

NOVEMBRE 2013

PAR KATE BELOHLAV  
ET MAHESH KARRA

## LA PRISE DE DÉCISION DES MÉNAGES ET L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION EN ZAMBIE

Les besoins non satisfaits en planification familiale correspondent au pourcentage de femmes qui ne souhaitent pas tomber enceintes mais qui n'utilisent pas la contraception.

# 41%

Pourcentage de naissances qui n'étaient pas désirées au moment de la conception, au cours des cinq années précédentes.

Les femmes analysées dans cette étude, qui ont obtenu l'accès à une contraception gratuite avec leurs époux étaient 25% moins susceptibles d'utiliser une forme de contraception pouvant être dissimulée que les femmes qui avaient obtenu l'accès alors qu'elles étaient seules.

Les services de planification familiale fournissent un large éventail d'avantages sanitaires et socioéconomiques auprès des femmes, des hommes et de leurs familles. Pourtant, de nombreux obstacles empêchent les femmes d'utiliser la contraception (voir encadré, page 3). En dépit des efforts visant à accroître la sensibilisation et à améliorer l'accès à ces services de planification familiale, les besoins non satisfaits en planification familiale et les grossesses non désirées demeurent élevés dans les pays à revenus faibles et moyens. Ceci laisse penser que d'autres facteurs peuvent contribuer à l'utilisation de la contraception. Un de ces facteurs est lié à la prise de décision concernant la fécondité au sein du ménage. Des désaccords entre mari et femme concernant la planification familiale peuvent précisément influencer les décisions relatives à l'utilisation de la contraception. Les sources fréquentes de désaccords entre partenaires comprennent :

- Les préférences quant au choix de recourir à la planification familiale ou non.
- Le type de méthode contraceptive à utiliser.
- Les divergences par rapport à la taille idéale de la famille.

Lorsque les époux expriment des préférences et attitudes différentes à l'égard de la planification familiale, on peut penser que beaucoup de femmes puissent ne pas utiliser des contraceptifs modernes car leurs partenaires désapprouvent de telles méthodes. Ou, encore, qu'elles puissent bénéficier de services de planification familiale secrètement et utiliser des méthodes de contraception dissimulables. Pour un couple, l'utilisation secrète des contraceptifs comporte des inconvénients qui peuvent l'emporter ou non sur les avantages de la planification familiale pour les femmes. L'utilisation cachée des méthodes de contraception peut causer une défiance au sein du couple, bien qu'elle puisse également améliorer le bien-être des femmes et de

leurs enfants en augmentant, par exemple, le laps de temps entre chaque naissance. L'utilisation de la contraception en secret ou la renonciation totale à son utilisation, peuvent détourner l'attention des accords établis par les couples pour l'espacement de leurs naissances et la limitation de la taille de leur famille, en ayant pour conséquence que les couples aient plus d'enfants ou qu'ils en aient plus fréquemment que ce que l'un ou l'autre souhaite.

Cet article présente les résultats et les implications pour les politiques tirés d'une étude conduite par Nava Ashraf, Erica Field et Jean Lee. Celles-ci ont examiné le rôle de l'époux dans la prise de décision relative à la planification familiale et elles ont présenté des données empiriques selon lesquelles le comportement des couples à l'égard des décisions sur l'utilisation de la contraception aboutissait à des résultats loin d'être parfaits en matière de fécondité.<sup>1</sup> L'étude a réparti de manière aléatoire les individus dans trois groupes : les personnes choisies pour recevoir un bon leur accordant un accès immédiat et gratuit à une gamme de méthodes contraceptives, y compris les contraceptifs dissimulables comme les implants ou les injectables, en présence de leurs époux (traitement de couple) ; les femmes choisies pour recevoir le même bon, sauf que dans ce cas-là, c'était en privé (traitement individuel) ; et les femmes qui n'ont pas obtenu de bon (groupe de contrôle). L'illustration figurant en page 2 montre les différentes étapes de l'étude.

### Malgré la disponibilité de services de planification familiale, les besoins non satisfaits restent élevés

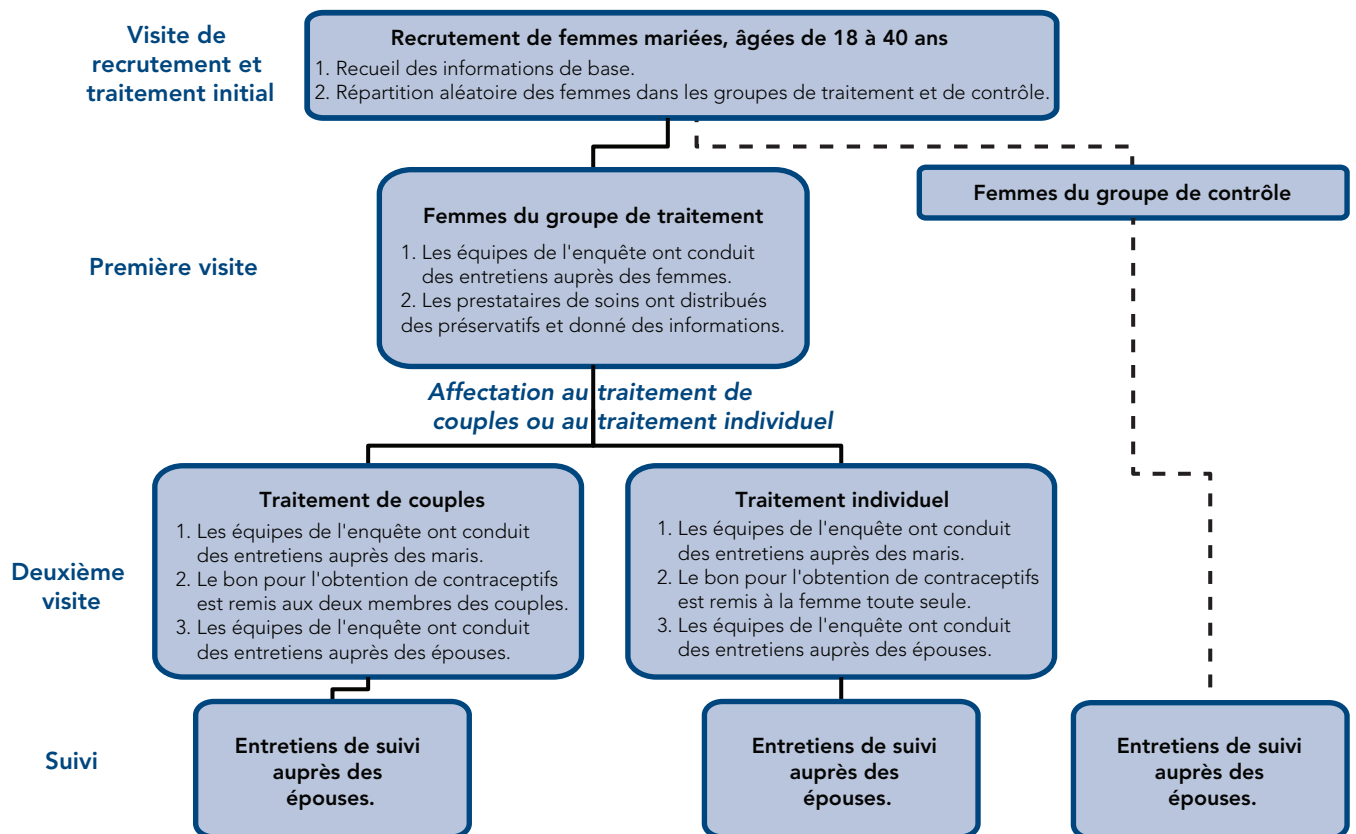
Ashraf, Field et Lee ont conduit leur étude à Lusaka, Zambie, une ville où les besoins non satisfaits demeurent élevés même si les services de planification familiale sont facilement accessibles

par l'intermédiaire de sources publiques et privées. D'après l'Enquête démographique et de santé de 2001-2002 pour la Zambie, une femme sur quatre âgée de 15 à 49 ans a signalé avoir un besoin non satisfait en matière de planification familiale, et une femme sur deux a révélé que sa dernière grossesse n'était pas désirée au moment de la conception.<sup>2</sup> L'utilisation de la contraception est faible en Zambie : seulement 33 pourcent des femmes mariées ont déclaré utiliser une méthode de contraception moderne en 2007.<sup>3</sup>

Les pharmacies et postes de santé distribuent essentiellement des préservatifs et des pilules contraceptives, tandis que les cliniques offrent une sélection plus large de méthodes modernes (injectables, implants, et dispositifs intra-utérins). En principe, toutes les méthodes modernes sont disponibles gratuitement par le biais des dispensaires publics ; cependant, les prestataires de services sont souvent confrontés à des ruptures de stocks et les patientes sont fréquemment contraintes d'attendre longtemps avant d'obtenir un rendez-vous.

Jusqu'en 2005, la législation zambienne obligeait les femmes à obtenir la permission explicite de leurs époux pour se procurer des contraceptifs distribués dans les centres de santé publics. Néanmoins, selon des sources non confirmées, de nombreux prestataires de soins, en particulier dans les régions rurales de Zambie, refusent toujours de distribuer des contraceptifs aux femmes sans le consentement de leurs époux. Des études antérieures de même que des rapports qualitatifs tirés de la présente étude indiquent également que les hommes sont en général méfiants à l'égard de leurs épouses lorsqu'elles recourent à la contraception à leur insu, ce qui a accru les tensions maritales au sein des ménages. Une femme participant à l'étude a fait remarquer, « les femmes sont toujours inquiètes, surtout celles qui prennent la pilule car il n'est pas facile de dissimuler les pilules dans nos petites maisons. En ce qui concerne les injectables, elles sont moins préoccupées parce qu'un homme ne peut pas s'en rendre compte facilement à moins qu'il fasse pression sur vous pour savoir pourquoi vous ne tombez pas enceinte ».

## Étapes de l'étude



**Source :** Tiré de Nava Ashraf, Erica Field et Jean Lee, "Household Bargaining and Excess Fertility : An Experimental Study in Zambia," 2<sup>ème</sup> révision requise, *American Economic Review* (décembre 2012).

## Contexte de l'étude

Les femmes recrutées pour les besoins de l'étude venaient de la zone couverte par le dispensaire de Chipata, un grand dispensaire gouvernemental qui offre des services dans les quartiers à faibles et moyens revenus de Lusaka. Les femmes mariées âgées de 18 à 40 ans étaient invitées à participer à cette étude si elles remplissaient les six critères suivants :

- Elles vivaient à ce moment-là avec leurs époux.
- Leurs derniers accouchements avaient eu lieu entre janvier 2004 et décembre 2006.
- Elles n'étaient pas enceintes à ce moment-là.
- Elles n'avaient pas été stérilisées et n'avaient pas subi d'hystérectomie.
- Elles n'avaient pas de problèmes de santé connus pouvant empêcher l'utilisation de contraceptifs hormonaux.
- Elles acceptaient de participer à une enquête de recrutement et une session d'information initiales sur la planification familiale avec leurs époux.

Pendant l'étape initiale de l'étude, les chercheurs ont déterminé qu'un total de 1 799 femmes remplissaient les six critères, et ils ont ensuite affecté de manière aléatoire 1 031 femmes au groupe de traitement et 768 femmes au groupe de contrôle. Les participantes affectées au groupe de traitement (soit en présence de leurs époux soit en privé) ont reçu un bon pour un accès gratuit et immédiat à un large éventail de contraceptifs au dispensaire de Chipata. Le bon garantissait une attente d'une heure maximum et un accès aux injectables et aux implants contraceptifs, deux méthodes connues pour être fréquemment en rupture de stock.

Les femmes faisant partie des groupes de traitement et de contrôle ont fourni des informations sur leur santé, leur situation sociale et familiale, notamment leur statut marital et leurs antécédents de grossesse, l'inscription à l'école de leurs enfants, leurs préférences en matière de fécondité, le processus décisionnel au sein du ménage ainsi que leur utilisation de la contraception à ce moment-là.

Les informations recueillies durant cette première visite ont indiqué qu'une part importante des femmes cachent à leurs époux qu'elles utilisent la contraception. Parmi les 25 pourcent d'hommes faisant partie de l'échantillon qui ont déclaré qu'ils « ne faisaient rien pour empêcher la grossesse », près de 60 pourcent d'entre eux étaient mariés à des femmes qui avaient déclaré séparément qu'elles utilisaient une méthode quelconque de planification familiale. À la suite des entretiens, les agents de santé communautaires ont présenté des informations

## Encadré : Obstacles à l'utilisation des contraceptifs

Les femmes zambiennes sont confrontées à de multiples obstacles en matière de recours à la planification familiale et à la contraception, la plupart desquels sont liés à leur capacité d'y avoir accès ou à leurs connaissances des contraceptifs.

### Accès

- Manque d'accès imputable aux obstacles physiques/géographiques entre les ménages et les prestataires (par exemple, grandes distances entre les foyers et les dispensaires, faible accès aux moyens de transport).
- Faible accès aux contraceptifs en raison de pénuries fréquentes (ruptures de stock) dans les dispensaires et les centres de santé.
- Longue durée d'attente pour obtenir des rendez-vous ou des conseils.
- Coûts élevés des contraceptifs.
- Choix limité des méthodes contraceptives.

### Information/Sensibilisation

- Peur des effets secondaires.
- Désinformation ou manque d'information sur la planification familiale et la contraception.

sur la planification familiale et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST). À la fin de la première visite, un paquet de trois préservatifs a été remis aux participants. Les époux n'étaient pas présents lorsque les femmes ont répondu aux questions ou lorsqu'elles ont été informées sur les questions sanitaires.

Pour répondre à la question sur le rôle du mari dans le processus décisionnel sur la planification familiale, les chercheurs ont varié les manières de distribuer les bons aux participants du groupe de traitement. Avant la seconde visite, environ la moitié des femmes du groupe de traitement ont été choisies de façon aléatoire pour obtenir le bon en présence de leurs époux (traitement de couple), tandis que le bon a été remis en privé au reste des femmes (traitement individuel). Dans le cadre du traitement de couple, l'époux a été interrogé seul dans un premier temps, et ensuite mari et femme ont été réunis pour la remise du bon. (Le traitement de couple reproduit le processus décisionnel sur la planification familiale pratiqué dans de nombreux pays à revenus faibles ou moyens, ce qui permet à l'époux de s'opposer aux décisions portant sur le choix de la contraception). En revanche, les femmes suivant le traitement individuel ont obtenu un bon durant une session privée avec l'agent de santé communautaire.

Les données issues des archives et des livres de bord des dispensaires recensant les visites des participantes pour la planification familiale, tenus par les infirmières diplômées d'État, étaient utilisées pour une analyse à court terme. Une visite de suivi et une enquête administrée aux femmes deux ans après l'intervention ont contribué à une analyse à long terme.

## L'implication des époux réduit l'échange des bons et l'utilisation de la contraception

Presque la moitié des femmes (48 pourcent) à qui un bon a été remis pour les services de planification familiale l'ont échangé pour bénéficier de contraceptifs gratuits. Cinquante-trois pourcent des femmes faisant partie du groupe de traitement individuel ont échangé le bon, par rapport à seulement 43 pourcent des femmes du groupe de traitement de couple, ce qui implique que lorsque les hommes ont l'occasion de participer aux décisions relatives à la planification familiale, cela fait chuter le taux d'échange des bons.

Les chercheurs ont prédit que les couples en désaccord sur le nombre d'enfants qu'ils souhaitent répondront différemment selon que les bons aient été accordés à l'épouse à titre individuel, ou au couple. L'affectation au traitement individuel a permis aux épouses de dissimuler leurs contraceptifs. Les chercheurs ont constaté que les femmes participant à l'étude qui souhaitaient avoir moins d'enfants que leurs époux étaient 25 pourcent moins susceptibles d'obtenir une méthode de contraception en échange du bon lorsqu'elles avaient reçu le bon en présence de leurs maris.

Les chercheurs ont mené des entretiens approfondis parallèlement aux enquêtes de suivi afin de vérifier que la différence du taux d'échange résultait de la volonté d'une femme de bénéficier d'une forme de contraception cachée. Leur analyse suggère qu'une utilisation plus importante des bons par le groupe de traitement individuel peut être largement attribuée aux femmes qui essaient de contourner le contrôle exercé par leurs époux sur les décisions relatives à la planification familiale.

La recherche a également montré une différence dans les taux d'échange de bons pour les contraceptifs injectables, considérés comme pouvant être cachés plus facilement que les autres formes de contraception. Les femmes faisant partie du groupe de traitement des couples avaient 25 pourcent moins de chances d'opter pour les contraceptifs injectables que les femmes suivant le traitement individuel. Au sein du sous-groupe des couples dans lequel les hommes souhaitaient plus d'enfants que leurs épouses, la différence entre les deux groupes de traitement était encore plus importante : les femmes avaient 48 pourcent moins de chances de choisir des contraceptifs injectables en présence de leurs époux.

## L'implication des époux influence l'utilisation de la contraception, même lorsque les couples sont d'accord par rapport à leur fécondité à court terme

Les résultats de l'étude ont montré que lorsque les couples sont en désaccord au sujet du nombre d'enfants désirés, les femmes qui obtiennent l'accès à la planification familiale par elles-mêmes sont plus susceptibles d'y accéder et d'utiliser des formes de contraception dissimulables. En revanche, les chercheurs ont examiné les ménages au sein desquels ni le mari ni la femme ne voulait avoir des enfants au cours des deux années suivantes, pour savoir si un désaccord sur leurs souhaits en matière de fécondité à long terme avait un impact sur la préférence du mari en matière de contraception. On pourrait penser que les couples, qui sont d'accord sur le nombre d'enfants souhaités à court terme, choisiraient la forme la plus efficace et la moins coûteuse de planification familiale.

L'analyse révèle que l'utilisation des services de planification familiale et la préférence pour les injectables sont considérablement plus élevées lorsque les femmes de ce groupe accèdent aux services de planification familiale en l'absence de leurs époux. Néanmoins, lorsque les couples s'accordent sur le nombre d'enfants désirés, l'attribution d'un type de traitement n'a d'effet ni sur leur échange du bon, ni sur leur préférence pour les contraceptifs injectables. Ces résultats impliquent que les hommes sont réticents à l'idée de laisser leurs femmes utiliser les contraceptifs injectables, une forme de contraception moins chère et plus efficace, afin de maintenir le contrôle sur les résultats du ménage en matière de santé reproductive. Les analyses et leurs implications montrent de solides preuves selon lesquelles des dynamiques au sein des foyers peuvent mener les couples à des situations qui sont loin d'être idéales en matière de fécondité.

## Le fait de dissimuler les décisions liées à la contraception peut compliquer les dynamiques au sein des ménages

En général, le simple développement de l'accès à la contraception n'entraîne pas nécessairement une augmentation de son utilisation. Dans cette étude, néanmoins, les femmes qui ont obtenu seules l'accès à la contraception étaient plus susceptibles de l'utiliser. Outre le niveau élevé d'échange de bons et d'utilisation de contraceptifs dissimulés, les chercheurs ont constaté que l'utilisation des services de planification familiale pendant l'étude était associée à une réduction des naissances de l'ordre de 27 pourcent, essentiellement parmi les femmes qui

souhaitaient limiter le nombre de leurs grossesses et qui pensaient que leurs époux voulaient avoir plus d'enfants qu'elles.

Bien que les résultats mettent en évidence le fait que les femmes bénéficiant seules de services de planification familiale sont davantage capables d'utiliser une forme de contraception cachée et de répondre à leurs propres besoins en termes de fécondité, les chercheurs ont aussi trouvé des preuves faisant état de la défiance et de la suspicion au sein de ces couples. Un mari peut devenir méfiant vis-à-vis de sa femme si elle tarde à tomber enceinte, ce qui pourrait entraîner des frictions ou un conflit au sein du couple. Dans cette étude, parmi les couples dont le mari voulait avoir plus d'enfants que la femme, celles qui faisaient partie du groupe de traitement de couple ont déclaré être plus heureuses et en meilleure santé que les femmes du groupe de traitement individuel.

Par conséquent, il existe un compromis lorsqu'une femme a la possibilité d'opter pour la planification familiale en privé plutôt qu'en présence de son époux. Une utilisation accrue des contraceptifs est possible, ce qui pourrait améliorer les résultats sanitaires, mais l'accès à la planification familiale en privé pourrait également causer plus de tensions entre les époux.

## Implications en matière de politiques

Les décisions des ménages concernant l'utilisation de la contraception ont des conséquences sur la réalisation de l'objectif du nombre de naissances désirées et sur les relations au sein du couple. L'augmentation de l'accès à la contraception ne conduira pas forcément à une utilisation accrue de la contraception ou à une fécondité plus faible. La mise à disposition de contraceptifs pouvant être cachés à une femme mariée, à l'insu de son époux, peut améliorer l'accès ; néanmoins, cela peut avoir des conséquences néfastes sur son mariage, indépendamment du fait qu'elle réduise le nombre de grossesses non désirées à court terme.

Bien que l'implication masculine dans le processus décisionnel sur la planification familiale soit importante pour le bien-

être du couple, la simple sensibilisation des hommes aux différentes opportunités en matière de planification familiale ou l'augmentation de leur rôle en la matière peut véritablement réduire l'utilisation de la contraception par leurs épouses. Des interventions réussies doivent aider les hommes à mieux comprendre les coûts de la grossesse et des soins infantiles— les coûts pour les femmes et ceux qui sont assumés par leurs familles. Les politiques visant à améliorer l'accès à la planification familiale et à former les hommes peuvent être plus efficaces pour augmenter la prévalence contraceptive, réduire les grossesses non désirées, et diminuer les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

## Remerciements

Ce résumé a été préparé par Kate Belohlav, chercheuse associée, Programmes internationaux au PRB, et Mahesh Karra, ancienne analyste politique au sein des Programmes internationaux au PRB. Cette publication a été possible grâce au généreux soutien de la Fondation William et Flora Hewlett dans le cadre du Réseau de recherche de la fondation sur la population et la pauvreté (PopPov). Les auteurs souhaitent remercier Marlene Lee, Angela Farmer et John F. May du Population Reference Bureau et Nava Ashraf de la Harvard Business School pour leurs commentaires et contributions à cette note ou à sa traduction.

© 2013 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

## Références

- 1 Nava Ashraf, Erica Field et Jean Lee, "Household Bargaining and Excess Fertility : An Experimental Study in Zambia," 2<sup>ième</sup> révision requise, *American Economic Review* (décembre 2012).
- 2 Zambia Central Statistical Office, Zambia Central Board of Health et ORC Macro, *Enquête démographique et de santé en Zambie 2001-2002* (Calverton, MD : Central Statistical Office et Macro International Inc., 2003).
- 3 Zambia Central Statistical Office, Zambia Central Board of Health et ORC Macro, *Enquête démographique et de santé en Zambie 2001-2002* (Calverton, MD : Central Statistical Office and Macro International Inc., 2009).



## POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les **REND AUTONOMES** à se servir de ces informations pour **FAIRE PROGRESSER** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

[www.prb.org](http://www.prb.org)

## POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW 202 483 1100 **TELEPHONE**  
Suite 520 202 328 3937 **TELECOPIE**  
Washington, DC 20009 USA [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org) **COURRIEL**