

7^{ème} Conférence Africaine sur la Population à Johannesburg-Afrique du Sud
30 novembre au 4 décembre 2015
356 : Unmet need

La demande non satisfaite en contraception pour une transition de la fécondité

A. Elise C. AHOVEY

1. Contexte de l'étude

Dans les grandes villes des pays Africains, beaucoup de femmes ne pratiquent pas la contraception moderne, alors qu'elles voudraient espacer davantage les naissances ou limiter le nombre d'enfants (Ashford : 2000). Des résultats de certains travaux, il apparaît qu'au Ghana (1988), une réduction de 12 points (de 35% à 23%) réduirait la fécondité de 0,7 soit de 6,4 à 5,7 enfants (Pritchett, 1994 : p 30). Les estimations de Tabutin et Schoumaker (2001 : p.18) aboutissent au même résultat en mettant en exergue qu'une augmentation de 12 points de prévalence contraceptive s'accompagne en moyenne d'une baisse d'un enfant par femme dans les pays au Sud du Sahara. Dans la littérature, on retrouve souvent des écarts dans la mesure de besoins non satisfaits en contraception qui sont justifiés par l'absence de communication quant aux objectifs de procréation poursuivis, alors que des demandes pour la limitation ou l'espacement subsistent.

L'objectif de cette communication est d'apporter des éléments de compréhension de la sensibilité des demandes non satisfaites à la baisse de la fécondité dans les grandes villes des pays sub-sahariens.

2. Méthodologie

2.1. Concepts et définition

Les besoins non satisfaits en contraception (bns) désignent "*la proportion des femmes en période reproductive qui déclarent avoir atteint le nombre d'enfants désirés, mais qui ne pratiquent pas la contraception et qui sont exposées au risque de grossesse*" (Westoff, 1978a : p.18). **Indice synthétique de fécondité (ISF)**, encore appelé la somme des naissances réduites ou descendance du moment, il représente le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme au terme de sa vie féconde, si elle était soumise, à chaque âge, aux différents taux de fécondité.

La définition retenue dans cette analyse est celle utilisée par Macro International fondée sur les enquêtes démographiques et de santé des pays concernés.

2.2. Source des données

Deux sources de données sont utilisées au cours de cette analyse.

La 1^{ère} source de données est celle des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisée entre 1980 et 2006. Le critère de sélection concerne la disponibilité des informations sur la plus grande ville. A total, 60 grandes villes¹ abritées par 28 pays ont été identifiées.

¹ Addis-Abeba ; Maseru ; Harare ; Nairobi ; Antananarivo capitale ; Greater Accra ; Lomé ; Asmara ; Ouagadougou ; Yaoundé/Douala ; Abidjan ; Kampala ; Brazzaville ; Libreville/Port-Gentil ; Khartoum ; Dar es Salaam City ; Cotonou ; Dakar ; Conakry ; Maputo ; Nouakchott ; Kigali ; Lusaka ; Bangui ; Bamako ; Niamey ; Lilongwe ; Ndjamena

L'analyse des relations entre les deux concepts concerne dans un premier temps 60 villes, puis deux groupes de villes séparés dans un souci d'homogénéité selon l'écart de calendrier des EDS et la dispersion du niveau de fécondité. L'année 2000 constitue la ligne de séparation des deux sous-groupes et 31 villes sont classées dans le sous-groupe "avant l'année 2000" et 29 villes appartiennent au sous-groupe "après l'année 2000".

La 2^{ème} source de données est celle de l'enquête sur les produits et les services de santé reproductive réalisée au Bénin en 2014 qui permet d'aborder la disponibilité des produits au niveau des points de prestation de service. Cette enquête est fondée sur un échantillon de 150 points de prestations de services dispensant des moyens de contraception modernes et des services de santé maternelle/reproductive selon la catégorisation en des établissements de soins primaires (102), des établissements de soins secondaires (41) et des établissements de soins tertiaires (7).

2.3. Méthode d'analyse

Avec les données des enquêtes démographiques et de santé, l'analyse permettra de mesurer la relation entre les besoins non satisfaits en contraception et la fécondité. Elle est réalisée avec des indicateurs agrégés au niveau national par une simple régression binaire de la forme de :

$$Y = a * X_T + c$$

Sachant que les besoins non satisfaits sont la somme algébrique des besoins en limitation et en espacement des naissances, on pourrait écrire : $Y = a * X_l + b * X_e + c$

Quant aux données de l'enquête sur les produits et les services de la santé reproductive, l'analyse est descriptive.

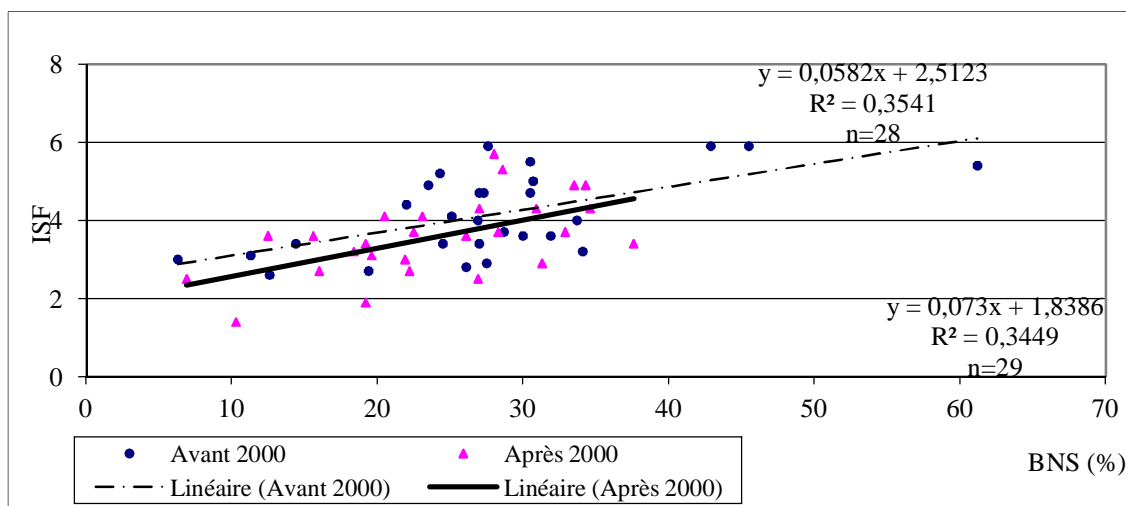
3. Résultats de l'analyse

3.1. Relation entre fécondité et besoins non satisfaits en contraception

❖ *Relation entre fécondité et besoins non satisfaits en contraception*

Les deux indicateurs projetés sur un graphique révèlent un regroupement des villes qui semble ne pas être un effet de hasard : plus le nombre d'enfants augmente, plus importants sont les besoins non satisfaits. En effet, la tendance observée confirme l'existence d'une corrélation sensiblement forte dont le coefficient de détermination (R^2) est 0,34. Une analyse selon la période de réalisation de l'enquête révèle que cette relation ne dépend pas du moment des interviews : les coefficients sont presque invariants quelque soit la période.

Graphique 2 : BNS en limitation et en espacement des naissances selon ISF et la période de réalisation de l'enquête



Source : EDS, 1980-2006 des enquêtes démographiques et de santé

❖ *Relation entre fécondité et besoins non satisfaits en espacement et en limitation des naissances*

Les résultats du modèle d'analyse qui sépare l'espacement et la réduction des naissances suggèrent que la relation est aussi forte ($R^2=0,36$) en ce qui concerne l'espacement des naissances. En levant l'incertitude de l'effet de la période de collecte, on note une persistance de l'effet d'une forte corrélation ($R^2=0,41$). Cependant, après les années 2000, les besoins en limitation de naissances entretiennent de faibles relations avec la fécondité sans pour autant affecter le coefficient ($R^2=0,41$).

Sommes toutes, la limitation des naissances n'influence la fécondité qu'en présence de l'espacement des naissances et ceci au cours des années 1980-1990 dans les grandes villes situées en Afrique au sud du Sahara. Cette appréhension semble concorder avec les observations de Westoff et Bankolé (2000) sur l'objectif d'émergence de la limitation des naissances dans cette partie de l'Afrique.

❖ *Cas des villes à fécondité moins élevée*

Une analyse plus affinée portant sur les cinq (5) villes² à faible fécondité (0 à 3 enfants par femme), fait ressortir que les besoins non satisfaits semblent ne pas jouer un rôle déterminant dans la parité des femmes mariées vivant dans les grandes villes d'Afrique subsaharienne. Ce constat se justifie par un coefficient non significatif et quel que soit le type de besoins.

3.2. Etude de cas spécifique des milieux urbains du Bénin sur la disponibilité des produits contraceptifs

La satisfaction des besoins en contraception passe d'abord par la disponibilité des produits contraceptifs.

❖ *Moyens de contraception proposés par les établissements : cas du Bénin*

Dans les milieux urbains au Bénin, les méthodes contraceptives offertes par les établissements de soins de santé sont par ordre d'importance : les solutions injectables, les stérilets, les contraceptifs oraux, le collier du cycle, la contraception d'urgence, les préservatifs masculins,

² Il s'agit de Accra (1998 et 2003) ; Nairobi (1998 et 2003) ; Harare (1999 et 2005/2006) ; Addis-Abeba (2000 et 2005) et Antananarivo (1997 et 2003/2004), des pays où les programmes planification familiale sont plus matures

les préservatifs féminins, les Implant, la stérilisation féminine et la stérilisation masculine. Toutefois, la stérilisation féminine et la stérilisation masculine ne sont pratiquées que par les établissements de santé qui en ont l'autorisation.

❖ Rupture de stock en moyens de contraceptifs dans les établissements de santé et les raisons de la rupture : cas du Bénin

Dans les milieux urbains du Bénin, la rupture de stock d'une méthode contraceptive quelconque a été observée dans un peu moins du trois quart (71%) des établissements de santé le jour de l'interview et dans 90% de ces établissements dans les six derniers mois.

La plupart des cas de ruptures constatées s'explique par "le contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients" suivie "des cas de nécessité/choix du patient", "du manque d'équipement pour dispenser ce préservatif", du "retard de la demande de réapprovisionnement", de "l'absence de personnel formé à ce contraceptif dans l'établissement" et du "retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement".

Conclusion

La transition de la fécondité a été observée dans plusieurs travaux dont la plupart ont affirmé que l'Afrique subsaharienne est entrée dans le processus de changement de la fécondité (Tabutin 1997 ; Tabutin et Schoumaker, 2001). Dans le souci de perpétuer ce contrôle de transition vers une famille moins nombreuse, cette analyse a tenté d'examiner les relations entre les demandes non satisfaites en contraception et le nombre d'enfants, puis la disponibilité des produits contraceptifs dans les établissements de santé.

Des résultats, il ressort que dans les villes, les besoins non satisfaits se révèlent variant et parfois peu importants selon le niveau de fécondité. Au cours de la période de 1980-1990, les besoins en limitation de naissances restent influents en présence de la demande en espacement des naissances. Dans les villes à fécondité moins élevée, les demandes non satisfaites ne reflètent aucune relation significative avec la taille de la famille et ceci quelle que soit la composante : espacement ou limitation des naissances.

L'autre aspect de la question de la satisfaction des besoins est la disponibilité des produits contraceptifs dans les établissements de santé. Le cas du milieu urbain béninois suscite des efforts par rapport à l'organisation pratique des services de santé.

Bibliographie

- Bongaarts J., 2006, "The causes of stalling fertility transitions" *Studies in Family Planning*, vol.37, n°1, 16 pages
- Casterline J. B. et Sinding S. W., 2000, "Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy", *Population and Development review*, vol. 26 n° 4, pp. 691-723.
- Tabutin D., 1997, *Les transitions démographiques en Afrique sub-saharienne. Spécificités, changements et incertitudes*, in Actes du Congrès Général de la Population, Beijing, UIESP, vol. 1, pp.219-247.
- Westoff, C. and Ochoa, L., 1991; "Unmet need and the demand for family planning", *DHS Comparative Studies*, n°5, 37 pages.
- Westoff C.F., 2006b, "New estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning", *DHS Comparative Reports* n°14, ORC Macro, USA, 83 pages.