs intentions en matière de procréation et si elles ont recours au planning familial. Ces enquêtes révèlent depuis longtemps une contradiction dans les réponses des femmes : un nombre important d'entre elles affirment qu'elles ne veulent pas d'autre enfant mais qu'elles n'utilisent pas de méthode de contraception (les causes sont examinées dans l'Encadré 1, page 2). Cette discordance entre les préférences des femmes et leurs actions a porté de nombreux gouvernements à lancer ou élargir des programmes de planning familial afin de réduire les grossesses non planifiées et d'abaisser les taux de fécondité de leur pays⁴. L'expression anglaise « unmet need » (besoin insatisfait) a été créée à la fin des années 1970 et a été depuis lors utilisée pour évaluer les besoins en planning familial dans les pays en développement.

Comment le besoin insatisfait est-il mesuré et comment ces données sont-elles utilisées ?

Aujourd'hui, le principal outil pour mesurer le besoin insatisfait est l'Enquête démographique et de

Examen des causes du besoin insatisfait

Les causes du besoin insatisfait sont complexes. D'après les enquêtes et autres recherches approfondies effectuées dans les années 1990, il existe une vaste gamme d'obstacles et de contraintes qui peuvent entraver la capacité de la femme à agir conformément à ses préférences en matière de procréation. Par exemple, bon nombre de femmes craignent les effets secondaires des méthodes de contraception, ayant entendu des rumeurs ou éprouvé elles-mêmes des effets secondaires. D'autres craignent que leurs maris les désapprouvent ou les châtient si elles ont recours au planning familial, ou encore, elles s'opposent elles-mêmes au planning familial pour des raisons religieuses ou personnelles. D'autres ne savent pas si elles courent des risques de tomber enceintes, d'autres éprouvent des sentiments ambivalents sur le désir d'être enceintes. Enfin, certaines femmes manquent de connaissance sur les méthodes de contraception ou sur le moyen de les obtenir, ou encore n'ont pas accès aux méthodes qu'elles voudraient en raison de la précarité des services et des approvisionnements. Les questionnaires des EDS les plus récentes examinent plus en profondeur les causes du besoin insatisfait que les enquêtes précédentes. Les questionnaires demandent spécifiquement aux femmes pourquoi elles n'ont pas recours à la contraception si elles disent qu'elles veulent reporter ou limiter leurs grossesses. Dans 13 enquêtes effectuées en 1999 et en 2000, les femmes ont fourni une ou plusieurs des réponses suivantes⁵ :

- Le sentiment d'absence de risque de tomber enceinte était la raison citée le plus couramment entre un tiers et deux tiers des femmes avec un besoin insatisfait ont déclaré qu'elles n'avaient jamais de rapports sexuels ou rarement, ou qu'elles croyaient qu'elles ne pouvaient pas tomber enceintes parce qu'elles avaient atteint l'âge de la

santé (EDS), qui a été conduite dans 55 pays – souvent à plusieurs reprises. L'enquête demande aux femmes âgées de 15 à 49 ans si elles aimeraient avoir un enfant (ou un autre enfant) et si oui, dans combien de temps, ou si elles préféreraient ne pas ou ne plus en avoir. Pour calculer le besoin insatisfait, les analystes relient ces réponses à la capacité de procréation des femmes et leur recours ou non à la contraception au moment de l'enquête. Le calcul du besoin insatisfait est complexe et peut légèrement varier en fonction des catégories qui sont incluses dans la définition⁸. Une fois dérivé, le calcul du besoin insatisfait peut être ventilé en deux catégories : besoin insatisfait concernant l'espacement des naissances (femmes qui veulent un enfant après deux ans ou plus) et besoin insatisfait concernant la limitation des naissances (femmes qui ne veulent plus d'enfants).

En combinant l'estimation du besoin insatisfait et les données sur le recours à la contraception, on obtient un tableau de la demande potentielle totale en

« Mon mari était au courant de la pilule. Je lui en ai parlé et il a été contre. Nous avons failli nous séparer. »

— Femme guatémaltèque⁶

ménopause, parce qu'elles allaitaient ou pour d'autres raisons.

- L'objection au planning familial (des femmes, de leurs maris ou d'autres personnes) représentait 20 % à 30 % des personnes interviewées en Afrique subsaharienne, mais les pourcentages étaient moins élevés ailleurs.
- Des problèmes associés aux méthodes de contraception ont été cités par un tiers environ des femmes avec un besoin insatisfait. Les craintes d'effets secondaires et les soucis de santé étaient les problèmes principaux, en particulier dans les pays où le besoin insatisfait était relativement élevé ; le coût et la difficulté d'accès étaient aussi mentionnés, mais dans une moindre mesure.
- L'absence de connaissance sur les méthodes ou les sources d'approvisionnement semblait être une raison importante dans un seul des 13 pays (Éthiopie).

Certains questionnaires EDS ont aussi demandé aux hommes mariés de déterminer quel était le niveau de leur besoin insatisfait en planning familial, dont la définition ressemble à celle des femmes mariées. D'après une analyse effectuée en 1999 qui comparait les réponses des hommes et des femmes, le besoin insatisfait des hommes a tendance à être plus bas étant donné que les hommes veulent plus d'enfants (ou plus rapidement) que les femmes⁷. L'écart entre les réponses des hommes et celles des femmes fait ressortir un besoin en programmes qui visent à résoudre les problèmes d'absence de communication ou de désaccord entre époux en matière de planning familial.

planning familial dans un pays donné – à savoir, quelle serait la demande si toutes les femmes mariées agissaient en fonction de la préférence qu'elles déclarent (voir Figure 1). Pour les programmes de planning familial, cette estimation est utile étant donné qu'elle permet de révéler la taille et les caractéristiques du marché potentiel de contraceptifs. À des fins d'analyse, les données sur le besoin insatisfait permettent aux analystes de projeter quelle pourrait être la baisse de la fécondité si le besoin en planning familial était satisfait.

Des critiques ont souligné certaines lacunes dans les données sur le besoin insatisfait : les données excluent souvent les femmes non mariées, dont le niveau d'activité sexuelle (et par conséquent le risque de grossesse) varie considérablement et n'est pas mesuré dans tous les pays. Les jeunes qui ne sont pas mariés et qui sont sexuellement actifs représentent une part importante et grandissante de la population dans de nombreux pays, mais leurs besoins n'ont été mesurés qu'en Afrique subsaharienne et dans

quelques autres pays⁹. Une seconde critique porte sur le fait que les données excluent les femmes utilisant des méthodes contraceptives qui sont inefficaces ou qui sont peu satisfaisantes d'après leur opinion personnelle. Ces femmes éprouvent un besoin insatisfait de recours à une méthode différente.

Malgré ces insuffisances de données et autres difficultés de calcul, le besoin insatisfait continue d'être un outil d'analyse et sert de repère dans les documents de politique internationale. Le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, conférence historique marquante, affirme : « les buts des gouvernements relatifs au planning familial devront être définis en fonction des besoins insatisfaits en informations et en services »¹⁰. En 1999, lors de la révision quinquennale de la conférence, les gouvernements ont établi un nouveau repère : réduire le besoin insatisfait de moitié d'ici 2005 et l'éliminer complètement d'ici 2015, sans avoir recours à des cibles de recrutement ou à des quotas¹¹. Les repères sont en conformité avec la nouvelle orientation qui cherche à satisfaire les besoins et aspirations des personnes au lieu de chercher à les modifier.

En quoi les niveaux de besoin insatisfait diffèrent-ils entre les pays ?

D'après les résultats EDS couvrant 53 pays (comme le montre le Tableau 1, page 4), 16 des 25 pays n'appartenant pas à l'Afrique subsaharienne enregistrent un besoin insatisfait en planning familial de 15 % ou moins chez les femmes mariées, alors que seulement trois des 28 pays subsahariens enregistrent un niveau aussi bas. Les méthodes contraceptives sont également moins employées en Afrique subsaharienne qu'ailleurs. Par conséquent, la demande totale en planning familial – définie comme la somme du besoin insatisfait et du recours actuel à la contraception – représente en moyenne 44 % en Afrique subsaharienne, contre 70 % en moyenne en Asie, au Proche-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Amérique latine et aux Caraïbes¹².

En Afrique subsaharienne, où 22 pays ont des niveaux de besoin insatisfait de 20 % ou plus, ce besoin concerne principalement l'espacement des naissances (report à plus tard), et pas tant la limitation du nombre des naissances.

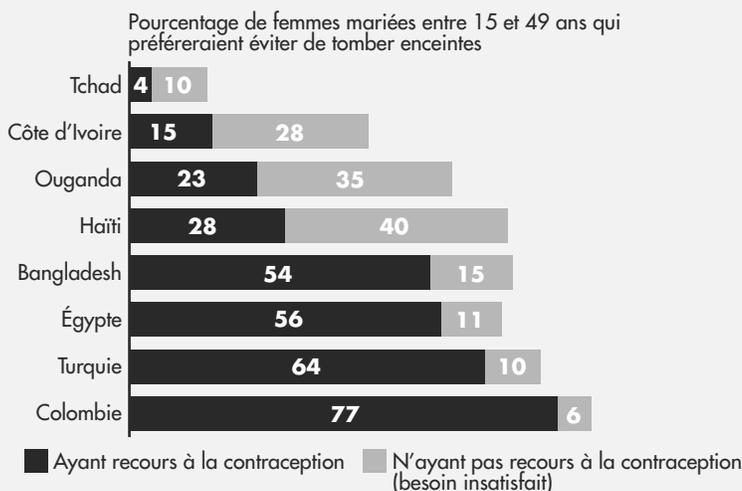
De manière générale, le recours à la contraception est en hausse et la fécondité des femmes (nombre moyen d'enfants) est en baisse à mesure que les pays se développent. Mais le besoin insatisfait ne diminue pas régulièrement avec la baisse de la

J'aurais préféré ne pas avoir tant d'enfants. Je ne savais rien du tout. Si je devais recommencer, je pourrais probablement avoir seulement trois enfants. »

— Femme de Mansa, Zambie¹³

Figure 1

Demande potentielle en planning familial



SOURCE : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé, 1997-2000.

fécondité. Dans certains pays qui enregistrent un taux de fécondité élevé, le besoin insatisfait des femmes est faible étant donné que leur désir d'avoir des enfants est élevé et qu'il existe donc peu d'écart entre leur intention de procréer et leur intention de recourir à la contraception. Par exemple au Tchad, les femmes sont très fécondes (6,6 enfants en moyenne), ont peu recours à la contraception (4 %) et leur besoin insatisfait est faible (10 %). Dans les pays où le nombre de femmes qui veulent éviter d'être enceintes est grandissant, mais où le recours à la contraception n'est pas répandu, le besoin insatisfait est plus élevé. C'est le cas de pays comme le Cambodge, Haïti, le Népal, l'Ouganda, le Rwanda, le Sénégal, le Togo et le Yémen, où le besoin insatisfait est de 30 % ou plus.

À l'extrémité opposée, les pays qui ont largement recours à la contraception enregistrent un taux de fécondité faible (près de deux enfants par femme) et un besoin insatisfait faible. Le Brésil, la Colombie et le Vietnam rentrent dans cette catégorie, avec seulement 6 % à 7 % des femmes mariées dont le besoin en planning familial n'est pas satisfait.

Comment le besoin insatisfait a-t-il changé au cours des ans ?

Globalement, la proportion des femmes mariées dont le besoin en planning familial est insatisfait a baissé de 19 % à 17 % dans les années 1990, mais le nombre de femmes ayant un besoin insatisfait est pratiquement resté constant en raison de la croissance démographique¹⁴. Dans la vaste majorité des 33 pays qui ont fait l'objet de plus d'une enquête

EDS, une baisse du pourcentage des femmes avec un besoin insatisfait a été observée pendant les années 1990 en raison d'un plus grand recours au planning familial (voir Figure 2, page 6). Dans l'ensemble, ces tendances sont positives : elles montrent la capacité croissante des femmes à réaliser leurs buts en matière de procréation.

Néanmoins, certains pays n'ont enregistré qu'une réduction légère du besoin insatisfait et

Tableau 1

Besoin insatisfait en planning familial dans les pays couverts par les Enquêtes démographiques et de santé

Pays et année d'enquête	Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans				Pourcentage de femmes ayant un besoin insatisfait			
	Utilisant une méthode de contraception	Ayant un besoin insatisfait en planning familial			N'ayant jamais eu recours au planning familial		Ayant eu recours au planning familial dans le passé	
		Total	Veulent espacer les naissances	Veulent limiter les naissances	N'ont pas l'intention d'y avoir recours	Ont l'intention d'y avoir recours	N'ont pas l'intention d'y avoir recours	Ont l'intention d'y avoir recours
Asie								
Bangladesh 1999-2000 ^b	54	15	8	7	11	31	8	50
Cambodge 2000	24	33	17	15	—	—	—	—
Inde 1998-1999	48	16	8	8	54	30	8	9
Indonésie 1997	57	9	4	5	27	17	26	30
Kazakhstan 1999	66	9	4	5	9	12	27	52
Népal 2001 ^b	39	28	11	16	20	58	5	17
Ouzbékistan 1996	56	14	7	7	35	23	21	21
Philippines 1998	48	19	8	11	31	23	17	30
République du Kirghizistan 1997	60	12	5	7	2	22	29	47
Turkménistan 2000	62	10	5	5	—	—	—	—
Vietnam 1997	75	7	4	4	—	—	—	—
Proche-Orient/Afrique du Nord								
Arménie 2000	61	12	3	9	—	—	—	—
Égypte 2000 ^b	56	11	3	8	50	39	5	7
Jordanie 1997	53	14	7	7	11	26	14	49
Maroc 1995 ^b	50	16	6	10	3	21	15	34
Turquie 1998	64	10	4	6	16	25	18	41
Yémen 1997	21	39	17	21	53	16	15	16
Amérique latine/Caraiïbes								
Bolivie 1998	48	26	7	19	33	27	10	30
Brésil 1996	77	7	3	5	8	17	16	60
Colombie 2000 ^b	77	6	3	4	7	22	10	62
Guatemala 1998-1999	38	23	12	11	48	29	5	17
Haïti 2000 ^b	28	40	16	24	18	36	15	32
Nicaragua 1997-1998	60	15	6	8	17	30	10	43
Pérou 2000 ^b	69	10	4	7	20	32	10	38
République dominicaine 1999 ^b	70	12	7	4	11	23	13	53

^aFemmes qui déclarent qu'elles préfèrent ne plus avoir d'enfant ou qu'elles veulent attendre deux ans avant d'avoir un enfant, qu'elles sont fécondes (en mesure de procréer), mais qu'elles n'ont pas recours à des méthodes de contraception. Voir aussi note 6 dans les Références.

^bLes données des quatre dernières colonnes proviennent d'une année d'enquête précédente se situant entre 1992 et 1997.

RCA = République centrafricaine

— Indique qu'il n'y a pas de données disponibles

quelques pays, comme le Mali, l'Ouganda et le Sénégal, ont enregistré une augmentation (voir Figure 3, page 6). Cette augmentation résulte principalement des changements intervenus dans les préférences en matière de fécondité – à savoir, un plus grand nombre de femmes désirent reporter ou limiter leurs grossesses – alors que le recours à la contraception n'augmente pas dans les mêmes proportions.

Dans la majorité des pays, la réduction du besoin insatisfait a été observée, dans les années 1990, chez les femmes de tous les niveaux d'éducation ; dans le passé, les femmes plus éduquées étaient en général les premières à avoir recours au planning familial. Néanmoins, les différences entre les femmes plus éduquées et les femmes moins éduquées persistent ; plus les femmes sont éduquées et plus leur besoin insatisfait diminue, probablement

Pays et année d'enquête	Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans				Pourcentage de femmes ayant un besoin insatisfait			
	Utilisant une méthode de contraception	Ayant un besoin insatisfait en planning familial		N'ayant jamais eu recours au planning familial		Ayant eu recours au planning familial dans le passé		
		Total	Veulent espacer les naissances	Veulent limiter les naissances	N'ont pas l'intention d'y avoir recours	Ont l'intention d'y avoir recours	N'ont pas l'intention d'y avoir recours	Ont l'intention d'y avoir recours
Afrique occidentale								
Bénin 1996	16	26	17	9	25	36	10	29
Burkina Faso 1998-1999	12	26	19	7	33	48	4	15
Cameroun 1998	19	20	13	6	33	21	11	35
Côte d'Ivoire 1998-1999	15	28	20	8	32	36	7	25
Gabon 2000	33	28	20	8	—	—	—	—
Ghana 1998	22	23	11	12	27	27	15	31
Guinée 1999	6	24	16	8	35	51	3	11
Mali 1995-1996	7	26	20	6	36	47	4	14
Mauritanie 2000-2001	8	32	23	9	—	—	—	—
Niger 1998	8	17	14	3	48	29	8	15
Nigeria 1999	15	17	13	5	52	21	11	16
RCA 1994-1995	15	16	12	5	15	42	8	35
Sénégal 1997	13	35	26	9	40	39	5	16
Tchad 1996-1997	4	10	7	3	62	29	4	4
Togo 1998	24	32	21	11	14	23	18	46
Afrique orientale et australe								
Afrique du Sud 1998	56	15	5	10	—	—	—	—
Comores 1996	21	35	22	13	30	30	11	28
Érythrée 1995	8	28	21	6	50	39	5	7
Éthiopie 2000	8	36	22	14	—	—	—	—
Kenya 1998	39	24	14	10	15	42	7	37
Madagascar 1997	19	26	14	11	29	51	7	13
Malawi 2000 ^b	31	30	17	13	19	40	9	31
Mozambique 1997	6	23	17	6	50	34	5	11
Ouganda 2000	23	35	21	14	19	50	6	26
Rwanda 2000 ^b	13	36	24	12	17	49	5	29
Tanzanie 1999 ^b	25	22	14	8	27	43	7	23
Zambie 1996	26	27	19	8	10	34	9	47
Zimbabwe 1999	54	13	7	6	12	14	14	60

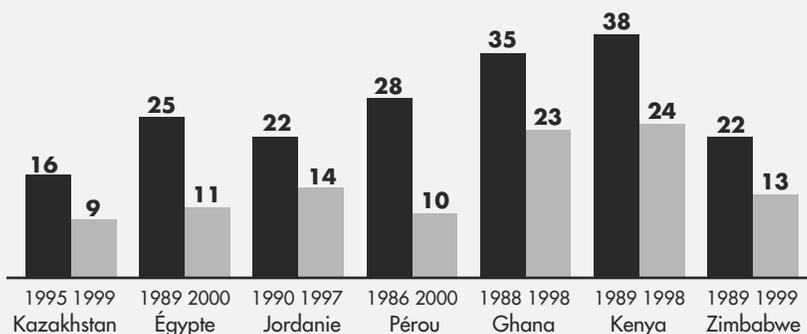
NOTE : Le tableau n'inclut que les pays qui ont fait l'objet d'enquêtes depuis 1994.

SOURCE : C. Westoff, « Unmet need at the end of the century » (Besoin insatisfait à la fin du siècle) (2001) ; et DHS StatCompiler, consulté en ligne le 11 décembre 2002, www.statcompiler.com.

Figure 2

Pays où le besoin insatisfait a baissé de façon marquée

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui préféreraient éviter d'être enceintes mais qui n'ont pas recours à la contraception

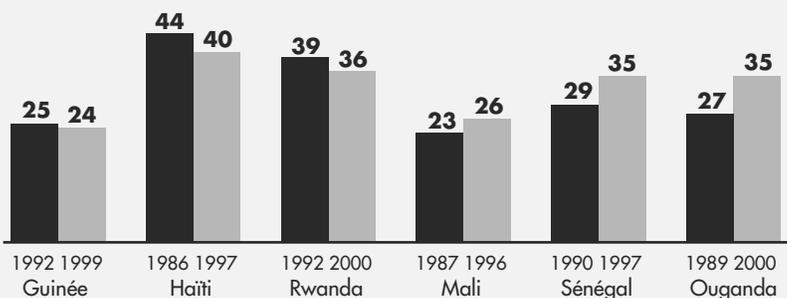


SOURCE : C. Westoff, « Unmet need at the end of the century » (2001).

Figure 3

Pays où le besoin insatisfait demeure élevé ou a augmenté

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui préféreraient éviter d'être enceintes mais qui n'ont pas recours à la contraception



SOURCE : C. Westoff, « Unmet need at the end of the century » (2001).

parce qu'elles sont mieux placées pour agir conformément à leurs intentions.

Les femmes éprouvant un besoin insatisfait sont-elles toutes des utilisatrices potentielles de contraceptifs ?

D'après les prédictions des experts, des femmes ayant un besoin insatisfait, mais pas la totalité d'entre elles, tendront à utiliser une forme de contraception à l'avenir ; les chercheurs ont été en mesure de dégager pourquoi certaines femmes tendent davantage à adopter des méthodes de planning familial que d'autres. Si les données d'enquête ne peuvent pas révéler directement la fermeté des préférences d'une femme ou la gravité des obstacles auxquels elle se heurte, les analystes peuvent déduire dans quelle mesure elle aura vraisemblablement recours à la contraception en exa-

minant si elle a utilisé des méthodes de contraception dans le passé et si elle a l'intention d'en utiliser à l'avenir. Ces éclaircissements permettent aux analystes de grouper les femmes ayant un besoin insatisfait en quatre catégories (voir Tableau 1, quatre dernières colonnes)¹⁵ :

- Les femmes qui n'ont jamais eu recours à la contraception et n'ont pas l'intention d'y avoir recours à l'avenir ;
- Les femmes qui n'ont jamais eu recours à la contraception mais ont l'intention d'y avoir recours à l'avenir ;
- Les femmes qui ont eu recours à la contraception dans le passé mais n'ont pas l'intention d'y avoir recours à l'avenir ; et
- Les femmes qui ont eu recours à la contraception dans le passé et ont aussi l'intention d'y avoir recours à l'avenir.

Dans le cadre des programmes de planning familial, ces femmes peuvent être considérées le long d'un continuum, celles appartenant à la première catégorie étant les moins portées à utiliser les services de planning familial et par conséquent les plus difficiles à atteindre, et celles appartenant à la quatrième catégorie étant les plus portées à avoir recours à la contraception et les plus faciles à atteindre.

La proportion de femmes ayant un besoin insatisfait qui appartiennent à la première catégorie (les moins portées à avoir recours à la contraception) varie considérablement entre les pays. Les pays enregistrant les proportions les plus élevées de ce type de besoin insatisfait – 50 % ou plus de femmes éprouvant un besoin insatisfait – comprennent l'Égypte, l'Érythrée, le Guatemala, l'Inde, le Mozambique, le Nigeria, le Pakistan, le Tchad et le Yémen. Les femmes rentrant dans cette catégorie tendent à vivre en milieu rural et sont les moins instruites des quatre catégories ; ce sont aussi celles qui sont normalement les moins au courant des messages de planning familial transmis à la radio ou à la télévision. Leurs raisons pour ne pas avoir recours à la contraception incluent en général l'opposition au planning familial, le manque de connaissance et la crainte des effets secondaires.

À l'autre extrémité du continuum, les femmes qui ont eu recours à la contraception dans le passé et qui ont l'intention d'y avoir recours à l'avenir sont les utilisatrices les plus vraisemblables des méthodes de contraception. Certaines de ces femmes peuvent avoir été enceintes récemment et ne pas avoir déjà recommencé à employer des méthodes de contraception, et certaines peuvent avoir arrêté d'utiliser des

méthodes de contraception à cause d'effets secondaires ou d'autres raisons. Les femmes rentrant dans cette catégorie sont les plus instruites et tendent à vivre en milieu urbain. Leur nombre idéal d'enfants est le plus bas des quatre catégories et elles ont généralement été mises au courant des méthodes de planning familial par les mass médias. Un grand nombre de femmes ne vivant pas en Afrique subsaharienne rentrent dans cette catégorie.

Les femmes qui n'ont pas eu recours à la contraception dans le passé mais qui ont l'intention d'y avoir recours à l'avenir sont dans une certaine mesure motivées mais peuvent se heurter à tout un éventail d'obstacles (mentionnés précédemment) qui ont besoin d'être surmontés. Environ un tiers des femmes de l'Afrique subsaharienne avec un besoin insatisfait en planning familial rentre dans cette catégorie. Inversement, les femmes qui ont eu recours à la contraception dans le passé mais n'ont pas l'intention d'y avoir recours à l'avenir représentent la plus petite catégorie et sont en général plus âgées que celles des autres groupes. Elles peuvent avoir des soucis de santé liés à la contraception ou douter de pouvoir à nouveau être enceintes.

Quelles sont les répercussions sur les politiques et les programmes ?

Dans chaque pays, la compréhension de l'ampleur du besoin insatisfait et des caractéristiques des femmes avec un besoin insatisfait peut aider les planificateurs à renforcer les programmes de planning familial. Les données d'enquête sur le besoin insatisfait peuvent fournir une orientation générale en aidant à repérer les obstacles de la société et les faiblesses des services qui ont besoin d'être surmontés. Les programmes de planning familial ont visiblement un rôle à jouer en aidant les individus à obtenir les informations et les services dont ils ont besoin pour faire des choix bien fondés. Cependant, la tâche consistant à réduire le besoin insatisfait en planning familial est compliquée en raison d'une large gamme de situations et de croyances (voir Encadré 1, page 2) qui empêchent les femmes d'agir conformément à leurs intentions.

Les programmes de planning familial peuvent prendre des mesures importantes pour abaisser les barrières auxquelles se heurtent les femmes dans leurs efforts pour obtenir des méthodes et services de contraception :

- Les femmes ont besoin d'être conseillées sur la gamme complète des méthodes de contraception disponibles afin qu'elles puissent choisir la méthode qui correspond le mieux à leur situa-

« [L'infirmière] m'a dit que si je ne voulais pas prendre la pilule, alors elle ne me recommanderait rien. »

— Femme zambienne¹⁶

tion individuelle et à leurs intentions et changer de méthode quand nécessaire.

- Les femmes qui ont accouché, qui allaitent ou qui approchent de la ménopause ont besoin d'être conseillées sur leur probabilité de devenir enceinte et sur les méthodes de planning familial qui pourraient leur convenir.
- Les femmes ont besoin de recevoir des informations justes sur les méthodes de contraception, en particulier sur leurs effets secondaires et sur leur utilisation correcte.
- Les programmes devront chercher à améliorer les relations interpersonnelles entre clients et prestataires de services et assurer le suivi périodique des clients afin de réduire le nombre de femmes qui cessent d'avoir recours à la contraception.
- Les programmes devront prendre en compte les hommes ainsi que les femmes, créant ainsi un environnement dans lequel les deux sexes cherchent à obtenir des services de planning familial et encourageant les hommes à discuter de ce thème avec leurs épouses.

Dans leurs efforts pour aider les femmes et les couples à satisfaire leurs besoins en contraception, les responsables de la santé publique et les prestataires de soins de santé devront prendre en considération les préférences des femmes et des couples en matière de procréation. Par exemple, dans les pays où le besoin d'espacement des naissances (report à plus tard) est largement insatisfait, comme les pays de l'Afrique subsaharienne, les jeunes populations ont besoin d'être informées sur les méthodes de planning familial temporaires ou réversibles et d'y avoir accès.

Les gouvernements jouent un rôle important dans l'apport de subsides pour financer les contraceptifs afin qu'un large éventail de méthodes soit mis à la disposition des couples à faible revenu, à titre gratuit ou presque. Si les aides extérieures sont en baisse ou ne suivent pas le rythme de la demande croissante, les gouvernements nationaux doivent alors mobiliser des ressources pour fournir des approvisionnements en contraceptifs. Des programmes d'éducation et de communication plus vastes peuvent aussi contribuer à atténuer les barrières sociales et culturelles à l'égard du planning familial, y compris les opinions erronées et les

mythes sur la contraception, ainsi que l'insuffisance de communication entre maris et femmes sur le planning familial.

D'un point de vue stratégique, la réduction du besoin insatisfait en planning familial est importante à la fois pour atteindre les buts démographiques et pour améliorer les droits individuels. D'un point de vue démographique, la réduction du besoin insatisfait peut faire baisser la fécondité dans les pays qui s'efforcent de lutter contre une croissance démographique accélérée. D'après une étude réalisée en 1995, la réduction partielle, mais pas totale, du besoin insatisfait entraînerait une baisse de 17 % à 18 % de la fécondité dans les 27 pays couverts par l'analyse et ferait avancer ces pays d'un tiers à la moitié du parcours pour atteindre la norme de deux enfants par famille¹⁷. La réduction du besoin insatisfait est également importante pour aider les couples à réaliser leurs buts en matière de reproduction. La réduction du besoin insatisfait en planning familial et la prestation de bons services de contraception aux utilisateurs actuels peut contribuer à la baisse des grossesses non planifiées qui aboutissent à des avortements et à des naissances non désirées – dont le niveau, dans les deux cas, est excessivement élevé dans bien des pays.

Références

- ¹ John A. Ross et William L. Winfrey, « Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union : an updated estimate », *International Family Planning Perspectives* 28, no. 3 (2002).
- ² Carl Haub et Britt Herstad, *Planification familiale dans le monde 2002, fiche de données* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2002).
- ³ Christopher Murray et Alan Lopez, éd., *Health dimensions of sex and reproduction*. Vol. 3, *Global burden of disease* (Boston : Harvard University Press, 1998) : 280.
- ⁴ John B. Casterline et Steven W. Sinding, « Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy », *Population and Development Review* 26, no. 4 (2000) : 691-723.
- ⁵ Charles F. Westoff, « Unmet need at the end of the century », *DHS Comparative Reports 1* (Calverton, Maryland : ORC Macro, 2001).
- ⁶ Cité dans Nancy Yinger, *Unmet need for family planning : reflecting women's perceptions* (Washington, DC : International Center for Research on Women, 1998) : 9.
- ⁷ Stan Becker, « Measuring unmet need : wives, husbands or couples ? » *International Family Planning Perspectives* 25, no. 4 (1999) : 172-80.

⁸ Dans sa définition du besoin insatisfait, le programme EDS inclut les femmes qui sont actuellement mariées et qui déclarent qu'elles préfèrent attendre deux ans avant d'avoir un autre enfant ou ne plus en avoir, ainsi que les femmes qui sont enceintes ou qui ont accouché depuis moins de six mois, qui n'avaient pas l'intention d'être enceintes au moment de la conception et qui n'utilisaient pas de méthode de contraception. La définition exclut les femmes qui déclarent qu'elles sont infécondes, qu'elles ont eu une hystérectomie ou qu'elles ont atteint leur ménopause.

⁹ Des données sur le besoin insatisfait des femmes non mariées en Afrique subsaharienne peuvent être obtenues dans Westoff, « Unmet need at the end of the century » : 22-29.

¹⁰ Nations Unies, « Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement » consulté en ligne le 9 décembre 2002, www.unfpa.org/icpd/reports&doc/icpdpoae.html.

¹¹ Assemblée générale des Nations Unies, « Actions clés pour la poursuite de l'exécution du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement », consulté en ligne le 9 décembre 2002, www.unfpa.org/icpd/reports&doc/215a1e.pdf.

¹² Westoff, « Unmet need at the end of the century ».

¹³ Cité dans Yinger, *Unmet need for family planning* : 7.

¹⁴ Ross et Winfrey, « Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union ».

¹⁵ Westoff, « Unmet need for family planning ».

¹⁶ Cité dans Yinger, *Unmet need for family planning* : 17.

¹⁷ Charles F. Westoff et Akinrinola Bankole, « Unmet need 1990-1994 », *DHS Comparative Studies* 16 (Calverton, Maryland : ORC Macro, 1995).

Remerciements

Lori Ashford est analyste des politiques au PRB. Ce rapport de politique général s'appuie en partie sur un rapport plus long rédigé par Charles F. Westoff, de l'Université de Princeton, pour le projet MEASURE DHS+. Nous adressons nos remerciements aux nombreuses personnes qui ont contribué à l'analyse et aux interprétations présentées dans ce rapport : Barkat-e-Khuda, Centre for Health and Population Research, Bangladesh ; John Casterline, Population Council ; John Ross, The Futures Group International ; Shea Rutstein, ORC Macro ; Elizabeth Schoenecker, Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ; Charles F. Westoff, Université de Princeton ; et Liz Creel, Nazy Roudi et Nancy Yinger du PRB. Ces travaux ont été financés par l'USAID au titre du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

À propos du PRB

Le Population Reference Bureau est le leader en matière d'informations objectives et opportunes sur les tendances démographiques américaines et internationales et leurs implications.

© Juillet 2003, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU
MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 É.-U.

Tél. : 202-483-1100 ■ Fax : 202-328-3937 ■ E-mail : measure@prb.org ou popref@prb.org

Site Web : www.measurecommunication.org ou www.prb.org



PRINTED WITH
SOY INK

Imprimé avec de l'encre de soja



MEASURE
Communication