

FÉVRIER 2014

PAR LYNN M VAN LITH,
MÉLANIE YAHNER
ET LYNN BAKAMJIAN

LE DÉSIR CROISSANT DES FEMMES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE DE LIMITER LE NOMBRE DE GROSSESSES : RELEVER LE DÉFI

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.

Contrairement aux idées reçues, de nombreuses femmes d'Afrique subsaharienne—souvent à un jeune âge—ont un besoin non satisfait de planification familiale pour limiter leurs futures naissances, et celles qui souhaitent limiter ces naissances souvent n'utilisent pas les méthodes de contraception les plus efficaces. Les programmes de planification familiale doivent améliorer l'accès à un large éventail de méthodes modernes de contraception et s'attaquer aux obstacles liés aux comportements et aux connaissances pour répondre aux besoins des femmes.

Résumé

Les Enquêtes démographiques et de santé de 18 pays ont été analysées afin de mieux comprendre les caractéristiques des femmes qui souhaitent limiter le nombre de grossesses. Comparativement, la demande de limitation du nombre de grossesses (14 % de toutes les femmes) est inférieure à la demande d'espacement des grossesses (25%), mais reste importante. L'âge moyen de « changement » de la demande (l'âge moyen auquel la demande de limitation du nombre de grossesses dépasse la demande pour l'espacement des naissances) se situe généralement autour de 33 ans, mais dans certains pays, il peut être de 23 ou 24 ans. Les jeunes femmes entendent souvent limiter le nombre de leurs grossesses, contrairement à l'hypothèse que seules les femmes plus âgées expriment ce souhait. De nombreuses femmes ont dépassé leur fécondité désirée, mais n'utilisent pas la planification familiale, car la peur des effets secondaires et des problèmes de santé représentent des obstacles. Lorsque l'analyse ne tient compte que des femmes mariées, la demande de limitation des naissances est presque identique à la demande d'espacement des naissances. De nombreuses femmes qui ne veulent pas avoir plus d'enfants et qui utilisent la contraception, en particulier les femmes pauvres

et les moins instruites, utilisent des méthodes de contraception temporaires moins efficaces. Un nombre considérable de femmes d'Afrique subsaharienne, soit près de 8 millions, souhaitent limiter le nombre de grossesses futures. La limitation des naissances a un impact plus important sur les taux de fécondité que l'espacement des naissances et est un facteur majeur de la transition de la fécondité. Les programmes de planification familiale doivent se préparer à répondre à cette demande en éliminant les obstacles liés à l'offre et à la demande. Il est essentiel de répondre aux besoins croissants des femmes d'Afrique subsaharienne qui veulent limiter les naissances, car elles représentent un public unique qui a longtemps été négligé et mal desservi.

Introduction

Tandis que l'utilisation des contraceptifs a augmenté à des niveaux relativement élevés dans de nombreuses régions d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes, elle reste faible dans la majeure partie de l'Afrique subsaharienne. Seule une femme africaine sur 4 en âge de procréer utilise une méthode moderne de planification familiale¹, et cette proportion est nettement plus faible dans de nombreux pays de la région.

Ces chiffres, cependant, n'indiquent pas un manque d'intérêt pour la planification familiale parmi les femmes de la région. L'espacement des naissances est un concept couramment utilisé dans les programmes de planification familiale en Afrique—un concept qui est souvent lié à une logique de santé en faveur de la contraception.² Cependant, la littérature se concentre moins sur le groupe de femmes d'Afrique subsaharienne qui souhaitent limiter (ou cesser) la procréation, même si dans plusieurs pays d'Afrique leur proportion dépasse celle des femmes qui souhaitent espacer les grossesses.

Les données sur les tendances indiquent que la proportion de femmes d'Afrique subsaharienne qui veulent limiter plutôt que reporter la maternité ne cesse d'augmenter.³ L'augmentation de la demande de contraception, en particulier en Afrique de l'Est et australe, est principalement due à la proportion croissante de femmes qui souhaitent cesser plutôt que reporter la maternité.⁴ (Voir l'encadré pour les définitions de la demande et des besoins non satisfaits). L'augmentation de l'utilisation de la contraception chez ces femmes permettra de réduire les naissances à haut risque et à parité élevée, contribuant ainsi à la réduction de la mortalité maternelle.⁵ En outre, il est important de répondre aux besoins de ce groupe pour deux raisons :

1. Les comportements liés à la limitation du nombre de grossesses ont un impact plus important sur les taux de fécondité que ceux liés à l'espacement des naissances.^{6,7}
2. Ces types de comportement sont un facteur majeur dans la transition de la fécondité en Afrique.⁸

L'intention de fécondité est un prédicteur important du comportement de reproduction ultérieur, et les intentions relatives à l'utilisation de la contraception sont un prédicteur encore meilleur, en particulier chez les femmes qui souhaitent limiter leurs futures grossesses.^{9,10,11} Celles-ci, qui souhaitent limiter, ont un désir plus fort d'éviter une grossesse que les femmes qui souhaitent les espacer. Lorsqu'une femme qui souhaitait espacer ses grossesses donne naissance à un enfant plus tôt qu'elle ne l'avait prévu, l'on peut supposer que cette naissance était désirée, même si elle s'est produite au mauvais moment, et qu'elle se serait produite quoiqu'il arrive, tandis que les grossesses non désirées chez les femmes qui souhaitent limiter leurs grossesses s'ajoutent directement aux taux global de fécondité.

Le fait de répondre aux intentions de procréation des femmes dans le contexte d'un choix éclairé leur permet d'avoir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent, améliore la santé et le bien-être des femmes et de leurs familles et affecte

Encadré : Définitions-clés¹²

La demande pour la planification familiale est le désir ou la motivation des femmes (ou des couples) à contrôler leur fertilité future. L'on entend par demande d'espacement des naissances le souhait des femmes d'attendre deux ans ou plus avant leur prochaine grossesse, et l'on entend par demande de limitation des naissances le souhait des femmes de ne plus avoir d'autres enfants. La demande de planification familiale concerne tant les besoins satisfaits (utilisation actuelle de la planification familiale) que les besoins non satisfaits.

Besoins non satisfaits

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale* —le pourcentage de femmes qui ne souhaitent pas tomber enceintes mais qui n'ont pas recours à la contraception— sont la mesure la plus fréquemment utilisée pour exprimer la demande potentielle. Les couples qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale se divisent en deux groupes :

Les femmes ayant un besoin non satisfait pour espacer les naissances sont les femmes fertiles (qui peuvent tomber enceintes) qui n'utilisent pas la planification familiale et qui :

- Souhaitent reporter de deux ans ou plus la prochaine grossesse ;
- Sont enceintes / en aménorrhée post-partum et déclarent que leur grossesse actuelle / dernière grossesse n'était pas opportune ;
- Ne sont pas certaines de vouloir un autre enfant ; ou
- Souhaitent avoir un autre enfant sans pour autant savoir à quel moment.

Les femmes ayant un besoin non satisfait pour limiter les naissances sont les femmes fertiles (qui peuvent tomber enceintes) qui n'utilisent pas la planification familiale et qui :

- Déclarent ne pas vouloir un autre enfant ;
- Sont enceintes / en aménorrhée post-partum et déclarent que leur grossesse actuelle / dernière grossesse n'était pas désiré ; indépendamment du fait qu'elles souhaitent avoir ou non un autre enfant à l'avenir ; ou
- Ne sont pas certaines de vouloir un autre enfant à l'avenir.

*MEASURE DHS a récemment normalisé sa définition des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans toutes les enquêtes nationales, y compris la décision de ne plus inclure les données du calendrier de contraception. Pour les pays qui avaient préalablement recueilli des données de calendrier en routine, les chiffres révisés des besoins non satisfaits sont plus élevés que dans la définition précédente. Pour les pays qui ont recueilli des données de calendrier de manière irrégulière, les tendances des besoins non satisfaits ont changé après la révision, mais sont désormais représentées avec plus de précision. Parmi les 18 pays disposant de données EDS analysés dans cette étude, 11 n'ont pas recueilli les données de calendrier (le Bénin, le Cameroun, le Ghana, le Lesotho, Madagascar, la Namibie, le Rwanda, le Sénégal, le Swaziland, l'Ouganda, la Zambie) ; 1 pays a recueilli des données de calendrier en routine (le Zimbabwe) et 3 pays (le Kenya, le Malawi et la Tanzanie) ont utilisé les données de calendrier dans certaines enquêtes, mais pas dans les plus récentes, et aucun changement des besoins non satisfaits n'a été réalisé pour l'enquête la plus récente. La majorité des pays analysés n'ont donc pas été affectés par le changement de définition. Pour plus d'informations, voir la référence 12.

finallement les indicateurs de santé et de développement au niveau macroéconomique. Ce document se penche sur les données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) dans un échantillon de pays d'Afrique subsaharienne afin de mieux comprendre les caractéristiques des femmes qui ont l'intention de limiter les naissances futures. Il examine la manière dont les programmes peuvent mieux les servir pour réduire les besoins non satisfaits en Afrique subsaharienne.

Données et méthodes

Cette analyse porte sur les séries de données des EDS de 18 pays d'Afrique subsaharienne qui ont été étudiés entre 2004 et 2010 (Tableau 1). L'EDS est une enquête représentative sur le plan national auprès des ménages qui explore, parmi des autres indicateurs, la demande et l'utilisation de la contraception par les femmes. Les enquêtes sont menées par ICF Macro / MEASURE DHS, en collaboration avec des organisations locales.¹³

TABEAU 1

Pays et années d'enquête inclus dans l'analyse

PAYS	ANNÉE D'ENQUÊTE
Bénin	2006
Cameroon	2004
République démocratique du Congo	2007
Éthiopie	2011
Ghana	2009
Kenya	2008/9
Lesotho	2004 et 2009*
Madagascar	2009
Malawi	2010
Namibie	2007
Nigeria	2008
Rwanda	2010
Sénégal	2010-11
Swaziland	2007
Tanzanie	2010
Ouganda	2006
Zambie	2007
Zimbabwe	2010-11

* L'EDS de Lesotho de 2004 a été utilisé pour les données qui n'ont pas été inclus dans l'EDS 2009.

Tous les pays d'Afrique subsaharienne disposant d'une EDS menée après l'année 2000 étaient admissibles pour inclusion dans l'analyse. Les pays ont été sélectionnés sur la base de la présence d'un nombre suffisant d'utilisatrices (25 ou plus) de chacune des quatre catégories de méthodes contraceptives incluses dans l'analyse, afin de disposer d'échantillons de taille suffisante. Nous avons également inclus des pays à forte population (par exemple, l'Éthiopie, la République démocratique du Congo [RDC]) pour veiller à ce que les analyses soient représentatives de la majorité de la population de la région. 14 pays d'Afrique subsaharienne ont été exclus en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

Nous avons utilisé les logiciels STATA version 9 et SPSS version 20 pour analyser les séries de données individuelles pour chaque pays. Les données des EDS des 18 pays d'étude ont également été explorées à l'aide de StatCompiler, en particulier pour les indicateurs communs tels que la prévalence de la contraception. La recherche présentée ici fait partie d'une plus grande analyse globale des données de l'EDS qui ont exploré les caractéristiques des utilisatrices des différents types de méthodes de planification familiale, ainsi que celles des non-utilisatrices.

Les données ont été pondérées, et les femmes qui utilisaient la contraception ont été classées comme utilisatrices de méthodes à courte durée d'action, de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC), de méthodes permanentes ou de méthodes traditionnelles. Les méthodes réversibles à longue durée d'action et les méthodes permanentes étaient les mêmes dans les pays ; les méthodes réversibles à longue durée d'action comprenaient les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants hormonaux alors que les méthodes permanentes étaient la stérilisation féminine et masculine. Sachant que le recours à la stérilisation masculine était très faible, voire inexistant dans tous les pays étudiés, la quasi-totalité des méthodes permanentes étaient la stérilisation féminine.

Les méthodes à courte durée étaient la pilule, les préservatifs masculins et féminins, la méthode des jours fixes, les diaphragmes, les spermicides, et les contraceptifs injectables. (Bien que les contraceptifs injectables soient efficaces pendant au moins 3 mois, nous les avons classés comme une méthode à courte durée, ainsi qu'on le fait couramment). La combinaison des méthodes à courte durée variait légèrement selon les pays, principalement en fonction de la présence ou de l'absence de préservatifs féminins et de spermicides.

Le niveau de détail fourni dans la série de données sur les méthodes traditionnelles variait également selon les pays, mais ces méthodes étaient principalement le retrait, l'abstinence périodique et les méthodes populaires. Pour chaque pays, les méthodes présentes dans la série de données ont été incluses dans les catégories respectives, qu'elles soient à courte durée ou traditionnelles. L'analyse a inclus toutes les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Lorsque les moyennes des pays sont présentées, les données ont été pondérées par le nombre de femmes en âge de procréer dans le pays.

Résultats

La demande de limiter des naissances est forte en Afrique subsaharienne, même chez les femmes plus jeunes.

Bien que les désirs de fécondité soient généralement élevés dans la région, la demande de limitation du nombre de grossesses (que les besoins soient satisfaits ou non) est également forte.

- Parmi toutes les femmes en âge de procréer dans les pays étudiés, la demande d'espacement (25%) est plus élevée que la demande de limitation des grossesses (14%), en utilisant une moyenne pondérée par la taille de la population des femmes en âge de procréer. Cependant, chez les femmes mariées, la demande de limitation des grossesses est égale à la demande d'espacement dans les pays étudiés (26% contre 31%, respectivement).
- 37% de la demande de planification familiale concerne la limitation du nombre de naissances.
- Une moyenne de 9% des femmes à travers les 18 pays ont déclaré qu'elles ne souhaitaient pas avoir plus d'enfants au moment de leur dernière grossesse, allant de 4% au Bénin à 37% au Swaziland.

En règle générale, la demande d'espacer les naissances dépasse la demande de limiter les naissances chez les femmes plus jeunes, tandis que les femmes plus âgées—ayant atteint la taille souhaitée de leur famille—ont plus souvent une demande de limiter les naissances. En moyenne, les femmes qui souhaitent limiter le nombre de naissances ont dix ans de plus que celles qui souhaitent les espacer (âge moyen de 37 ans contre 27 ans, respectivement).

« L'âge de la transition de la demande » est l'âge moyen auquel la demande de limitation du nombre de naissances

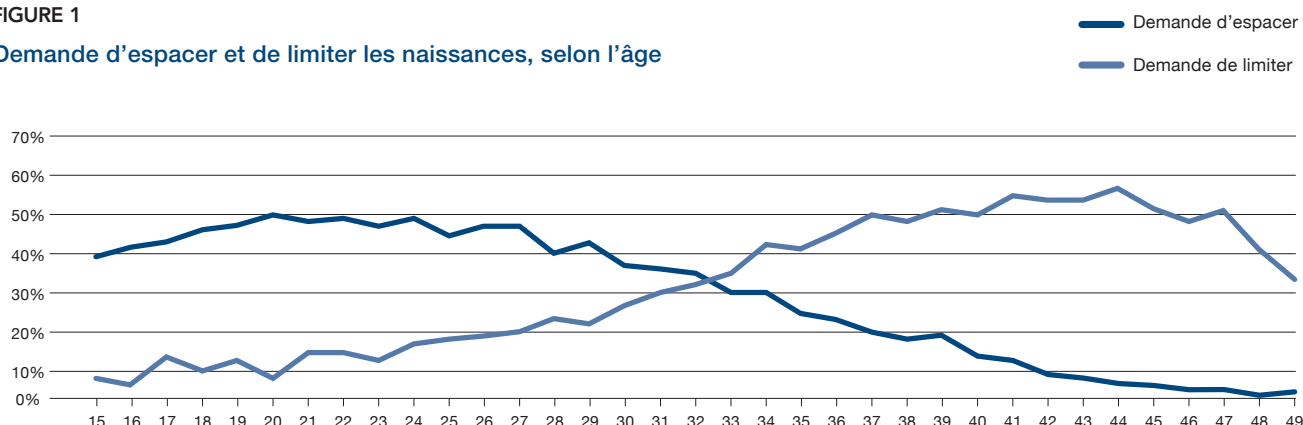
TABLEAU 2

Âge de la transition de la demande : Âge moyen auquel la demande de limiter le nombre de naissances dépasse la demande d'espacer les naissances

PAYS	ÂGE
Swaziland	23
Lesotho	24
Namibie	28
Malawi	29
Kenya	31
Madagascar	31
Rwanda	31
Éthiopie	32
Zimbabwe	32
Ouganda	33
Bénin	34
Tanzanie	34
Cameroon	35
Zambie	35
Ghana	36
Nigeria	36
République démocratique du Congo	38
Sénégal	38

FIGURE 1

Demande d'espacer et de limiter les naissances, selon l'âge



*Les moyens sont pondéré par la population des femmes en âge de procréer des 18 pays dans l'analyse

dépasse la demande d'espacement des naissances. Cela se produit lorsque les femmes atteignent la taille souhaitée de leur famille et souhaitent cesser de procréer.

En moyenne, dans les pays étudiés, la demande de limiter les naissances commence à dépasser la demande d'espacer les naissances à 33 ans (Figure 1) ; mais, dans certains pays, notamment en Afrique australe, l'âge de la transition de la demande est considérablement plus faible. Par exemple, l'âge moyen auquel la demande de limiter atteint ou dépasse la demande d'espacer est de 23 ans au Swaziland et de 24 ans au Lesotho (Tableau 2).

Tandis que la demande de limiter le nombre de naissances est souvent plus élevée chez les femmes plus âgées (35 ans et plus), notre analyse montre que les jeunes femmes expriment également cette demande.

- Au Swaziland, par exemple, 44% des femmes âgées de 25 à 29 ans ont exprimé le souhait de limiter le nombre de naissances, contre 24% qui exprimaient le souhait d'espacer les naissances.

- De même, parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans, 35% au Lesotho, 30% en Namibie, 26% au Kenya et 13% en Éthiopie ont exprimé le souhait de limiter le nombre de naissances.

Dans certains pays, une forte demande de limiter les naissances existe même chez les femmes les plus jeunes, comme en Namibie où 22% de femmes âgées de 20 à 24 ans et 29% des femmes du même âge au Swaziland ont exprimé ce souhait.

Sur la base des populations actuelles des femmes en âge de procréer et des données sur les besoins non satisfaits des EDS les plus récentes, nous estimons qu'en 2012, plus de 7,8 millions de femmes dans les 18 pays inclus dans cette analyse avaient un besoin non satisfait pour limiter les naissances futures.

L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE POUR LIMITER LE NOMBRE DE NAISSANCES EST IMPORTANTE

Une proportion importante de femmes dans tous les pays a exprimé une demande pour limiter les naissances, allant de 8% au Sénégal à 35% au Swaziland (Tableau 3). Dans un tiers des

TABLEAU 3

Besoins satisfaits et non satisfaits et demande totale d'espacement et de limitation des naissances, par pays

	DEMANDE POUR LIMITER	BESOINS SATISFAIT POUR LIMITER	BESOINS NON SATISFAIT POUR LIMITER	DEMANDE POUR ESPACER	BESOINS SATISFAITS POUR ESPACER	BESOINS NON SATISFAITS D'ESPACER
Bénin	14,8	5,4	9,4	26	11,8	14,2
Cameroon	10,6	6,4	4,2	29,9	19,6	10,3
République démocratique du Congo	9,3	5,8	3,5	27,7	14,3	13,4
Éthiopie	14,1	8,5	5,6	21,5	11,1	10,4
Ghana	14,9	7,2	7,7	27,4	12,2	15,2
Kenya	26,8	19	7,8	21,4	13	8,4
Lesotho	30,3	22,8	7,5	19,6	13,2	6,4
Madagascar	22	15,8	6,2	24,3	15,9	8,4
Malawi	28	19,8	8,2	25,8	15,6	10,2
Namibie	30,9	25,9	5	25,1	20,8	4,3
Nigeria	8,2	4,4	3,8	22,9	11	11,9
Rwanda	20,8	16	4,8	18	12,6	5,4
Sénégal	8	3	5	21,4	6,6	14,8
Swaziland	35	26,4	8,6	16	11,5	4,5
Tanzanie	17,5	10,8	6,7	29,6	18	11,6
Ouganda	19,9	9,6	10,3	26,1	10	16,1
Zambie	17,6	11,4	6,2	30,3	18,5	11,8
Zimbabwe	22,3	18,6	3,7	27,6	22,7	4,9

pays étudiés (6 sur 18), la demande de limiter les naissances est supérieure à la demande d'espacer les naissances. Au Swaziland, par exemple, 35% des femmes ont exprimé leur souhait de limiter les naissances contre 16% qui ont exprimé un désir d'espacer les naissances.

Bien que l'utilisation de la planification familiale à des fins d'espacement des naissances soit supérieure à l'utilisation à des fins de limitation des naissances dans de nombreux pays, dans un tiers des pays étudiés ici, elle est utilisée principalement pour limiter les naissances. Le pourcentage de femmes utilisant la contraception pour limiter les naissances (obtenu en divisant le pourcentage de femmes qui utilisent une méthode pour limiter les naissances par le pourcentage global de femmes qui utilisent une méthode pour espacer ou limiter les naissances dans le Tableau 3) est le plus élevé au Swaziland (70%), au Lesotho (63%), au Kenya (59%), en Namibie (55%), au Malawi et au Rwanda (56%) et à Madagascar (50%).

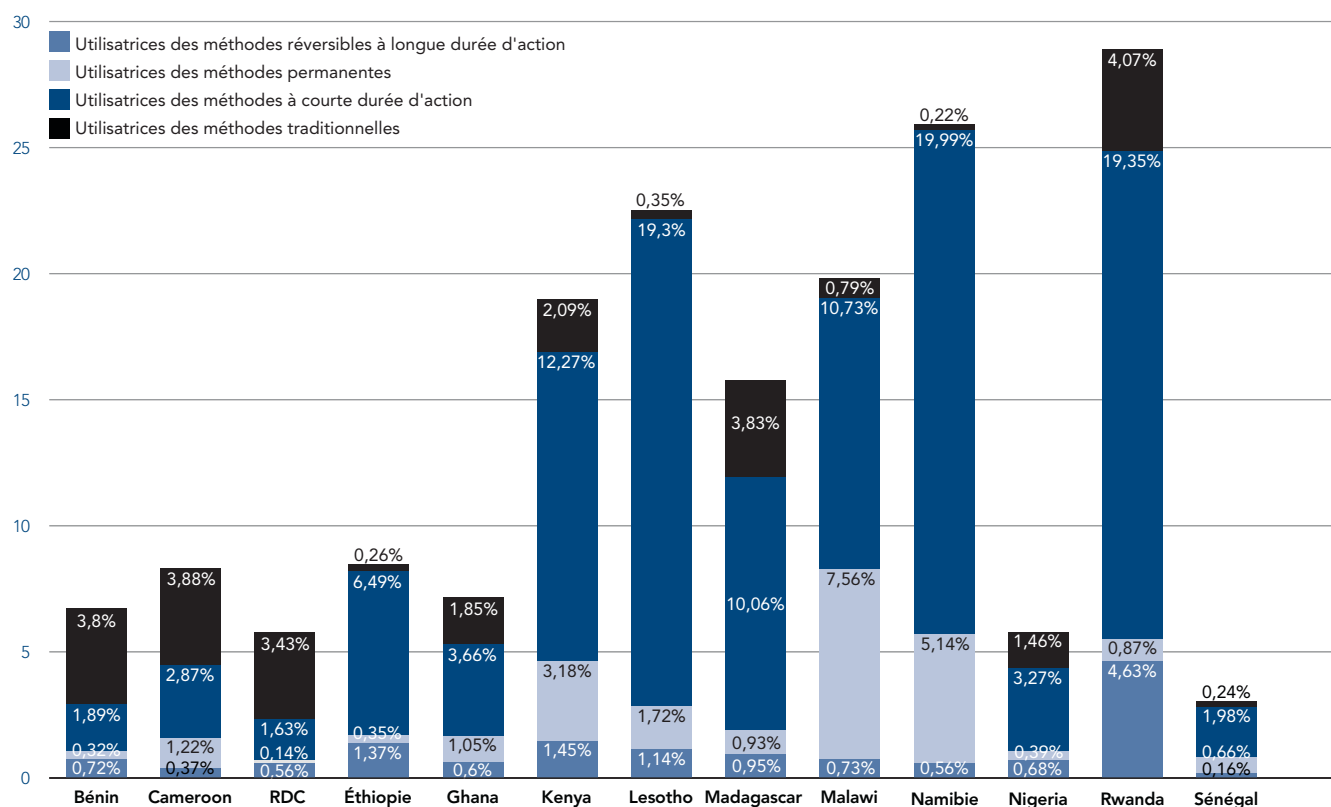
L'écasante majorité des utilisatrices de planification familiale dans les groupes plus âgés sont des femmes qui souhaitent limiter les naissances, allant de 76% d'utilisatrices de planification familiale âgées de 45 à 49 ans en RDC à 99% en Zambie. Pourtant, de nombreuses femmes dans les groupes d'âge plus jeunes utilisent également la planification familiale pour limiter les naissances : parmi les utilisatrices de planification familiale, 45% au Malawi, 33% en Éthiopie et 20% au Ghana sont âgées de 25 à 29 ans et souhaitent limiter les naissances.

Les femmes qui souhaitent limiter les naissances utilisent davantage les méthodes à courte durée que les méthodes permanentes et les méthodes réversibles à longue durée.

L'efficacité des contraceptifs varie considérablement, et les méthodes à courte durée ont des taux plus faibles d'efficacité avec une utilisation type que les méthodes permanentes ou à longue durée. Le taux d'échec dans le cas

FIGURE 2

Combinaison de méthodes chez les femmes utilisant la contraception pour limiter les naissances



(Figure suite page 7.)

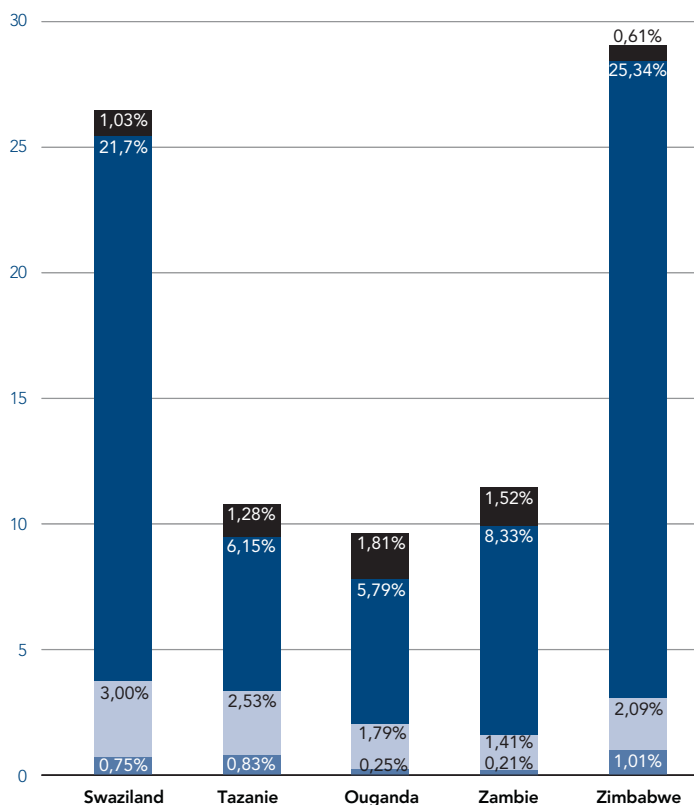
d'une utilisation type (le pourcentage de femmes victimes de grossesses non désirées au cours de la première année d'utilisation) des méthodes à courte durée varie de 6% (contraceptifs injectables Depo-Provera) à 28% (spermicides), tandis que les taux d'échec des méthodes traditionnelles peuvent atteindre 22% (retrait). En revanche, toutes les méthodes permanentes et à longue durée ont des taux d'échec inférieurs à 1%.¹⁴ Dans tous les pays inclus dans notre analyse, les utilisatrices de planification familiale qui préféraient arrêter de procréer étaient plus susceptibles d'utiliser des méthodes à courte durée ou des méthodes traditionnelles que les méthodes réversibles à longue durée et les méthodes permanentes, qui sont plus efficaces (Figure 2) :

- En moyenne, 80% des femmes qui souhaitent limiter les naissances dans les pays étudiés utilisent une méthode à courte durée ou une méthode traditionnelle ; 95% de celles qui souhaitent espacer les naissances utilisent une telle méthode.

- Dans 15 des 18 pays étudiés, plus de la moitié des femmes qui utilisent la planification familiale pour limiter les naissances s'appuient sur des méthodes à courte durée.
- Il existe des variations entre les pays. Au Malawi, par exemple, 38% des femmes qui souhaitent limiter les naissances utilisent des méthodes permanentes contre 23% en Tanzanie.

Dans 8 des pays, moins de 10% des méthodes étaient attribuables aux méthodes réversibles à longue durée et aux méthodes permanentes. Parmi les utilisatrices de la planification familiale dans les pays sélectionnés, les méthodes à courte durée, en particulier les contraceptifs injectables, sont les méthodes les plus couramment utilisées, tandis que les méthodes réversibles à longue durée et les méthodes permanentes constituent généralement une petite fraction de la panoplie des méthodes. Toutefois, ce petit nombre de femmes qui utilisent les méthodes à longue durée et les méthodes permanentes peut ne représenter qu'une faible proportion du marché potentiel pour ces méthodes. Les données montrent que de nombreuses autres femmes espèrent utiliser une méthode réversible à longue durée ou une méthode permanente à l'avenir. En outre, dans 7 des pays étudiés, plus de femmes auraient l'intention d'utiliser une méthode réversible à longue durée ou une méthode permanente que les utilisatrices actuelles de ces méthodes.

FIGURE 2 (suite de la page 6)



BEAUCOUP DE FEMMES QUI SOUHAITENT LIMITER LES NAISSANCES ONT ATTEINT OU DÉPASSÉ LA PARITÉ IDÉALE

En moyenne, 28% des femmes qui ont exprimé le souhait de limiter les naissances ont atteint leur parité idéale et 30% l'ont dépassée. Au Rwanda et au Swaziland, plus de la moitié des femmes souhaitant limiter les naissances ont dépassé leur parité idéale (54% et 52%, respectivement). Cela contraste fortement avec les femmes qui souhaitent espacer les naissances, dont 5% ont atteint leur parité idéale. Dans les 18 pays étudiés, une proportion importante de femmes ont atteint ou dépassé leur parité idéale :

- Dans 15 pays, plus d'un quart des utilisatrices de méthodes permanentes ont dépassé leur parité idéale.
- Dans 5 des 15 pays, plus de la moitié ont dépassé leur parité idéale. Par exemple :
 - Au Malawi—un pays où une grande partie des méthodes modernes concerne des méthodes permanentes (23%)—57% des femmes utilisant la stérilisation ont eu plus que leur nombre idéal d'enfants. Au Swaziland, 69% des utilisatrices de méthodes permanentes ont dépassé leur parité idéale.

- Au Kenya, au Malawi, au Rwanda, au Swaziland et en Ouganda, les utilisatrices de méthodes permanentes ont dépassé leur parité idéale de plus d'une naissance en moyenne (Figure 3).

En revanche, dans tous les pays sauf trois (Kenya, Rwanda et Swaziland), la majorité des utilisatrices de méthodes à courte durée n'ont pas encore atteint leur parité idéale. Cependant, de nombreuses femmes l'auront atteint après leur prochaine grossesse.

DAVANTAGE DE FEMMES RICHES UTILISENT LA CONTRACEPTION PAR RAPPORT AUX FEMMES PAUVRES

Près de 12% des femmes appartenant au quintile le plus riche ont utilisé la planification familiale pour limiter

les naissances contre seulement 5% des femmes appartenant au quintile le plus pauvre. En effet, dans certains pays, les différences entre les quintiles les plus riches et les plus pauvres sont frappantes. En Namibie, par exemple, 30% des femmes les plus riches utilisent la planification familiale pour limiter les naissances contre seulement 16% des femmes les plus pauvres ; et 15 % des femmes ougandaises les plus riches utilisent la planification familiale pour limiter les naissances comparé à seulement 4% parmi les femmes les plus pauvres. Dans les 18 pays étudiés, en moyenne 74% de la demande de limitation des naissances parmi les femmes les plus riches est satisfaite, alors que seulement 40% de la demande des femmes les plus pauvres est satisfaite. Dans certains pays, ces différences sont encore plus frappantes (Figure 4).

FIGURE 3

Parité moyenne et parité moyenne idéale chez les utilisatrices de méthodes contraceptives permanentes

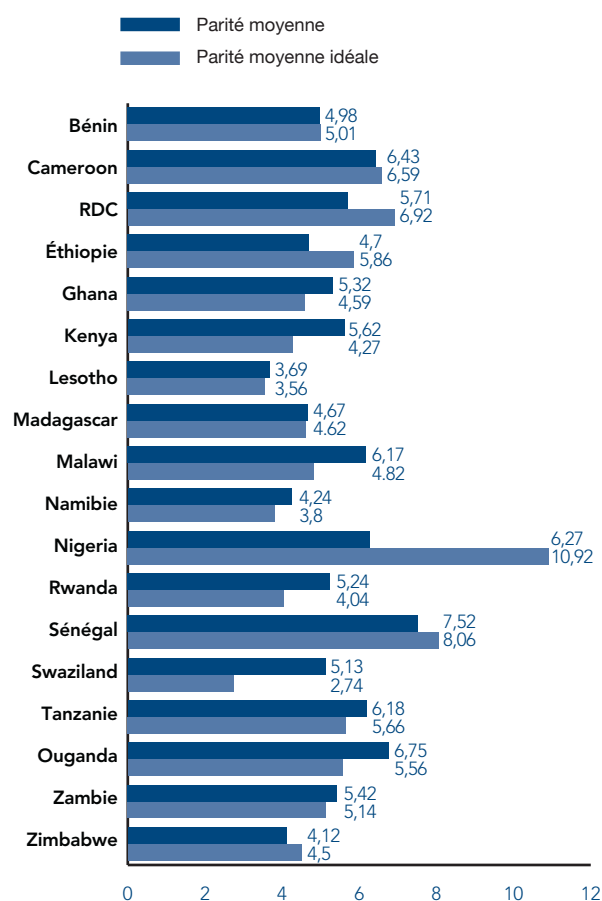
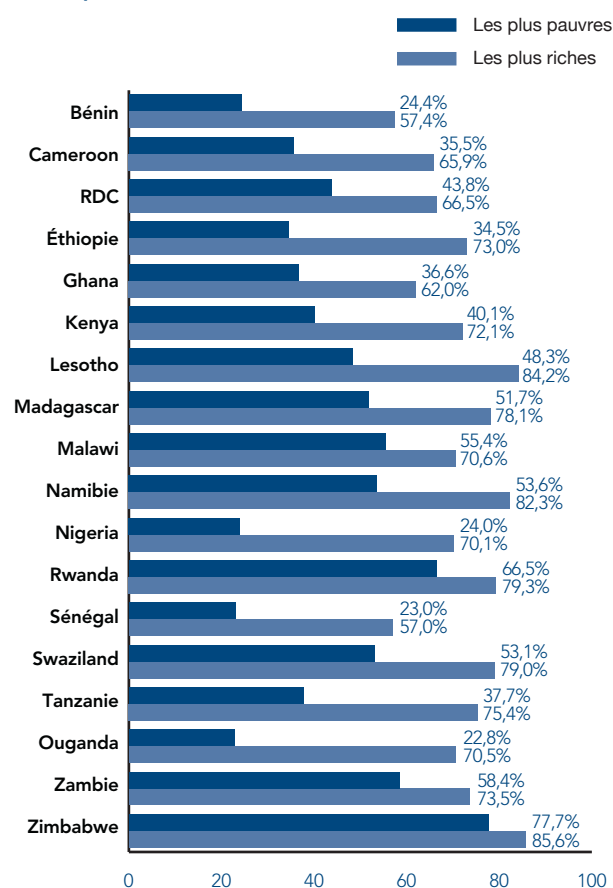


FIGURE 4

Pourcentage de la demande satisfaite de limitation des naissances parmi les quintiles les plus pauvres et les plus riches



L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION VARIE EN FONCTION DU NIVEAU D'ÉDUCATION MALGRÉ UNE DEMANDE HOMOGENE

Bien que les femmes aux niveaux d'éducation les plus élevés et les plus bas expriment le même niveau de demande de limitation des naissances (14,4% contre 14,2%, respectivement), les disparités liées à l'éducation ont des conséquences sur l'utilisation de la planification familiale à des fins de limitation des naissances. Les femmes qui ont suivi des études supérieures sont presque deux fois plus susceptibles d'utiliser la planification familiale pour limiter les naissances (12%) que les femmes qui n'ont reçu aucune éducation formelle (7%). En outre, les femmes les plus instruites enregistrent moins de la moitié du niveau des besoins non satisfaits pour limiter les naissances (6%) que leurs homologues qui n'ont pas d'éducation formelle (14%). Alors que 80% de la demande de limitation des naissances est satisfaite chez les femmes qui ont suivi des études supérieures, 40% seulement de la demande est satisfaite chez les femmes qui n'ont pas reçu d'éducation.

LES OBSTACLES À L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SONT NOTAMMENT LA PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ET LES PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ

Dans notre analyse, les femmes ayant un besoin non satisfait pour limiter les naissances qui n'avaient pas l'intention d'utiliser la planification familiale à l'avenir ont le plus souvent cité la peur des effets secondaires (17%) ou les préoccupations de santé (12%) comme principale raison de ne pas utiliser la contraception. (L'analyse de cet indicateur particulier exclut l'Éthiopie, le Lesotho, le Malawi, le Rwanda, le Sénégal, la Tanzanie et le Zimbabwe, sachant que cette question n'a pas été posée dans les EDS les plus récentes). En outre, en dépit de la volonté exprimée de ne pas tomber enceinte à nouveau, 13% des femmes ont indiqué qu'elles étaient opposées à l'utilisation de la planification familiale. Les rapports sexuels peu fréquents ont également été cités par de nombreuses femmes souhaitent limiter les naissances et expliquant leur intention de ne pas utiliser la planification familiale à l'avenir (15%). Les principales raisons avancées pour ne pas utiliser la contraception ne diffèrent pas considérablement entre les femmes qui souhaitent limiter les naissances et celles qui souhaitent les espacer ; la peur des effets secondaires (18%) est la raison la plus souvent citée chez les femmes qui souhaitent espacer les naissances. Celles-ci, pourtant, déclarent plus souvent qu'elles (17%) ou que leur mari (10%) s'opposent à l'utilisation de la planification familiale.

Même si le manque de connaissances sur les méthodes contraceptives ou leur accès sont des obstacles à leur utilisation, ces raisons n'ont pas été citées comme

représentant un obstacle chez les femmes souhaitant limiter les naissances et n'ayant pas recours à la contraception ; une moyenne de 5% de femme ont déclaré qu'elles ne connaissaient pas de méthode, 1% qu'elles ne savaient pas où s'adresser et 2% qu'elles rencontraient des problèmes d'accès ou de coût.

Même les utilisatrices de planification familiale peuvent manquer d'information sur ce sujet : 54% des utilisatrices de la pilule, 47% des femmes ayant recours à la stérilisation, 45% des utilisatrices de contraceptifs injectables, 29% des utilisatrices de DIU et 25% des utilisatrices d'implants contraceptifs ont indiqué qu'elles n'avaient pas été informées des effets secondaires potentiels ou des autres problèmes liés à leur méthode.

Nos résultats montrent également qu'en moyenne 43% des utilisatrices actuelles de la pilule et 37% des utilisatrices de contraceptifs injectables dans les pays étudiés ont indiqué qu'elles n'avaient pas été informées des autres méthodes qu'elles pourraient utiliser. Le manque déclaré d'information ne se limite pas aux utilisatrices de méthodes à courte durée : en moyenne, 51% des femmes ayant recours à la stérilisation, 34% des utilisatrices d'implants et 24% des utilisatrices de DIU ont indiqué qu'elles n'avaient pas reçu d'information sur les autres méthodes qu'elles pourraient utiliser au moment précis où ces services leur ont été fournis.

Discussion

Le fait que les femmes utilisent une méthode de planification familiale dépend souvent de l'adéquation entre leurs préférences de fécondité et les choix disponibles. L'amélioration de la disponibilité des options de contraception dans l'éventail proposé par les programmes permet inmanquablement d'augmenter la prévalence contraceptive¹⁵ et contribue à assurer un choix éclairé. Alors que les femmes doivent sans aucun doute être en mesure d'utiliser la méthode qu'elles ont choisie, il est bien connu que beaucoup de femmes dans les pays étudiés ici ont des options limitées, compte tenu des contraintes générales liées à la connaissance, des barrières liées à l'accès et à la société, ainsi que des ressources.

Bien que l'accès à la planification familiale n'ait pas été mentionné comme un obstacle principal à son utilisation dans les données de l'EDS utilisées pour notre analyse, il peut représenter un problème important. Étant donné que les femmes les plus pauvres sont moins susceptibles d'utiliser la contraception que les femmes plus riches, des informations et des services de qualité sont susceptibles de ne pas être disponibles dans les zones pauvres ou difficiles d'accès. En outre, sachant que de nombreuses femmes ont dépassé la parité qu'elles souhaitent, nous nous demandons si les options de planification familiale sont facilement offertes et disponibles aux femmes en postpartum au moment où elles

ont le plus besoin de ces méthodes. Le manque d'information sur les effets secondaires et les méthodes proposées soulève une autre préoccupation sur la qualité des conseils et de l'interaction entre client et prestataire.

Notre analyse suggère que de nombreuses femmes d'Afrique subsaharienne ayant un besoin non satisfait pour limiter les naissances futures continuent de craindre les effets secondaires et de citer les problèmes de santé comme principales raisons de ne pas utiliser la planification familiale à l'avenir. Ces obstacles, associés à une opposition sociale et familiale, font partie de la nature complexe des influences qui déterminent la prise de décision en matière de contraception. Les programmes de planification familiale doivent répondre à ces multiples domaines d'influence. Des éléments indiquent que l'exposition aux messages de communication sur le changement social et comportemental a un effet positif sur la conception de la planification familiale (y compris la connaissance des méthodes contraceptives, la communication entre époux et les attitudes favorables), sur son utilisation et sur l'intention d'utiliser une méthode à l'avenir.^{16 17 18 19} L'exposition à ces messages, associée à des approches éprouvées en matière d'offre, est nécessaire.

Une des limites de cette étude est que les pays inclus dans l'analyse ne représentaient qu'un sous-ensemble des pays d'Afrique subsaharienne disposant d'une EDS récente, même si les 18 pays inclus dans l'étude représentent la grande majorité de la population de la région. En outre, toutes les questions possibles ne sont pas incluses dans chaque EDS ; quelques questions pertinentes ont été omises de certaines des enquêtes analysées.

En outre, d'aucuns ont mis en doute la capacité des questions des EDS à saisir véritablement l'intention de limiter les naissances, compte tenu en particulier de l'ambiguïté que beaucoup de femmes peuvent ressentir lorsque ces questions leur sont posées.²⁰ D'autres soutiennent qu'en raison de la nature très incertaine de la vie en Afrique, les parents ne sont ni en mesure de juger de l'importance du nombre d'enfants qu'ils doivent avoir, ni de conceptualiser de manière significative le moment de mettre un terme à la maternité.²¹ Enfin, les EDS représentent une mine d'informations sur la demande de planification familiale car elles recueillent des données par le biais d'enquêtes auprès de ménages, mais elles fournissent peu d'informations sur l'accès et la disponibilité des méthodes ou sur la qualité des services. Même si les EDS ont des limites, elles offrent toutefois les meilleures mesures disponibles pour comparer de manière significative les désirs de fécondité entre plusieurs pays. Toutefois, nous reconnaissons l'utilité de disposer de données qualitatives pour éclairer les intentions de fécondité des femmes de façon plus approfondie.

Bien que les différences entre pays soient importantes et exigent des réponses spécifiques au contexte, il est clair que la fécondité est susceptible de poursuivre sa baisse en Afrique subsaharienne.²² Si cette tendance se poursuit, de plus en plus de femmes d'Afrique subsaharienne souhaiteront limiter les naissances, ce qui nécessitera une préparation préalable des programmes de planification familiale qui devront proposer des intrants liés à l'offre et à la demande, ainsi que des engagements politiques et budgétaires.

Nous avons tenté de cerner le profil et les besoins des femmes qui souhaitent limiter leurs futures naissances dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. D'autres recherches sont nécessaires pour découvrir et évaluer les nombreux obstacles que rencontrent les femmes pour répondre à leurs intentions en matière de reproduction, de sorte que les responsables de programmes et les décideurs politiques puissent, à leur tour, mettre au point des stratégies plus efficaces et adaptées à la culture pour soutenir les femmes dans leur décision en matière de contraception. Faciliter la capacité des femmes et des couples à faire des choix éclairés sur le nombre, le moment et l'espacement de leurs naissances est un droit humain fondamental qui doit toujours être au cœur des programmes de planification familiale.²³ Même s'il reste beaucoup à apprendre sur les désirs de fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne, il ne faudrait pas supposer que la baisse de la fécondité sur le continent, qui s'est produite lentement par rapport à d'autres parties du monde, est contradictoire avec le souhait des femmes de limiter la taille de leur famille en Afrique.²⁴ Au contraire, de nombreuses femmes d'Afrique subsaharienne souhaitent non seulement espacer les naissances, mais également les limiter, et beaucoup ont déjà pris des mesures pour limiter leur fécondité.

Conclusion

Nos résultats confirment que les femmes plus jeunes ont un besoin non satisfait pour limiter les naissances, mais pour de nombreuses raisons, soit elles ne peuvent pas soit elles ne choisissent pas d'utiliser la planification familiale pour éviter une grossesse. Grâce aux efforts pour améliorer les connaissances et l'accès aux méthodes modernes et efficaces, plus de femmes pourront les utiliser pour répondre à leurs besoins de santé de la reproduction. Nous préconisons de placer autant d'attention sur le nombre croissant de femmes qui ont l'intention de mettre fin à la maternité que sur celles qui souhaitent espacer les naissances ; les conséquences des grossesses non désirées chez celles qui souhaitent les limiter sont aussi nuisibles que chez les femmes dont les grossesses sont trop rapprochées. Les femmes qui expriment le souhait de limiter les naissances futures sont un public unique qui a longtemps été négligé et mal desservi. Les programmes de planification familiale

doivent donc répondre aux besoins tant des femmes qui souhaitent limiter les naissances que des femmes qui souhaitent les espacer en Afrique subsaharienne.

Références

- 1 Population Reference Bureau (PRB). Fiche de données 2012 de la population mondiale [Internet]. (Washington, DC: PRB; 2012 cité le 14 juin 2012). 20 p. Consultable à l'adresse (version anglaise) : www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf
- 2 Westoff CF, Koffman D. Birth spacing and limiting connections [Internet]. Calverton, Maryland ICF Macro; 2010 [cité le 25 mai 2012]. 51 p. DHS Analytical Studies No. 21 Consultable à l'adresse : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS21/AS21.pdf>
- 3 Westoff CF. Unmet need for modern contraceptive methods [Internet]. Calverton, Maryland ICF Macro; 2012 [cité le 10 juillet 2012]. 62 p. DHS Analytical Studies No. 28 Consultable à l'adresse : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS28/AS28.pdf>
- 4 Cleland JG, Ndugwa RP, Zulu EM. Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? Bull World Health Organ. 2011; 89(2):137–43. CrossRef Medline
- 5 Stover J, Ross J. How increased contraceptive use has reduced maternal mortality. Matern Child Health J. 2009;14(5):687–95. CrossRef Medline
- 6 Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis, J. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006; 368(9549):1810–27. CrossRef Medline
- 7 Westoff CF, Bankole A. Trends in the demand for family limitation in developing countries. Int Fam Plan Perspect. 97 CrossRef
- 8 Timaeus IM, Moultrie TA. On postponement and birth intervals. Pop Dev Rev. 2008;34(3):483–510. CrossRef
- 9 Islam MM, Bairagi R. Fertility intentions and subsequent fertility behaviour in Matlab: do fertility intentions matter? J Biosoc Sci. 2003;35(4): 615–19. CrossRef Medline
- 10 Roy TK, Ram F, Nangia P, Saha U, Khan N. Can women's childbearing and contraceptive intentions predict contraceptive demand? Findings from a longitudinal study in central India. Int Fam Plan Perspect. 2003;29(1):25–31. CrossRef Medline
- 11 Bhushan I. Understanding unmet need [Internet]. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communication Programs; 1997 [cité le 14 juin 2012]. 65 p. Document de travail No. 4. Consultable à l'adresse : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACG563.pdf
- 12 Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising unmet need for family planning [Internet]. Calverton, Maryland ICF International, 2012 [cité 14 juin 2012]. 93 p. DHS Analytical Studies No. 25 Consultable à l'adresse : [http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS25/AS25\[12June2012\].pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12June2012].pdf)
- 13 MEASURE DHS : Demographic and Health Surveys [Internet]. Calverton, Maryland ICF Macro. Survey process; [cité le 16 décembre 2011] ; [environ 1 écran]. Consultable à l'adresse : www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Process.cfm
- 14 Trussell J, Guthrie K. Choosing a contraceptive : safety, efficacy, and personal considerations. Dans : Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. Contraceptive technology. 20e édition révisée, New York : Ardent Media, Inc., 2011.
- 15 Ross J, Hardee K, Mumford E, Eid S. Contraceptive method choice in developing countries. Int Fam Plan Perspect. 2002;28(1):32–40. CrossRef
- 16 Gupta, Katende C, Bessinger R. Associations of mass media exposure with family planning attitudes and practices in Uganda. Stud Fam Plann. 2003;34(1):19–31. CrossRef Medline
- 17 Babalola S, Vondrasek C, Brown J, Traore, R. The impact of a regional family planning service promotion initiative in sub-Saharan Africa : evidence from Cameroon. Int Fam Plan Perspect. 2001; 27(4):186–93, 216. CrossRef
- 18 Kane TT, Gueye M, Speizer I, Pacque-Margolis S, Baron D. The impact of a family planning multimedia campaign in Bamako, Mali. Stud Fam Plann. 1998;29(3):309–23. CrossRef Medline
- 19 Kim YM, Marangwanda C. Stimulating men's support for longterm contraception: a campaign in Zimbabwe. Matern Child Health J. 1997;2(4):271–97. CrossRef
- 20 Giacaman R, Abu-Rmeileh NM, Mataria A, Wick L. Palestinian women's pregnancy intentions: analysis and critique of the Demographic and Health Survey 2004. Health Policy. 2008; 85(1):83–93. CrossRef Medline
- 21 Johnson-Hanks J. Natural intentions: fertility decline in the African Demographic and Health Surveys. Am J Sociol. 2007;112(4):1008–43.
- 22 Garenne M. Fertility changes in sub-Saharan Africa [Internet]. Calverton, Maryland : Macro International; 2008 [cité le 14 juin 2012]. 128 p. DHS Comparative Reports No.18. Consultable à l'adresse : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR18/CR18.pdf>
- 23 Cottingham J, Germain A, Hunt P. Use of human rights to meet the unmet need for family planning. Lancet. 2012; 380(9837):172–180. CrossRef Medline
- 24 Casterline JB. Fertility desires and the prospects for fertility decline in Africa [Internet]. Menlo Park, CA : Fondation William et Flora Hewlett ; 2009 [cité le 25 mai 2012]. 38 p. Consultable à l'adresse : http://hewlett_prod.acesfconsulting.com/uploads/files/Casterline_Fert_Desires_Fert_Decline_in_Africa.pdf

Remerciements

Cet article était publié à l'origine dans le journal *Santé mondiale : La Science et la pratique*. L'article ont un accès ouvert, et nous remercions les auteurs pour leurs permission pour la traduire.

Conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

© 2014 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.



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

POPULATION REFERENCE BUREAU

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