

Profil des femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale en Côte d'Ivoire

Essis Esme Marie Laure^{1,3}, Konan Loukou Léandre¹, Bamba Iba¹, Latte K. Claudine^{2,3}, Dossevi-Diaby K0², Gbané M^{1,3}, Yapi A¹, Manouan NM^{1,3}, & Aké Michele Dominique^{1,4}

¹Institut National de Santé Publique (Abidjan, Côte d'Ivoire)

²Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire Urbaine (Abidjan, Côte d'Ivoire)

³Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire (Abidjan, Côte d'Ivoire)

⁴UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Pour les correspondances: essismarie2007@yahoo.fr

Résumé

Objectif: Décrire le profil des groupes spécifiques de femmes qui portent le plus lourd fardeau des besoins non satisfaits en planification familiale.

Méthodologie: Analyse secondaire des données de l'EDS 2012 portant sur les besoins non satisfaits de PF chez les femmes en âge de procréer, sexuellement actives et exposées aux grossesses. Chi 2 de Pearson et Ttest de Student réalisés. Analyse multivariée par technique CHAID de l'arbre de décision. Interprétation des résultats au seuil ($\alpha=5\%$, IC à 95%).

Résultats: les BNSPF de l'ordre de 50 à 58% sont portées par moins de 4% de la population féminine. Plus de 21% ont des BNSPF de l'ordre de 32 à 39% et sont majoritairement sans instruction, multipares, venant du Centre et du Sud du pays.

Conclusion: Développer des stratégies de sensibilisation et de communication spécifiquement adaptés à ces groupes pour combler le gap d'utilisation des méthodes contraceptives.

Mots clés: Profil/ besoins non satisfaits /planification familiale /Côte d'Ivoire

Introduction

L'Afrique subsaharienne, avec une moyenne de 5,1 enfants par femme, présente l'un des taux de fécondité les plus élevés et une croissance de la population la plus rapide au monde. La transition de la fécondité amorcée depuis trois à quatre décennies dans le monde en développement et presque terminée dans certaines parties, tarde à décoller sur le continent africain (Tamo-Mbouyou 2012).

L'organisation des Nations Unies a estimé à 25% en 2012, la proportion de femmes en âge de procréer vivant en union en Afrique subsaharienne, qui désiraient espacer ou limiter leurs naissances mais n'utilisaient aucune méthode contraceptive moderne à cet effet (Tamo-Mbouyou 2012).

Cependant, le gap d'utilisation des méthodes contraceptives modernes tarde à être comblé malgré les actions de sensibilisation menées dans la population générale, la modernisation de la société, la scolarisation de la jeune fille, l'intégration des services de planification familiale (PF) dans les soins de santé maternels et infantiles, la vulgarisation des méthodes contraceptives modernes et les campagnes de sensibilisation de masse. La prévalence contraceptive

reste faible et les besoins non satisfaits en planification familiale (BNSPF) restent d'actualité (Vroh 2012) (Matungulu 2015) (Blodgett 2018) (Ewerling 2018) (Salifou 2018) (Ndiaye 2003) (Gueye 2015) (Ntambue 2017).

Les raisons de la non-satisfaction des besoins en matière de planification familiale efficace sont multiples et différent d'un pays à un autre. Les niveaux élevés de mortalité infantile, la scolarisation, le milieu de résidence, les conditions de vie, les préjugés ou méfiances quant aux effets indésirables des contraceptifs modernes, leur désapprobation socio-culturelle ou communautaire, la résistance du conjoint, les croyances religieuses et le désir de maternité ont été, entre autres, incriminés dans certaines études (Mouftaou 2011) (Tamo-Mbouyou 2012) (Matungulu 2015) (Blodgett 2018) (Baccaini 1995) (Salifou 2018) (Rhouné Ochako 2015) (Gueye 2015) (Ntambue 2017).

De surcroît, le manque d'accès à l'information ou aux services de planification, ainsi que la stigmatisation liée à l'utilisation des contraceptifs en raison des normes sociales et des attentes concernant le mariage précoce et la maternité,

conduisent les femmes à ne pas utiliser de contraception même lorsqu'elles souhaitent éviter la grossesse (Ewerling 2018) (Dimassi 2016) (Gastineau 2010) (Ndiaye 2003) (Adebowale 2014).

Les femmes sont alors exposées aux grossesses non désirées, face auxquelles certaines ont recours aux avortements clandestins aux conséquences néfastes d'infections, de stérilité et de mortalité maternelle (Vroh 2012) (Blodgett 2018) (Foumsou 2017) (Schwartz 2015).

Face à ce constat, plusieurs études ont été réalisées pour caractériser les femmes les plus à risque de besoins non satisfaits en planification familiale afin de développer des sensibilisations ciblées avec des messages adaptés. Ainsi, Mouftaou AS (2011) au Bénin, a caractérisé les femmes célibataires, non scolarisées, âgées de 15-24 ans et 35-49 ans, mères de six enfants et plus ou ayant atteint la parité souhaitée, plus susceptibles aux BNSPF. Selon l'étude de Baccaïni B (1995), les femmes célibataires du milieu rural et périurbain étaient plus exposées aux BNSPF. Dans l'étude multi-pays conduite à partir des données de 77 pays par Ewerling F (2018), la prévalence contraceptive était faible chez les femmes plus jeunes, pauvres, peu instruites et vivant en zones rurales. Ces femmes constituent un groupe à risque de BNSPF. Selon Gastineau B (2010), les femmes plus jeunes, célibataires et en cours de scolarisation avaient recours à l'avortement qui permet de maîtriser la fécondité en complément ou à la place de la contraception.

En Côte d'Ivoire, des études ont été conduites pour analyser de façon spécifique le profil des femmes les plus exposées à certains problèmes de santé. Zah BT (2010) a analysé les variations socio-économiques de la fécondité et mis l'accent sur la régulation des naissances. Vroh JBB (2012) a décrit l'épidémiologie des avortements provoqués.

Aucune étude n'a encore été réalisée en Côte d'Ivoire pour identifier les groupes spécifiques de femmes qui portent le plus lourd fardeau des BNSPF dans la société. La connaissance de ces groupes particulièrement vulnérables aux BNSPF permettrait de les cibler de façon spécifique dans les campagnes de sensibilisation avec des messages et canaux de communication adaptés.

Au regard de tout ce qui précède, la connaissance et la description précise des groupes de femmes victimes des BNS en planification familiale s'avèrent cruciales à l'amélioration de la prévalence contraceptive. C'est dans cette optique que nous entreprenons cette étude pour décrire le profil et les groupes spécifiques de femmes concernées par les besoins non satisfaits en planification familiale en

Côte d'Ivoire afin d'orienter les interventions des décideurs.

Objectif général

Décrire le profil des groupes spécifiques de femmes qui portent le plus lourd fardeau en matière de besoins non satisfaits en planification familiale en Côte d'Ivoire.

Revue de littérature et cadre théorique

Définitions

Planification familiale ou planning familial est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir à quel moment elles auront un enfant (Kabwe 2013).

C'est aussi l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non-mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu (TRAORE 2006).

Contraception est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécond, et ceci de façon temporaire et réversible (TRAORE 2006).

Besoins non satisfaits en planification familiale

Ils ont été estimés pour la première fois par Westoff (1988) à partir des données de l'enquête mondiale sur la fécondité réalisée entre 1974 et 1984, en prenant seulement en compte, la limitation des naissances des femmes en période reproductive déclarant avoir atteint le nombre d'enfants désirés, mais qui ne pratiquent pas la contraception et qui sont exposées au risque de grossesse. Nortman (1982) a élargi cette définition aux femmes qui désirent attendre au moins deux ans avant leur prochaine naissance mais qui ne recourent à aucune méthode de contraception. Quant aux Westoff et Ochoa (1991), ils ont exclu de la mesure, les femmes enceintes ou en période d'aménorrhée post-partum suite à l'échec de la contraception.

Jusqu'en 1991, la mesure des besoins non satisfaits portait exclusivement sur les femmes en union. Mais cette définition était trop restrictive et ne pouvait en aucun cas refléter le niveau réel des besoins non satisfaits au sein des femmes en âge de procréer (Dixon-Mueller et Germain, 1992). Westoff et Bankolé (1995) ont par la suite, étendu la mesure des besoins non satisfaits aux femmes non mariées (célibataires, divorcées, séparées ou veuves) mais sexuellement actives. Ainsi, le concept de « besoins non-satisfaits », limité dans les années 1970-1980 aux

seules femmes en union, inclut dorénavant toutes les femmes, mariées ou non, sexuellement actives, qui déclarent vouloir attendre au moins deux années avant la prochaine naissance ou dont la grossesse n'est pas désirée, et celles qui sont indécises par rapport à une prochaine naissance (Ahoey 2002, Akoto 2002). Cependant, la définition de Macro International est celle utilisée dans le cadre des enquêtes démographiques et de santé selon laquelle les femmes en union non utilisatrices de méthodes contraceptives qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (désireuses de limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (désireuses d'espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (EDS 2012).

Dans le cadre de cette étude, nous retiendrons que les femmes ayant des besoins non satisfaits en FP sont les femmes en âge de procréer fécondes et sexuellement actives (exposées aux grossesses) qui souhaitent espacer ou limiter leurs naissances mais éprouvent des difficultés à utiliser des méthodes contraceptives (FASSASSI 2001).

Demande potentielle de planification familiale est l'ensemble des femmes éprouvant un besoin en planification familiale, que ce besoin soit satisfait ou non. La demande potentielle (DP) est ainsi composée de toutes les femmes ayant satisfait leur besoin en PF, de celles éprouvant un besoin non satisfait, autrement dit de celles dont le besoin en PF n'est pas satisfait, et de celles ayant subi un échec de la contraception (Akoto 2002).

Cadre théorique

Selon la revue de la littérature, les besoins non satisfaits s'expliquent entre autres par des effets secondaires des méthodes contraceptives modernes, le manque d'accès aux fournitures et services de planification familiale, la réticence du partenaire et les coûts prohibitifs des méthodes contraceptives modernes, etc. (Ajong 2016, Tumlinson 2015, Kotb 2011). Il serait difficile de combler cette lacune entre les besoins exprimés et l'usage des méthodes contraceptives dans le contexte actuel de financement relativement limité pour les programmes de planification familiale sans informations fiables existantes. Par conséquent, il paraît opportun de mener une enquête de terrain afin de préciser le profil des femmes vulnérables en matière de besoins non satisfaits en planification familiale.

L'analyse des données a eu pour cadre de référence, la théorie anti-populationniste de Nicolas Machiavel (1515) qui encourage les naissances nombreuses et l'expansion de la population

considérant celle-ci comme une richesse nationale et un facteur de développement et de progrès ainsi que et la théorie malthusianisme (1798) qui prône la limitation des naissances autant ou moins leur régulation, leur planification pour réduire les effets pervers de la surpopulation (misère pauvreté, maladie, sans développement) (Machiavel 1962, Malthus 1963).

Données et méthodes

Echantillonnage

Il s'agit d'une étude de données secondaires issues de l'EDS-MICS 2011-2012, collectées auprès des individus résidant dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays à travers une étude transversale. Un échantillon national de 10413 ménages a été sélectionné. Il était stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural et des onze domaines d'étude, correspondant aux dix anciennes régions administratives et à la ville d'Abidjan, pour lesquels on dispose d'une estimation pour tous les indicateurs clés. L'échantillon était basé sur un sondage aréolaire stratifié à deux degrés.

Le premier degré a permis de retenir 352 Zones de Dénombrement (ZD) du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 1998. Ces zones ont été mises à jour au cours d'une opération de cartographie et d'énumération des ménages avec une double stratification selon le milieu de vie et les 10 pôles de développement du pays en plus de la ville d'Abidjan. 351 grappes ont été visitées.

Le deuxième degré a permis de sélectionner 9873 ménages au niveau national dans les ZD retenues, soit 27 en milieu urbain et de 32 en milieu rural dans chaque grappe dénombrée par un tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées puis être testées pour le VIH et l'anémie, enfin pour être mesurées et pesées pour la détermination de leur état nutritionnel. Toutes les femmes enceintes étaient éligibles pour le test de parasitémie.

Au total, 352 grappes ont été sélectionnées dont une était inaccessible. 9 873 ménages occupés ont été identifiés parmi lesquels 9 686 ont pu être enquêtés avec succès soit un taux de réponse de 98 %.

Dans l'ensemble de ces ménages, 10 848 femmes âgées de 15-49 ans étaient éligibles pour l'enquête individuelle, parmi lesquelles 10 060 ont été interviewées avec succès soit un taux de réponse de 93 %.

Collecte des données

Trois questionnaires ont été utilisés dont le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS, auxquels ont été rajoutés certains modules développés par l'UNICEF dans le cadre des Enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

Le questionnaire individuel femme a permis de collecter les informations concernant : les caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée, la reproduction, la contraception, la grossesse et soins postnatals, la vaccination des enfants, santé et nutrition, le mariage et activité sexuelle, la préférence en matière de fécondité, les caractéristiques du conjoint et travail de la femme, le VIH/sida, les autres problèmes de santé, l'excision et mutilations génitales féminines, les relations dans le ménage et la mortalité maternelle.

La vérification, la codification, la saisie et l'édition (correction des incohérences) des données ont été effectuées à l'aide du logiciel CPro.

Analyse des données

Notre étude a porté sur les données de la planification familiale des femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives et supposées fécondes (exposées aux grossesses) au moment de l'enquête. Toutes les femmes qui étaient enceintes, ménopausées, en post-partum et qui allaitantes au moment de l'enquête, ont été éliminées de notre échantillon d'étude, ainsi un échantillon final de 6410 femmes a été retenu.

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Statistique pour les sciences sociales (SPSS) version 21 (SPSS Illinois, Chicago).

Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des participantes de l'étude ayant des BNSPF, Côte d'Ivoire, 2012.

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage	Effectifs
Age		
20-24	23,5	1505
25-29	23,2	1489
30-34	17,3	1112
Parité		
1	17,1	1098
2	15,6	1003
3	12,9	827
4	10,8	693
Situation matrimoniale		
Marié	51,8	3318
Union de fait	26,4	1692
Région		

La variable dépendante était « les besoins non satisfaits en planification familiale »,

Les variables indépendantes étaient l'âge, la parité, l'état matrimonial, la région, la religion, le milieu de résidence, l'éducation, la profession, le niveau de vie et le lien de parenté.

Une analyse uni-variée, descriptive a été effectuée pour chacune des variables par le calcul de leur fréquence.

Une analyse bi-variée a permis d'identifier la relation entre la variable dépendante et les variables indépendantes.

Une analyse multivariée a permis d'estimer l'Odds Ratio et son intervalle de confiance à 95% pour chaque facteur retenu, et d'interpréter l'arbre de décision. Les tests statistiques de Chi-deux de Pearson et T de Student ont été respectivement utilisés pour les variables qualitatives et les variables quantitatives.

L'analyse multivariée réalisée à l'aide de la technique Chi-square Automatic Interaction Detector (CHAID) de l'arbre de décision a relevé que la parité était le meilleur prédicteur en ce qui concerne les besoins non satisfaits en planification familiale en Côte d'Ivoire. Cette technique a également permis d'identifier les groupes de femmes les plus vulnérables au phénomène. L'interprétation des résultats a été faite au seuil de signification de 5% (IC à 95%).

Résultats

Selon les critères retenus, 6410 femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives et exposées aux risques de grossesses ont été retenues pour l'étude.

Centre	7,4	472
Centre-Est	8,8	561
Centre-Nord	10	643
Centre-Ouest	8,3	531
Type de residence		
Urbain	42,5	2722
Rural	57,5	3688
Religion		
Musulman	43,6	2796
Catholique	19,3	1234
Lien de parenté avec le chef de ménage		
Epouse	57,5	3686
Education		
Pas d'instruction	58,7	3761
Profession		
Commerçants	31	1987
Agriculteurs	27,6	1772
Indexe de pauvreté		
Très pauvre	18,9	1213
Pauvre	19,8	1266
Moyen	21,6	1385
Riche	19,2	1232
Très riche	20,5	1314
Total	100	6410

Toutes les 6410 femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives et supposées fécondes (exposées au risque de grossesse) enrôlées dans l'EDS de 2011 ont été incluses dans l'analyse. Ces femmes étaient majoritairement âgées de 20 à 34 ans (64%), mariées ou en ménage (78%),

compagnes du chef de ménage (57%), chrétienne ou musulmane (86%), commerçantes ou agricultrices (59%), sans instruction (59%) et mères d'un à quatre enfants (56%). Elles vivaient en zone rural dans 57% des cas, avaient des revenus modestes (38%) et étaient localisées dans le centre du pays (34%).

Déterminants des besoins non satisfaits en planification familiale

Tableau 2: Analyse bivariée des caractéristiques sociodémographiques et des besoins non satisfaits en planification familiale, Côte d'Ivoire, 2012.

Caractéristiques	BNSPF		Khi2 de Pearson	Signification asymptotique bilatérale
	N	(%)		
Age (année)				
15-19	875	34	38,17 (ddl 6)	0,00
20-24	1505	33		
25-29	1489	29		
30-34	1112	28		
35-39	783	33		
40-44	476	39		
45-49	170	44		
Parité (enfants)				
0	1168	26,9	104,60 (ddl 10)	0,00
1	1098	29,4		
2	1003	28,7		
3	827	32,5		

4	693	32,3		
5	554	34,3		
6	401	36,7		
7	257	38,1		
8	178	43,3		
9	116	51,7		
10 &+	116	60		
Situation matrimoniale				
Célibataire	34,9	1 185	13,07 (ddl 3)	0,004
Marié	31,8	3318		
Union de fait	32	1692		
Rupture d'union	22,8	215		
Région				
Centre	46,2	472	80,07 (ddl 10)	0,00
Centre-Est	34	561		
Centre-Nord	36,5	643		
Centre-Ouest	32	531		
Nord	22,5	590		
Nord-est	32,6	476		
Nord-Ouest	29,5	767		
Ouest	29,8	607		
Sud sans Abidjan	31,4	436		
Sud-ouest	32,7	539		
Ville d'Abidjan	30,1	788		
Résidence				
Urbain	29,2	2722	17,978 (ddl 1)	0,00
Rural	34,2	3688		
Réligion				
Musulman	32,4	2796	2,34 (ddl 5)	0,80
Catholique	30,5	1234		
Méthodiste et évangélique	32,9	1 179		
Autres chrétiens	32,5	234		
Animiste	30,3	208		
Sans religion	31,8	679		
Lien de parenté				
Chef de ménage	30,5	384	24 (ddl 6)	0,01
Epouse	30,1	3686		
Belle fille	35,5	327		
Mère et sœur	34,6	191		
Autres liens de parenté	32,9	580		
Autres	34,1	267		
Niveau d'instruction				
Sans instruction	33,9	3761	40,53(ddl 2)	0,000
Primaire	33,8	1520		

Secondaire et plus	24,1	1129		
Profession				
Sans emploi	30,7	1752	7,245(ddl 4)	0,124
Secteurs moderne	28,4	464		
Commerçant	32,7	1987		
Agriculteurs	33,8	1772		
Autres	32,4	435		
Niveau de vie				
Très pauvre	36,8	1213	49,61 (ddl 4)	0,000
Pauvre	34,9	1266		
Moyen	33,1	1385		
Riche	31,4	1232		
Très riche	24,8	1314		

Le tableau 2 décrit le résultat de l'analyse bi-variable entre la variable dépendante (besoin non satisfait en planification familiale) et les variables indépendantes. La majorité des BNSPF exprimés par les femmes de l'étude sont supérieurs à valeur nationale de 27%. L'âge, le nombre d'enfants vivants, la situation

matrimoniale, la région et le milieu de résidence, le lien de parenté avec le chef de ménage, le niveau d'instruction et le niveau de vie ont une association significative ($p < 0,05$) avec les BNSPF. Alors que La religion ($p = 0,80$) et la profession ($p = 0,124$) n'en sont pas associées ($p > 0,05$).

Groupes de femmes à risque en matière de besoins non satisfaits en planification nationale

Tableau 3: Groupes spécifiques de femmes plus à risque des besoins non satisfaits en planification familiale (analyse multivariée selon la technique CHAID de l'arbre de décision)

Caractéristiques	Noeud		Réponse
	Efficatif N	Pourcentage (%)	
Femme ayant 3 à 5 enfants, ni épouse ni chef de ménage, vivant dans le Centre, Centre-est et au Nord	127	2	57,5
Femme ayant 0 à 2 enfants, célibataire ou en rupture d'union, vivant dans le Centre	111	1,7	55,9
Femme ayant 9 enfants et plus	231	3,6	55,8
Femme célibataire des régions Centre-nord et Sud-ouest, ayant 0 à 2 enfants	211	3,3	50,7
Femme ayant 6 à 8 enfants	836	13	38,5
Femme ayant 3 et 5 enfants, ni épouse ni chef de ménage, ni dans le Centre et Centre-est ni au Nord	311	4,9	35,4
Femme en ménage dans la région Centre ayant 0 à 2 enfants	104	1,6	34,6
Femme sans instruction et niveau primaire, vivant dans le Centre-ouest, Centre-est et Sud, ayant 0 à 2 enfants	909	14,2	32,2
Femmes épouse ou chef de ménage, autre que les très riches ayant 3 à 5 enfants	1374	21,4	32,1
Belle fille, fille ou petite fille, mère ou sœur ou autre lien vivant dans l'Ouest, Nord-est, Nord-ouest, ayant 0 à 2 enfant	369	5,8	27,6
Femme non célibataire, vivant dans le Centre-nord et Sud-ouest, mère d'au plus 2 enfants	410	6,4	26,6
Femme très riche, épouse ou chef de ménage, mère de 3 à 5 enfants	262	4,1	22,5
Femme de niveau secondaire et plus, vivant dans le Centre-ouest, Centre-est et Sud, ayant 0 à 2 enfants	458	7,1	21,2
Femme ayant 1 à 2 enfants vivant dans la région Nord	170	2,7	20

Femme épouse ou chef de ménage ou autre lien, vivant dans le Nord-est, Nord-ouest et Ouest, mère de 0 à 2 enfants	455	7,1	17,8
Femmes sans enfant de la région Nord	72	1,1	5,6

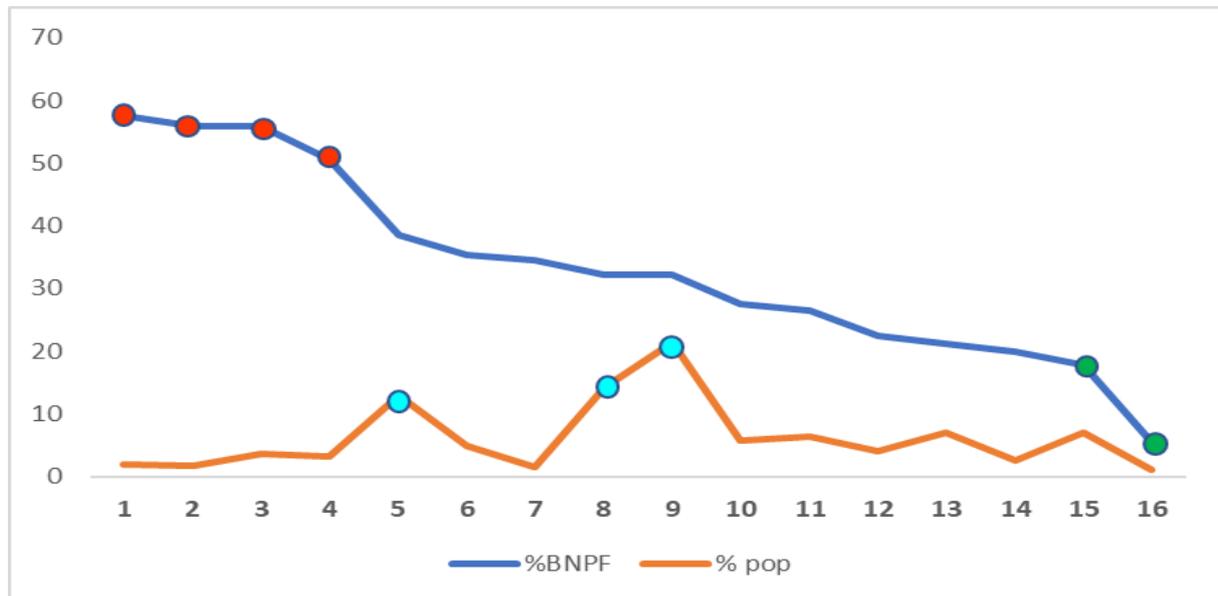


Figure 1: Groupes de femmes vulnérables en matière de besoins non satisfaits en planification familiale

Trois groupes de femmes sont à risque en matière de besoin non satisfait (BNS) en planification familiale, elles constituent les femmes les plus vulnérables de notre échantillon.

Groupe 1: Les femmes ayant une prévalence élevée en besoins non satisfaits en planification familiale de l'ordre de 50,7 à 57,5%.

Ces femmes ont plus de 50% de désir d'utilisation de la méthode contraceptive moderne non satisfait mais ne sont pas nombreuses. Elles ne représentent que 1,7 à 3,3% des femmes de la population d'étude. Les BNSPF dans ce groupe, sont plus exprimés chez les femmes qui vivent seules c'est-à-dire les femmes célibataires et les femmes en rupture d'union (femmes séparées, divorcées et veuves) avec deux à cinq enfants à charge dans les régions du Centre, Centre-est et Nord du pays que chez les femmes ayant neuf enfants et plus à charge quelque soit leur statut matrimonial et région d'habitation ainsi que chez celles des régions du Centre-nord et Sud-ouest, célibataires avec deux enfants au plus à charge.

Groupe 2: Les femmes ayant peu de besoins non satisfaits en planification familiale (32 à 38,5%)

Ces femmes ont seulement 32 à 38,5% de désir d'utilisation des méthodes contraceptives modernes non satisfait mais leur contribution en besoins non satisfaits équivaut à leur poids dans la population. Elles représentent 13 à 21,4% des femmes de la population d'étude. Ce groupe comprend les mères de 6 à 8 enfants (13% de l'échantillon avec 38,5% de BNSPF), les femmes sans instruction ou ayant le

niveau primaire d'instruction, vivant dans les régions du Centre-ouest, Centre-est et Sud, avec deux enfants au plus à charge (14,2% de l'échantillon avec 32,2% de BNSPF) enfin les femmes mariées ou chef de leur ménage, ayant 3 à 5 enfants à charge avec un niveau socio-économique relatif (21,4% de l'échantillon avec 32,1% de BNSPF).

Groupe 3: Les femmes ayant très peu de besoins non satisfaits (5,6 à 17,8%).

Ces femmes ont seulement 5,5% à 17,8% de désir d'utilisation des méthodes contraceptives modernes non satisfait et ne représentent que 1 à 7% de la population d'étude. Cependant, elles pourraient représenter la faiblesse du système. Elles sont responsables, socialement stables, mariées ou chefs de leur famille avec très peu d'enfants (au plus 2) et vivent dans les régions du Nord, Nord-est, Nord-ouest et Ouest du pays.

Discussion

Femmes ayant une prévalence élevée en besoin non satisfait en PF (50,7 à 57%)

Les besoins non satisfaits importants en planification familiale (50 à 58%) sont exprimés par une faible proportion de femmes (1,7 à 3,3%) de l'échantillon. Cette frange de la population porte le lourd fardeau en matière de BNSPF quand bien même leur effectif est minime dans la société. Il est opportun de développer une stratégie efficace de sensibilisation à l'utilisation des méthodes contraceptives, pour atteindre ce groupe de femmes.

Ces femmes sont en majorité célibataire or les femmes célibataires sont plus exposées aux risques de grossesses non désirées car elles vivent souvent dans des situations instables et d'insécurité sociale (Hall 2013).

De façon général, il n'est pas facile pour une femme de prendre en charge à elle seule l'éducation des enfants, subvenir à leur besoin et veiller à leur bien-être. Cette tâche, quand bien même, elle peut paraître aisée dans les grandes villes pour les femmes d'un certain niveau de vie, n'est du tout pas facile pour les femmes du monde rural. Notre échantillon de femmes vivant dans les régions du Centre, Centre-est et Nord du pays, Centre-nord et Sud-ouest sont pour la plupart du monde rural sans revenu conséquent pour prendre en charge efficacement plusieurs enfants. Ces femmes ayant une vie sexuelle active précoce, se retrouvent très vite avec un nombre important d'enfants à de jeunes âges. Aussi, leurs BNSFP s'expriment avec force en limitation ou espacement des naissances. En effet, ces femmes atteignent bien vite le nombre souhaité d'enfants vivants voire même au-delà de leur désir pour certaines.

Dans les travaux de Mouftaou AS (2011) au Bénin, les femmes seules étaient plus susceptibles que les femmes mariées à avoir un besoin non satisfait. Ce besoin était plus exprimé chez les célibataires de 15-24 ans et les non mariées (divorcées, veuves, séparées) de 35-49 ans. Les BNS exprimés en limitation étaient supérieurs à ceux exprimés en ajournement. Les femmes ayant eu six enfants ou plus étaient plus enclines à avoir des besoins non satisfaits élevés.

Les travaux de Mbakop TAC (2010) au Cameroun, ont noté que les besoins non satisfaits étaient plus importants en zone rurale qu'en zone urbaine, les régions du nord et du sud étant les plus exposées.

Adebowale SA (2014) a rapporté 55,5% de BNSPF chez les femmes rurales du centre du Burkina Faso.

Cependant, Tamo-Mbouyou ES et Fopa DTA (2012) ont montré que des besoins non satisfaits en augmentation avec la parité, étaient moins exprimés chez les femmes libres (célibataires, veuves, séparées) que chez celles en union du Burkina-Faso, Cameroun et la Côte d'Ivoire.

Les femmes veuves, divorcées ou séparées de la population d'étude de Ugal DB (2013) étaient plus susceptibles d'utiliser la contraception moderne.

Le groupe des femmes dont la contribution en besoins non satisfait en planification familiale est équivalente à leur poids dans la population (13 à 21%)

Les femmes de ce groupe bien qu'ayant exprimé des BNSPF moyens (32 à 38,5%), ont un important poids dans la société en termes de contribution en BNSPF (13 à 21,4%). Elles représentent une proportion considérable de femmes dans la population générale qu'il serait opportun de toucher par une sensibilisation spécifique.

Les femmes ayant six à huit enfants à charge, sont les moins nombreuses de ce groupe mais ont exprimé plus de BNSPF que les autres femmes. En effet, bien vrai que les enfants soient une riche en Afrique, leur prise en charge nécessite des moyens conséquents surtout si on veut en faire des personnes de valeur dans la société. Aussi, après un certain nombre d'enfants ou lorsque la fécondité désirée est atteinte, l'enthousiasme des maternités fait place aux dures réalités de leur devenir dans la société. Paradoxalement ce désir cher d'espacer ou limiter les naissances, est laissé aux seuls soins de la femme. Kabagenyi (2014) renchérit en faisant remarquer que la perception de la santé reproductive serait du domaine des femmes en raison des normes de genre et de communication de la planification familiale traditionnelle orientée vers les femmes. Pourtant, plusieurs études dont celle d'Adebowale SA (2014) ont conclu que la communication entre conjoints était positivement associée à l'utilisation de méthodes contraceptives.

Ndahindwa (2014) et Hall (2013) ont noté que les besoins non satisfaits en matière de contraception étaient responsables d'une fécondité élevée et de grossesses indésirées surtout chez les jeunes femmes célibataires.

Les femmes sans instruction ou ayant le niveau primaire d'instruction, vivant dans les régions du Centre-ouest, Centre-est et Sud sont pour la plupart du monde rural. Elles connaissent une vie sexuelle active précoce et sont confrontées à des grossesses non désirées étant encore célibataires. Elles sont souvent abandonnées par l'auteur de la grossesse et vivent avec leurs enfants sous le toit familial. Dans ces conditions, les parents peuvent tolérer plus de un à deux enfants. Ces femmes sont plus enclines aux BNSPF et avortements clandestins.

Les femmes célibataires, non scolarisées, mères de 6 enfants et plus, âgées de 15-24 ans et 35-49 ans étaient plus susceptibles au besoin non satisfait en PF au Bénin (Mouftaou 2011).

Ewerling F (2018) a trouvé une prévalence faible chez les femmes pauvres, plus jeunes, peu instruites et vivant en zones rurales.

Lakew (2013) a montré une variation socio-économique, urbaine-rurale et régionale très importante dans l'utilisation de la méthode contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréation. Selon lui, le niveau social, le niveau

d'instruction, une relation monogame et la sensibilisation par un agent de santé favorisent fortement l'utilisation de la méthode contraceptive moderne.

Les femmes du troisième sous-groupe sont plus nombreuses et représentent une part importante dans la population générale. Ces femmes sont relativement dans une situation socio-économique stable car elles peuvent s'assumer en tant qu'épouse ou conjointe ou chef de leur ménage. L'analyse bivariée a montré que les BNSPF se faisaient sentir à partir de la troisième parité alors que les femmes de ce sous-groupe ont trois à cinq enfants. Le désir d'espacement ou de limitation des naissances apparaît quand les personnes ont atteint le nombre d'enfants vivants souhaité, aussi, ces femmes autres que les très riches ne peuvent s'arroger le luxe de faire plus d'enfants vu le coût de leur prise en charge. Elles sont de surcroît constamment exposées au risque de grossesse non désirées vu leur statut social.

Selon Hall (2013), les femmes ayant eu quatre enfants vivants et plus étaient plus susceptibles d'avoir des grossesses non désirées.

Letamog et Navaneethamk (2014) ont noté des BNSPF chez les femmes mariées du Botswana aussi bien en espacement qu'en limitation des naissances. Ajong AB (2015) a constaté une prévalence globale de BNSPF chez les femmes en union de l'ordre de 20,4% dont 14,2% en espacement et 06,2% en limitation des naissances. Tandis que, 17,4% des femmes mariées de la population d'étude d'Ewnetu G (2015) avaient des besoins non satisfaits en planification familiale.

Ce groupe réunit la masse critique de femmes spécifiques à atteindre dans la population générale au cours des politiques de sensibilisation. Ces femmes sont confrontées à des problèmes d'accessibilité aux messages de sensibilisation car elles sont analphabètes pour la plupart et vivent en milieu rural. Il convient d'élaborer des messages de sensibilisation adaptés à la cible, accessibles en langues maternelles et véhiculés par les radios de proximité. Il serait judicieux d'aller leur porter les messages de sensibilisation dans leur milieu de résidence ou de produire des sketches avec la participation de talentueux humoristes locaux pour faire passer le message de planification familiale.

Le groupe de femme ayant très peu de besoins non satisfaits (5,6 à 17,8%).

Le sous-groupe de femmes ayant au plus, deux enfants à charge ont exprimé plus de BNSPF (17,8%) que celles qui n'ont pas encore de progéniture (5,6%). Mais, dans l'ensemble, ces BNSPF qui semblent faibles peuvent être importants en réalité du point de vue du contexte socio-culturel des

régions. En effet, il s'agit de femmes vivant en zone rurale pour la plupart et dans des régions à prédominance musulmane et polygame avec un indice de fécondité élevé (Zah 2010). La zone rurale est caractérisée par un contexte socio-culturel très prononcé avec le mariage précoce de la jeune fille. Les valeurs socio-culturelles et religieuses occupent une place de choix.

Zah BT (2010) a noté un modèle traditionnel de fécondité légitime élevée et stable chez les femmes rurales, non scolarisées et musulmanes en Côte d'Ivoire.

Kabagenyi (2014), a retenu comme une des raisons de la faible utilisation de la planification familiale, le fait que, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes conduirait les femmes à des relations sexuelles extra-conjugales selon la perception de la société traditionnelle.

Wafula W (2015) a ressorti dans son étude l'existence de régions à forts besoins non satisfaits et d'autres régions à faibles besoins non satisfaits. Il suggère de développer des stratégies qui s'attaqueraient aux barrières spécifiques que constituent la religion et la culture dans la PF moderne. Kotb MM (2011), Mulongo MP (2016) et Ntambue AM (2017) ont également incriminé la religion comme un obstacle majeur à la planification familiale moderne. Par contre, la religion n'était pas un obstacle à l'utilisation de la contraception moderne dans l'étude de Ugal DB (2013) au Nigeria et celle d'Adebowale SA (2014) au Burkina Faso.

Selon Tamo-Mbouyou ES (2012), les pesanteurs socio-culturelles annihilent les efforts déployés pour améliorer la prévalence contraceptive en Afrique subsaharienne.

Cependant, ces faibles BNSPF exprimés par les femmes de ce groupe pourraient représenter une faiblesse du système de santé en matière de la santé de reproduction et une faiblesse des stratégies de sensibilisation.

Face aux besoins non satisfaits considérables en limitation ou en espacement des femmes de ces trois groupes décrits, il paraît primordial de mener des actions stratégiques ciblant ces femmes qui portent le fardeau des BNSPF.

L'amélioration de l'efficacité des programmes de PF pourrait permettre d'autonomiser les femmes et adolescentes, d'améliorer le capital humain, réduire les taux de dépendance, réduire la mortalité maternelle et infantile et réaliser des dividendes démographiques dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Loubna 2015).

Conclusion

Il ressort de cette étude que les BNSPF sont particulièrement importants dans trois groupes

spécifiques de femmes à risques auprès desquels il serait opportun de développer des stratégies de sensibilisation et de communication adaptés afin de combler le gap d'utilisation des méthodes contraceptives.

Références bibliographiques

- Adebowale, S.A. and Palamuleni, M.E. (2014). "Determinants of Unmet Need for Modern Contraception and Reasons for Non-use among Married Women in Rural Areas of Burkina Faso." *African Population Studies* 28(1), 449-514.
- Ahovey E.C. (2002). "Besoins non satisfaits en planification familiale au sein du couple: caractéristiques socio-démographiques et cadre de vie au Bénin." Interregional seminar on reproductive health, unmet need and poverty: issues of access and quality of services. 25-29 novembre 2002 Bangkok, Thailand.
- Ajong, A.B., Njotang, P.N., Yakum, M.N., Essi, M.J., Essiben, F., Eko, F.E., Kenfack, B. and Mbu, E.R. (2015). "Determinants of unmet need for family planning among women in Urban Cameroon: a cross sectional survey in the Biyem-Assi Health District, Yaoundé." *BMC women's health* 16(1): 4.
- Akoto, E.M., Tambahe, B.O., Amouzou, A. and Djangone, A.M.R. (2002) "Besoins non satisfaits en planification familiale et transition contraceptive au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire." *African Population Studies/Étude de la Population Africaine* 17(1):19-45.
- Baccaini B. (1995) "Les contrastes géographiques des comportements de contraception." In: *Population*, 50^e année (2), 291-329.
http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1995_num_50_2_5944.
- Belaid, L., Dumont, A., Chaillet, N., Brouwere, V.D., Zertal, A., Hounton, S. and Ridde, V. (2015). "Protocol for a systematic review on the effect of demand generation interventions on uptake and use of modern contraceptives in LMIC." *Revue systématique* (4):124
<https://doi.org/10.1186/s13643-015-0102-7>.
- Blodgett, M., Weidert, K., Nieto-Andrade, B. and Prata N. (2018). "Do perceived contraception attitudes influence abortion stigma? Evidence from Luanda, Angola." *SSM - Population Health* (5), 38-47.
- Congo, Z. (2005). "Les facteurs de la contraception au Burkina Faso. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998/99." Groupe International De Partenaires Population - Santé. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 5.
- Dimassi, K., Douik, F., Douzi, M.A., Saidi, O. and Ben Romdhane H. (2016). "Social determinants of contraceptive use in Tunisia." *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. RESPE-903;7
<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2016.06.330>.
- Ewerling, F., Victora, C.G., Raj, A., Coll, C.V.N., Hellwig, F. and Barros, A.J.D. (2018). "Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind?" *Reproductive Health* (15):42.
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0483-x>.
- Ewnetu, G., Gedefaw, A. and Tadese, E. (2015). "Determinants of unmet need for family planning among currently married women in Dangila town administration, Awi Zone, Amhara regional state ; a cross sectional study." *Reprod Health* 12-42.
- Fassassi, R. (2001). "Les facteurs de la contraception en Côte d'Ivoire. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1994." Groupe International de Partenaires Population – Santé. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse N° 1
- Foumsou, L., Dangar, G.D., Choua, O., Damthéou, S., Gabkika, B.M., Tarda, O.M. and Njiki, R.D. (2017). "Problematic of Clandestine Induced Abortions in Three Maternity Hospitals of Chad." *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* (7), 937-943.
- Gastineau, B. and Rajaonarisoa, S. (2010) "Reproductive Health and Abortion in Antananarivo (Madagascar): Results of an Original Research." *African Journal of Reproductive Health* 14(3), 223-232.
- Gueye, A., Speizer, I.S., Corroon, M. and Okigbo, C.C. (2016). "Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale aux niveaux individuel et communautaire et pratique de la contraception moderne en Afrique urbaine." *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial pp.11-19, doi: 10.1363/FR01116.
- Kabagenyi, A., Jennings, L., Reid, A., Nalwadda, G., Ntozi, J. and Atuyambe, L. (2014). "Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda." *ReprodHealth*. 11(1), 21.
- Kabwe M.O. (2009). "La problématique du planning familial au quartier Kilobelobe dans la province duKatanga en RDC." Disponible sur <http://www.memoireonline.com>
- Kotb, M.M., Bakr, I., Ismail, N.A., Arafa, N. and El-Gewaily, M. (2011). "Women in Cairo, Egypt and their risk factors for unmet contraceptive need: acommunity-basedstudy." *J Fam Plann Reprod Health Care* 37(1), 26-31.

- Hall, J., Barrett, G., Mbwana, N., Copas, A. and Stephenson, J. (2013). "Understanding pregnancy planning in a low-income country setting: validation of the London measure of unplanned pregnancy in Malawi." *BMC pregnancy and childbirth* 13(1): 200.
- Lakew, Y., Reda, A.A., Tamene, H., Benedict S. and Deribe, K. (2013). "Geographical variation and factors influencing modern contraceptive use among married women in Ethiopia: evidence from a national population-based survey." *Reproductive health* 10(1): 52.
- Letamo, G. and Navaneetham, K. (2015). "Levels, trends and reasons for unmet need for family planning among married women in Botswana: a cross-sectional study." *BMJ open* 5(3): e006603.
- Matungulu, C.M., Ilunga S.K., Ntambue A.M., Musau A.N., Ilunga D.M., Katanga S.M., Ndayi J.K., Cowgill, K. and Malonga F.K. (2015) "Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo." *Pan African Medical Journal* (22):329 doi:10.11604/pamj.2015.22.329.6262
- Mbakop Tchoua, A.C. (2010). Facteurs explicatifs des besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes en union au Cameroun. Mémoire 131p.
- Mbarembara, P.M., Mumbilyia, E., Mututa, P.M. and Ndage, A.M. (2016). "Acceptability level of Family planning in Kadutu Health Zone in East of DR Congo." *International Journal of Innovation and Applied Studies; Rabat* 17(4), 1190-1197.
- Mouftaou, A.S. (2011). "Niveaux et tendances des besoins non satisfaits de planification familiale au Bénin: Facteurs explicatifs et changements dans le temps." *African Population Studies* 25(2), 381-401.
- Ndiaye, C.A., Delaunay, V., Adjamagbo, A. (2003). Connaissance et utilisation des méthodes de contraception dans les zones rurales de Sereer, Sénégal. *Sante (Montrouge, France)* 13(1):31-37.
- Ntambue, A.M., Tshiala, R.N., Malonga, F.K., Ilunga, T.M., Kamonayi, J.M., Kazadi, S.T., Matungulu, C.M., Musau, A.N., Mulamba, D., Dramaix-Wilmet, M. and Donnen P. (2017) "Use of modern contraceptive methods in the Democratic Republic of the Congo: prevalence and barriers in the health zone of Dibindi, Mbuji-Mayi." *Pan Afr Med J.* (26): 199.
- Ndahindwa, V., Kamanzi, C., Semakula, M., Abalikumwe, F., Hedt-Gauthier, B. and Thomson, D.R. (2014). "Determinants of fertility in Rwanda in the context of a fertility transition: a secondary analysis of the 2010 Demographic and Health Survey." *Reproductive health* 11(1): 87.
- Ochako, R., Mbondo, M., Aloo, S., Kaimenyi, S., Thompson, R., Temmerman, M. and Kays M. (2015) "Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitative study." *BMC Public Health* (15):118
- République de Côte d'Ivoire (2012). "Enquête Démographique et de Santé et Indicateurs Multiples 2011-2012. Rapport de synthèse."
- Salifou, K., Imorou, S.R., Vodouhe, M., Gounon, M. E., Hounkponou, F., Obossou A., Koukoui C., Perrin, R.X.E. and Alihonou E. (2018) "Factors Associated with the Use of Modern Contraceptive Methods by Women of Childbearing Age in Parakou in 2017." *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* (8) 521-530. doi: 10.4236/ojog.2018.85059.
- Schwartz, S., Papworth, E., Thiam-Niangoin, M., Abo, K., Drame, F., Diouf, D., Bamba, A., Ezouatchi, R., Tety, J., Grover, E.B.A. and Baral, S. (2015) "An Urgent Need for Integration of Family Planning Services Into HIV Care : The High Burden of Unplanned Pregnancy, Termination of Pregnancy, and Limited Contraception Use Among Female Sex Workers in Côte d'Ivoire." *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (68) p S91-S98. doi: 10.1097/QAI.0000000000000448.
- Tamo Mbouyou E.S. and Fopa D.T.A. (2014). "Planification familiale et besoins non satisfaits en Afrique Sub-saharienne: influences relatives des politiques et des changements démographiques." In *Urbanisation, Environnement et enjeux sanitaires en Afrique* (Eds Nguendo Yongsu HB & Mimche Honoré), Sarrebruck, Éditions Universitaires Européenne (EUE), 384 pages. ISBN-13: 978-3-8381-8447-0, ISBN-10: 3838184475. Available from: <https://www.morebooks.de/store/gb/book/urbanisation,-environnement,-et-enjeux-sanitaires-en-afrique/isbn/978-3-8381-8447-0>
- Traore, O., Kobiane, J.F. and Zoungrana, T. (2006). "Contribution de l'UNFPA dans la promotion de la Santé de la Reproduction, y compris la Planification Familiale (PF) au Burkina Faso." *Rapport de stage*, 79p. Disponible sur www.issp.bf:8088/isspbase/Formats_electroniques/Traore_Ousmane_MI.pdf.
- Tumlinson, K., Pence, B.W. and Curtis, S.L. (2015) "Quality of Care and Contraceptive Use in Urban Kenya." *Int Perspect Sex Reprod Health* 41(2), 69-79.
- Ugal, D.B. and Ushie, B.A. (2013). "Contraceptive use among women in Ogoja and Obudu Local Government Areas, Cross River State, Nigeria." *African Population Studies* 27(2):155-163.

- Wafula, S.W. (2015). "Regional differences in unmet need for contraception in Kenya: insights from survey data." *BMC women's health* 15(1): 86.
- Vroh, J.B.B., Tiembre, I., Attoh-Touré, H., Kouadio, D.E., Kouakou, L., Coulibaly, L., Kouakou, H.A. and Tagliante-Saracino J. (2012). "Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire." *Santé Publique /HS* (24), 67-76.
- Westoff, C.F. and Ochoa, L.H. (1991). "Unmet need and the demand for family planning." Columbia, Maryland, Institut pour le développement des ressources / Macro International 37 p. (Études

comparatives des enquêtes démographiques et sanitaires n°5).

- Zah, B.T. (2010) "Variations socio-économiques de la fécondité en Côte d'Ivoire: quels groupes ont commencé à réguler leurs naissances?" *Cahiers québécois de démographie* 39(1), 115–143. doi:10.7202/045058ar.

NB: Tous les auteurs mentionnés dans cet article ont effectivement contribué à la production de ce travail que nous soumettons et le contenu du manuscrit n'a jamais été publié.