Accès à la contraception en Afrique subsaharienne : prévalence des besoins non satisfaits et inégalités socio-démographiques

Matè Alonyenyo Labité[1,2] ; Abdramane Bassiahi Soura[2] et Hervé Bassinga[2]

[1] Ecole Doctorale Lettres, Sciences Humaines et Communication, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

[2] Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

1. Introduction

Depuis les années 1990, la santé de la reproduction a gagné en importance, en partie grâce à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement de 1994. Malgré les progrès mondiaux, l'Afrique subsaharienne (ASS) reste marquée par un taux élevé de besoins non satisfaits (BNS) en contraception. Seulement 29 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 2015, contre 59% dans les pays développés (PRB, 2015). La littérature a démontré que les BNS en contraception sont associés à des taux élevés de grossesses non planifiées, d'avortements risqués, et de mortalité maternelle et infantile, notamment chez les jeunes femmes et celles ayant des grossesses rapprochées (Ashford, 2003; Bishwajit et al., 2017; Nations Unies, 2015; Partenariat de Ouagadougou, 2011). En ASS, 66 % des décès maternels mondiaux sont enregistrés (Organisation mondiale de la Santé, 2015). L'on estime à 90 %, les cas des morbidités liées à l'avortement et 20 % les cas de grossesses non désirées pourraient être évités grâce à une contraception efficace (Cleland et al., 2006).

Les études montrent par ailleurs des disparités sociodémographiques dans les BNS chez les femmes mariées, influencées par l'âge, le nombre d'enfants et le statut marital. Par exemple, Ahinkorah et ses collaborateurs, dans leur étude sur les jeunes femmes en ASS, ont constaté que les jeunes femmes qui vivaient avec un partenaire avaient un risque plus élevé d'avoir un besoin non satisfait de contraception (Ahinkorah et al., 2020). Au Pakistan, la probabilité qu'une femme mariée ait un besoin non satisfait de planification familiale diminue avec l'augmentation de leur âge et du nombre d'enfants vivants (Asif & Pervaiz, 2019). Une étude réalisée au Népal a également rapporté que les femmes ayant quatre enfants ou plus ont 2,24 fois plus de chance d'avoir des besoins non satisfaits de planification familiale que celles qui n'ont qu'un seul enfant (Bhandari et al., 2006).

Malgré les multiples recherches sur le sujet, peu se sont penchées sur les types de besoins non satisfaits de contraception chez les femmes mariées en tenant compte de plusieurs pays au cours des cinq dernières années. Cette étude vient combler cette lacune par une analyse des inégalités sociodémographiques liées aux BNS d'espacement et de limitation des naissances dans 13 pays d'ASS à partir des récentes données d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées entre 2019 et 2024. Analyser ces inégalités aidera à mieux comprendre les besoins non satisfaits en contraception et contribuer à mieux orienter les interventions en planification familiale.

2. Données et méthodes

Cette étude utilise les récentes données, disponibles et accessibles, des enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées entre janvier 2019 et juin 2024 dans 13 pays d'Afrique subsaharienne : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Mozambique, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Tanzanie. Chacun de ces pays a réalisé une récente EDS dans la période de janvier 2019 à juin 2024. Ces EDS sont des enquêtes transversales et représentatives au niveau national de chacun des pays inclus. Elles sont réalisées tous les cinq ans afin d'obtenir des informations variées et actualisées, notamment sur la santé reproductive, la planification familiale et d'autres données démographiques des femmes en âge de procréer. L'étude inclue les femmes âgées de 15-49 ans en union (légalement mariées ou vivaient avec un partenaire) et pour lesquelles les réponses aux variables utilisées sont complètes, soit un échantillon total de 115 616 femmes en union.

Le besoin non satisfait en contraception est la variable dépendante du type « trichotomique » et recodée en « 2 » lorsque la femme a un BNS de limitation des naissances, « 1 » lorsque la femme a un BNS d'espacement des naissances et « 0 » si non. Les principales variables indépendantes comprennent la cohorte d'âge, l'écart de fécondité désirée et le statut d'union. L'écart de fécondité désirée, mesuré par la différence entre le nombre total d'enfants qu'une femme souhaite avoir au cours de sa vie génésique et le nombre total d'enfants nés vivants par une femme au moment de l'enquête, prend trois modalités : ont plus d'enfants que le nombre désiré lorsque la différence est positive ; ont atteint le nombre désiré lorsqu'elle est nulle et ont moins d'enfants que le nombre désiré lorsqu'elle est négative. D'autres variables explicatives ont été utilisées pour contrôler l'effet des facteurs sociodémographiques sur les types de besoins non satisfaits. Il s'agit du pays, du niveau d'éducation de la femme, du milieu de résidence, de la religion, du statut d'emploi, du niveau de vie du ménage, de l'exposition aux médias, du niveau d'éducation du conjoint et de la préférence du conjoint en matière de fécondité.

Le test du Chi-carré de Pearson, avec un seuil de significativité de 5%, a été réalisé pour évaluer la corrélation entre la prévalence des BNS d'espacement et de limitation des naissances pour l'ASS, dans chaque pays et selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. Des régressions logistiques multinomiales non ajustées et ajustées ont été effectuées pour examiner les inégalités sociodémographiques des BNS en contraception chez les femmes en union. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide des commandes svyset et svy du logiciel stata 17 pour ajuster les techniques d'échantillonnage en grappes des enquêtes. Trois modèles ont été testés dont le troisième modèle incluant l'ensemble des variables en plus de la variable pays, a été choisi pour examiner les inégalités sociodémographiques des BNS d'espacement et de limitation des naissances chez les femmes en union en ASS, toutes choses égales par ailleurs.

3. Résultats attendus

Prévalence des besoins non satisfaits d'espacement et de limitation des naissances

L'analyse de la figure 1 montre que la prévalence des besoins non satisfaits en contraception en ASS était de 20,7%, avec 13,9% pour l'espacement des naissances et 6,8% pour la limitation des naissances. Selon les pays, elle varie de 6,5% [IC 95% : 05,9-07,1] au Rwanda à 23,0% [IC 95% : 21,2-24,9] au Gabon pour l'espacement des naissances et de 4,2% [IC 95% : 03,8-04,6] au Burkina Faso à 12,9% [IC 95% : 11,5-14,4] au Libéria pour la limitation des naissances.

A un seuil de 1‰, les résultats de l'analyse bivariée (tableau 1) indiquent que près de 46% des femmes de la cohorte de 25-34 ans et de 73% des femmes de la cohorte de 35-49 ans avaient respectivement des BNS d'espacement et de limitation des naissances. Les femmes qui ont moins d'enfants avaient une plus grande proportion de BNS d'espacement (86,3%) et de limitation (45,9%) des naissances. Selon le statut d'union, les BNS d'espacement des naissances (69,6%) et de limitation des naissances (76%) étaient élevés chez les femmes mariées. De même, les femmes qui ne savaient pas la préférence de leur conjoint en matière de fécondité et celles dont le conjoint veut moins d'enfant avaient respectivement le niveau de BNS d'espacement (30,5%) et de limitation (34,1%) les plus élevés.

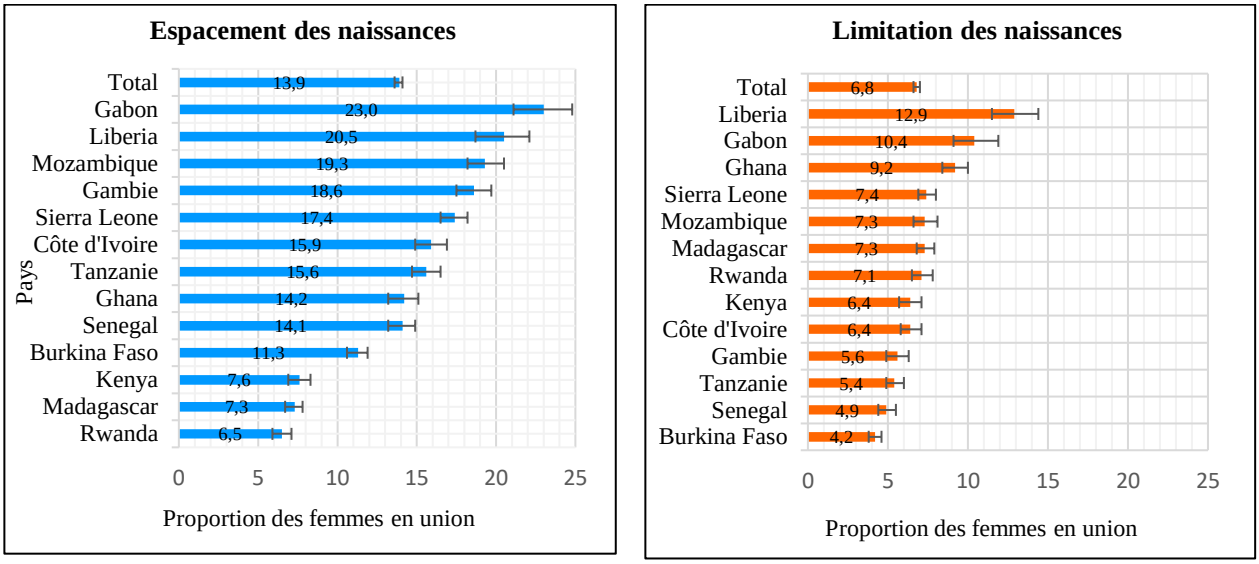

Figure 1: Prévalence des besoins non satisfaits d'espacement et de limitation des naissances

Régressions logistiques multinomiales des besoins non satisfaits en contraception

Les résultats de la régression logistique multinomiale (Modèle 3) révèlent que les femmes des cohortes de 25-34 ans et de 35-49 ans avaient moins de risque d'avoir des BNS d'espacement et plus de risque d'avoir des BNS de limitation que celles de la cohorte de 15-24 ans. Les femmes qui vivaient en concubinage avaient 1,07 plus de risque d'avoir un BNS d'espacement des naissances que celles qui étaient mariées. La probabilité d'avoir un besoin non satisfait d'espacement était faible chez les femmes qui avaient atteint leur fécondité (0,87 ; p<0,01) tandis que la probabilité d'avoir un BNS de limitation des naissances est la plus élevée chez les femmes qui avaient plus d'enfants que le nombre désiré (3,80 ; p<0,001) suivi par les femmes qui avaient atteint leur fécondité (3,31 p<0,001). En tenant compte des variables de contrôle, les femmes ayant un emploi, résidant en milieu rural, vivant dans un ménage riche et étant exposées aux médias avaient significativement un faible risque d'avoir un besoin non satisfait d'espacement et de limitation des naissances. De plus, le risque d'avoir des BNS de limitation diminue à mesure que le niveau d'éducation augmente. En outre, les femmes qui ne savaient pas la préférence de leur conjoint en matière de fécondité avaient 1,33 fois plus de risque d'avoir un BNS d'espacement des naissances. Chez les femmes dont le mari veut plus d'enfant, le risque d'avoir un BNS de limitation des naissances augmente de 12% par rapport à celles dont le mari veut le même nombre d'enfants. L'étude révèle en outre que tous les pays présentaient de forts risques de BNS d'espacement et de limitation de naissances par rapport au Burkina Faso (modalité de référence) à l'exception du Kenya, de Madagascar et du Rwanda qui présentaient de faibles risques de besoins non satisfaits d'espacement des naissances.

Tableau 1: Modèles de régressions logistiques multinomiales des types de besoins non satisfaits en contraception sur les caractéristiques des femmes en union

Variables	Modèle 1 RRR non ajusté [95%IC]		Model 2 RRR ajusté [95%IC]		Model 3 RRR ajusté [95%IC]	
	Espacement	Limitation	Espacement	Limitation	Espacement	Limitation
Age de la femmes (Réf.: 15-24 ans)						
25-34 ans	0,79***[0,75-0,83]	3,08***[2,61-3,62]	0,83***[0,79-0,88]	2,51***[2,13-2,96]	0,84***[0,80-0,89]	2,50***[2,12-2,95]
35-49 ans	0,37***[0,35-0,39]	9,24***[7,92-10,78]	0,39***[0,37-0,42]	5,75***[4,90-6,75]	0,39***[0,37-0,42]	5,59***[4,75-6,58]
Statut marital (Réf.: Mariée)						
Concubinage	1,32***[1,25-1,80]	0,95 [0,89-1,02]	1,21***[1,15-1,27]	1,12***[1,04-1,20]	1,07* [1,01-1,13]	0,96 [0,88-1,04]
Ecart de de fécondité désirée (Réf.: Ont moins d'enfants)						
Fécondité atteint	0,59***[0,55-0,65]	4,21***[3,90-4,54]	0,79***[0,72-0,86]	3,15***[2,91-3,42]	0,87** [0,80-0,95]	3,31***[3,04-3,60]
Plus d'enfants	0,70***[0,65-0,77]	5,50***[5,11-5,91]	0,99 [0,90-1,08]	3,68***[3,40-3,98]	1,04 [0,95-1,14]	3,80***[3,50-4,12]
Préférence du conjoint en matière de fécondité (Réf.: Veut le même)						
Veut plus	1,19***[1,12-1,25]	1,16***[1,08-1,25]	1,22***[1,15-1,29]	1,17***[1,08-1,26]	1,05 [0,99-1,11]	1,12** [1,04-1,22]
Veut moins	0,96 [0,87-1,06]	1,04 [0,92-1,17]	0,97 [0,88-1,07]	1,05 [0,93-1,19]	1,03 [0,93-1,14]	1,10 [0,97-1,25]
Ne sait pas	1,60***[1,52-1,69]	1,15***[1,06-1,24]	1,63***[1,54-1,72]	1,21***[1,12-1,31]	1,33***[1,25-1,41]	1,08 [0,99-1,17]
Milieu de résidence (Réf.: Urbain)						

Rural	0,88***[0,84-0,92]	0,97 [0,91-1,04]	0,92** [0,87-0,97]	0,86***[0,79-0,93]
Niveau de vie du ménage (Réf.: Très pauvre)				
Pauvre	0,89***[0,84-0,95]	0,87** [0,81-0,95]	0,90** [0,85-0,96]	0,87** [0,80-0,95]
Moyen	0,83***[0,78-0,88]	0,82***[0,76-0,90]	0,86***[0,80-0,92]	0,78***[0,71-0,86]
Riche	0,76***[0,71-0,81]	0,73***[0,66-0,80]	0,77***[0,71-0,83]	0,73***[0,65-0,81]
Très riche	0,65***[0,60-0,69]	0,72***[0,66-0,80]	0,69***[0,63-0,76]	0,70***[0,61-0,80]
Niveau d'éducation de la femme (Réf.: Aucun)				
Primaire	0,88***[0,83-0,92]	0,87***[0,81-0,93]	1,01 [0,95-1,07]	0,88** [0,80-0,96]
Secondaire	0,98 [0,93-1,03]	0,66***[0,61-0,72]	0,97 [0,90-1,04]	0,80***[0,71-0,89]
Statut d'emploi (Réf.: Non employé)				
Employé	0,67***[0,64-0,69]	1,22***[1,14-1,30]	0,83***[0,79-0,87]	0,92* [0,85-0,99]
Niveau d'éducation du conjoint (Réf.: Aucun)				
Primaire	0,76***[0,72-0,81]	0,96 [0,90-1,03]	0,95 [0,89-1,02]	0,95 [0,87-1,04]
Secondaire	0,95 [0,90-1,00]	0,85***[0,79-0,91]	0,97 [0,91-1,04]	0,91 [0,83-1,01]
Ne sait pas	1,32***[1,20-1,46]	1,15 [0,99-1,34]	1,10 [0,99-1,22]	1,13 [0,96-1,34]
Exposition aux médias (Réf.: Non)				
Oui	0,70***[0,67-0,73]	0,83***[0,78-0,88]	0,91***[0,87-0,96]	0,92* [0,86-0,98]
Pays (Réf.: Burkina Faso)				
Côte d'Ivoire			1,53***[1,38-1,70]	1,54***[1,32-1,80]
Gabon			2,47***[2,14-2,85]	2,72***[2,19-3,38]
Ghana			1,70***[1,52-1,89]	2,26***[1,93-2,63]
Gambie			1,75***[1,58-1,94]	1,40***[1,18-1,66]
Kenya			0,77***[0,68-0,88]	1,26* [1,05-1,50]
Liberia			2,29***[2,02-2,60]	3,62***[3,03-4,33]
Madagascar			0,71***[0,64-0,79]	1,86***[1,60-2,15]
Mozambique			1,63***[1,47-1,81]	1,98***[1,68-2,33]
Rwanda			0,73***[0,64-0,83]	1,14 [0,97-1,34]
Sierra Leone			1,89***[1,73-2,07]	1,81***[1,57-2,08]
Sénégal			1,24***[1,12-1,37]	1,10 [0,94-1,30]
Tanzanie			1,56***[1,40-1,72]	1,48***[1,25-1,74]

Seuil de significativité : Réf.: Référence ; * p-value<5% ; ** p-value <1% ; *** p-value<1‰

Conclusion

L'étude met en évidence une prévalence de BNS élevée dans l'ensemble des pays avec une prévalence de BNS d'espacement des naissances plus élevé que la prévalence de BNS de limitation des naissances. Elle est plus faible au Rwanda et plus élevée au Gabon pour l'espacement des naissances alors qu'elle est plus faible au Burkina Faso et plus élevée au Libéria pour la limitation des naissances. Nous retenons également un certain nombre de variables qui ont été identifiées comme déterminant des deux types de BNS. Il s'agit de la cohorte d'âge, l'écart de fécondité désirée, la préférence du conjoint en matière de fécondité, le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, le statut d'emploi et l'exposition aux médias. En plus de ces variables, le statut marital a également été identifié comme un déterminant des BNS d'espacement des naissances tandis que le niveau d'éducation de la femme a été identifié comme un déterminant des BNS de limitation des naissances. Au regard des résultats de cette étude, il est crucial de renforcer la disponibilité et la sécurité des méthodes contraceptives à tous les niveaux de l'offre des services de PF. De même, il est nécessaire d'améliorer l'accès aux méthodes contraceptives et de promouvoir l'éducation des femmes, ainsi que la sensibilisation des familles de petite taille et des hommes à la planification familiale

Références

Ahinkorah, B. O., Seidu, A.-A., Appiah, F., Oduro, J. K., Sambah, F., Baatiema, L., Budu, E., & Ameyaw, E. K. (2020). Effect of sexual violence on planned, mistimed and unwanted pregnancies among women of reproductive age in sub-Saharan Africa : A multi-country analysis of Demographic and Health Surveys. *SSM-population health*, *11*, 100601.

Ashford, L. (2003). Besoin insatisfait en planning familial : Les tendances récentes et leurs répercussions sur les programmes. *Popul Ref Bur Wash DC Juillet*, 8.

Asif, M. F., & Pervaiz, Z. (2019). Socio-demographic determinants of unmet need for family planning among married women in Pakistan. *BMC Public Health*, *19*(1), 1226. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7487-5

Bhandari, G. P., Premarajan, K. C., Jha, N., Yadav, B. K., Paudel, I. S., & Nagesh, S. (2006). Prevalence and determinants of unmet need for family planning in a district of eastern region of Nepal. *Kathmandu University medical journal (KUMJ)*, *4*(2), 203-210.

Bishwajit, G., Tang, S., Yaya, S., & Feng, Z. (2017). Unmet need for contraception and its association with unintended pregnancy in Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 186. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1379-4

Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning : The unfinished agenda. *The lancet*, *368*(9549), 1810-1827. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69480-4

Nations Unies. (2015). *Objectifs du millénaire pour le développement : Rapport 2015* (p. 72).

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015: estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation* (p. 12). Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204113/WHO_RHR_15.23_fre.pdf

Partenariat de Ouagadougou. (2011). La planification familiale : L'Afrique de l'ouest francophone en mouvement. *Un appel à l'action*, 22.

Population Reference Bureau. (2015). *2015 World Population Data Sheet with a special focus on women's empowerment* (p. 21).