

Tendance et déterminants du recours à la contraception et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Tchad

Auteurs :

- LAWE NGAINDANDJI Prosper, Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques (INSEED)
- MIANGOTAR Yode, Université de N'Djaména/Centre de recherche et d'études des populations et sociétés africaines (CREPOSA)

Résumé

Le dernier recensement de la population du Tchad de 2009 montre que les femmes font beaucoup d'enfants (7,1 enfants par femme). Ces femmes recourent très rarement à la contraception et leur besoin non satisfait en contraception n'est pas très élevé, respectivement 4,8% et 28,3% pour les femmes de 15-49 ans en union selon MICS 2010. L'étude voudrait contribuer à l'élaboration de programmes adéquats et appropriés en planification familiale. Il s'agit de faire un bilan de la situation de la pratique contraceptive et de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, en étudiant les tendances dans le temps, les variations régionales et suivant certaines caractéristiques des femmes. L'unité d'analyse sera la région géographique et non la femme. L'étude utilise les données des enquêtes démographiques et de santé de 1996-1997 et 2004, de l'enquête par grappe à indicateurs multiples de 2010 et de l'enquête MICS-EDS combinée de 2014.

Introduction

En Afrique subsaharienne, on a observé depuis les décennies 80 et 90 une amorce de la baisse de la fécondité dans la plupart des pays. Cette baisse de la fécondité est en partie attribuée à la pratique contraceptive. En effet, au cours de ces dernières décennies, il y a eu dans le monde un accroissement rapide et considérable de l'utilisation de la contraception (Guillaume et Pilon, 2000). Dans les pays en développement, des millions de femmes utilisent la contraception moderne pour espacer ou limiter les grossesses (Singh and Darroch, 2012). Espacer ou limiter les grossesses a un impact direct sur la santé et le bien être des femmes ainsi que sur les issues des grossesses (WHO, 2013). Toutefois, il en existe aussi parmi les femmes mariées qui préféreraient éviter une grossesse non planifiée, mais n'ont recours à aucune forme de planning familial. Répondre aux besoins de ces femmes en matière de contraception pourrait prévenir les grossesses non désirées et ainsi réduire les naissances non planifiées, à plus haut risque, les avortements, la mortalité maternelle, la mortalité infantile, etc.

Avec les taux croissants de l'utilisation des contraceptifs au cours de la dernière décennie, les besoins non satisfaits en planning familial a baissé dans la majorité des pays. Toutefois, dans certains pays, ce besoin demeure élevé ou en hausse (Ashford, 2003). Cela nécessite des

efforts pour comprendre et aborder les causes de ce besoin non satisfait. De nombreuses études montrent que, outre la difficulté d'accès aux services pour des raisons physiques, plusieurs obstacles empêchent les femmes d'avoir recours au planning familial. Cependant, dans certains pays qui enregistrent un taux de fécondité élevé, le besoin non satisfait des femmes est faible étant donné que leur désir d'avoir des enfants est élevé.

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) du Tchad de 2009 montre que les femmes font beaucoup d'enfants (7,1 enfants par femme). En général, ces femmes recourent très rarement à la contraception et leur besoin non satisfait en contraception n'est pas très élevé, respectivement 4,8% et 28,3% pour les femmes de 15-49 ans en union selon MICS 2010. Ce tableau national moins reluisant de la situation de la planification familiale au Tchad contraste les efforts fournis par le pays dans le cadre des politiques de développement et de population pour améliorer le bien être des enfants et des femmes. La présente étude se base sur l'hypothèse que les efforts du gouvernement ont produit des effets mieux perceptibles au niveau des grands ensembles régionaux. Le Tchad est une mosaïque ethnique et religieuse qui imprime les comportements des individus. Les membres appartenant aux différentes entités ethno-religieuses se rassemblent et se concentrent dans des régions climatiques spécifiques, ce qui pourrait conduire à une évolution diversifiée du comportement dans les différentes régions du pays.

La présente étude adopte une approche régionale pour décrire la tendance et les variations du recours à la contraception et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Tchad. L'unité d'analyse sera la région géographique et non la femme. Une telle approche permet de travailler sur un nombre d'unités géographiques plus élevé pour mieux faire ressortir la diversité des situations. Des approches cartographiques seront mises à contribution pour mieux cerner les dimensions spatiales des comportements.

Contexte

D'après le deuxième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2) de 2009, l'indice synthétique de fécondité (ISF) au Tchad s'élève à 7,1 enfants par femme et figure parmi les plus élevés au monde. L'analyse selon le milieu de résidence a montré que l'ISF est plus élevé en milieu rural (7,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (6,3 enfants par femme). Au niveau régional, l'indice le plus élevé est observé dans le Mayo-Kebbi Ouest (8,2 enfants par femme), dans le sud ouest. La région du Tibesti, au nord, détient le plus bas niveau. Le niveau de la fécondité au Tchad a toujours été élevé et a même connu une augmentation dans le temps. On est passé de 6,3 enfants par femme en 1960 à 7,1 en 2009 (Guengant, 2012). La tendance est à la hausse de l'ISF au Tchad et s'expliquerait par la faiblesse de l'utilisation de la contraception.

La prévalence de la contraception est très faible au Tchad. Selon les rapports des enquêtes démographiques et de santé (EDS 1996/1997 et 2004) et des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS 2000 et 2010), l'utilisation de la contraception par les femmes en union, quelle que soit la méthode, a connu une évolution en dents de scie. Elle a régressé de

8,9% en 1996/1997 à 7,9% en 2000 puis à 2,8% en 2004 avant de remonter à 4,8% en 2010. L'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union est rare. De 1996-1997 à 2010, elle est passée de 2,8% à 1,6%, soit une baisse dans le temps. La faible utilisation de la contraception au Tchad entraîne inmanquablement des grossesses précoces, peu espacées, nombreuses et tardives, correspondant à 70 % de grossesses à risques (Guengant, 2012). Etant donné le contexte tchadien marqué par la valorisation de l'enfant et l'absence d'autonomie des femmes, le mariage intervient précocement et est suivi rapidement d'une grossesse et d'une naissance. Conséquemment, les besoins non satisfaits de ces femmes en matière de contraception sont aussi moins importants. En 1996/1997, 9,4% des femmes actuellement en union avaient des besoins non satisfaits. Elles sont 28,3% en 2010 à avoir ce besoin dont 22,6% pour l'espacement et 5,7% pour la limitation des naissances.

Objectifs de l'étude

L'étude voudrait contribuer à l'élaboration de programmes adéquats et appropriés dans le domaine de la planification familiale. Plus précisément, il s'agit de faire un bilan de la situation sur le plan de la pratique contraceptive et de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, en étudiant les tendances dans le temps, les variations régionales et suivant certaines caractéristiques des femmes.

Données

Le Tchad a organisé deux enquêtes démographiques et de santé (EDS 1996/1997 et 2004) et deux enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS 2000 et 2010). Pour la présente étude, nous nous limiterons aux bases de données des enquêtes EDS 1996/1997 et 2004 et MICS 2010. Les données collectées lors de MICS 2000 ne sont pas assez fournies pour permettre l'exploration de la thématique de l'étude. Aussi, le Tchad vient-il d'organiser en 2014 une enquête EDS-MICS combinée. La base de cette enquête est en voie de stabilisation et sera intégrée pour les analyses de cette étude.

Les données de l'étude proviennent des échantillons représentatifs des femmes de 15-49 ans. L'EDS 1996/1997 a porté sur un échantillon national de 7 454 femmes de 15-49 ans enquêtées dans les ménages, l'EDS 2004 sur un échantillon national de 6 085 femmes de 15-49 ans et la MICS 2010 sur un échantillon de femmes 15 927.

L'étude relative à l'utilisation de la contraception par les femmes porte sur les femmes non enceintes et sexuellement actives. Pour l'étude des besoins non satisfaits en planification familiale, il s'agira d'un autre échantillon. Selon la définition de Macro, les besoins non-satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non-satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant à moins qu'elles déclarent que ce ne serait pas un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir. Les besoins non-satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode

contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont exclues les femmes qui sont enceintes ou en aménorrhée et qui sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode.

Cadre théorique, variables et méthodes

L'étude s'appuie sur les cadres de Bongaarts et ses collègues en 1984 et de Vignikin et ses collègues en 2001. La pratique contraceptive est un important déterminant de la fécondité. Elle est un des cinq déterminants proches de la fécondité dans le modèle proposé par Bongaarts et ses collègues en 1984. Cette pratique est influencée par des facteurs socioéconomiques, culturels et démographiques. Selon Vignikin et ses collègues (2001), dans la plupart des sociétés africaines au Sud du Sahara, la fécondité est influencée par six contextes majeurs :

- Un contexte culturel qui prône une forte demande d'enfants ;
- Un contexte de pauvreté qui favorise la reproduction de type quantitatif et handicape la reproduction de type qualitatif ;
- Un contexte sanitaire qui contraint les parents à opérer des calculs probabilistes ;
- Un contexte d'analphabétisme qui handicape les changements de mentalité et de comportements reproductifs ;
- Un contexte de rencontre de différentes cultures, les unes ayant tendance à affaiblir les autres ;
- Un contexte de faiblesse et d'inadéquation de l'offre de produits contraceptifs.

Nous distinguons des variables indépendantes, intermédiaires et dépendantes :

Variables indépendantes

- Pourcentages des femmes scolarisés
- Pourcentages de femmes analphabètes
- Pourcentages des femmes chrétiennes
- Pourcentage de la population urbaine
- Pourcentages de femmes ayant accès à l'eau potable
- Pourcentages de femmes ayant accès à l'électricité
- Pourcentages de femmes ayant accès aux médias
- Pourcentages de femmes ayant accès dans un mariage polygamique.

Variables intermédiaires

- Nombre moyen d'enfants désirés
- Niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans
- Nombre moyen d'enfants survivants

Variables dépendantes

- Pourcentages de femmes utilisant la contraception
- Pourcentages de femmes ayant de besoins non satisfaits en matière de contraception

Les analyses seront conduites suivant deux étapes. La première étape est celle des tableaux croisés, au moyen de la statistique du chi². Durant cette phase, sera évaluée la tendance des variations régionales de la pratique contraceptive et des besoins non satisfaits. Les analyses multivariées seront conduites sur la dernière base de données disponible pour évaluer les facteurs associés aux variables dépendantes. Etant donné que les variables dépendantes sont

quantitatives, il sera procédé à l'élaboration des modèles de régression multiple. Toutes les analyses seront pondérées.

Aperçu des échantillons

Nous proposons un découpage du Tchad en 8 régions, suivant des critères géographiques et ethnolinguistiques. Le regroupement se présente comme suit :

- Zone 1 : N'Djaména
- Zone 2 : BET, Kanem et Lac
- Zone 3 : Batha, Guéra et Salamat
- Zone 4 : Ouaddaï et Wadi Fira
- Zone 5 : Hadjer Lamis et Chari Baguirmi
- Zone 6 : Mayo Kebbi Est et Mayo Kebbi Ouest
- Zone 7 : Logone Occidentale, Logone Orientale et Tandjilé
- Zone 8 : Mandoul et Moyen Chari.

Tableau 01 : Répartition des femmes enquêtées par zone et enquêtes

Zone	EDS1		EDS2		MICS2	
	Femmes 15-49 ans	Femmes mariées ou en union 15-49 ans	Femmes 15-49 ans	Femmes mariées ou en union 15-49 ans	Femmes 15-49 ans	Femmes mariées ou en union 15-49 ans
zone 1	1 355	996	1 324	869	1 103	715
zone 2	637	533	607	472	3 141	2 465
zone 3	886	639	827	619	2 737	2 187
zone 4	820	612	594	378	1 374	1 079
zone 5	757	622	571	470	1 458	1 210
zone 6	742	591	654	486	2 011	1 667
zone 7	1460	1 132	671	502	2 491	1 913
zone 8	797	606	837	619	1 612	1 184
Total	7 454	5 731	6 085	4 415	15 927	12420

Bibliographie

Ashford, L., 2003, *Besoin insatisfait en planning familial*, Population Reference Bureau

Ouagadjo, B. et al., 2004, *Enquête Démographique et de Santé Tchad 2004*, Calverton, Maryland, U.S.A. : INSEED et ORC Macro.

Ouagadjo, B. et al., 1998, *Enquête Démographique et de Santé, Tchad 1996-1997*, Calverton, Maryland, U.S.A. : Bureau Central du Recensement et Macro International Inc.

Vignikin, K. et al., 2001, *Protocole d'analyse de la pratique contraceptive à partir des données des enquêtes démographiques et de santé*, Groupe International de Partenaires Population - Santé (GRIPPS)

World Health Organization, 2013, Family Planning, Fact Sheets N°351