

Les modes de régulation de la reproduction humaine

Incidences sur la fécondité et la santé

Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Niveaux et tendances de la contraception dans les pays en développement

Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé

Bernard BARRERE et Mohamed AYAD

Institute for Resource Development, Columbia, Etats-Unis

Au cours des vingt dernières années, les enquêtes démographiques menées dans un grand nombre de pays en développement ont mis en évidence, à la fois, une baisse de la fécondité et une augmentation de l'utilisation de la contraception. Les principales sources d'informations sur la planification familiale qui ont révélé ces tendances, sont les enquêtes rétrospectives menées dans le cadre de programmes internationaux, en particulier l'Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF) de 1972 à 1984, les Enquêtes sur la Prévalence Contraceptive (EPC) de 1979 à 1984 et les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1984 à nos jours.

L'objet de cette communication est de présenter les principaux résultats des enquêtes EDS concernant la régulation de la fécondité dans 26 pays en développement. Cette présentation sera axée autour de trois thèmes principaux : la connaissance des méthodes contraceptives, l'utilisation de la contraception et son lien avec la fécondité et, enfin, les préférences en fécondité et les besoins en planification familiale. Afin de mettre en évidence les tendances, certains des résultats des enquêtes EMF et EPC, antérieures aux enquêtes EDS, seront également présentés.

I - Collecte des données

Le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), initié en 1984, est la source d'informations la plus récente sur la planification familiale à travers le monde. Deux des huit sections du questionnaire EDS (Institute for Resource Development, 1987) sont consacrées à la contraception et aux préférences en matière de fécondité.

1) *Les méthodes contraceptives*

Le questionnaire EDS comprend une liste de neuf méthodes contraceptives spécifiques (pilule, DIU, injection, méthodes vaginales, préservatif, stérilisation féminine, stérilisation masculine, continence périodique et retrait), plus une catégorie « autres méthodes ». Cette liste standard comprend les méthodes connues ou utilisées dans la plupart des pays ; cependant les organismes nationaux qui réalisent des enquêtes EDS ont été encouragés à ajouter à cette liste toutes les autres méthodes courantes dans leur pays.

Plus de la moitié des pays concernés ont ajouté, au moins, une méthode spécifique à la liste standard, essentiellement le Norplant (5 pays) et l'abstinence prolongée (7 pays). Pour les besoins de l'analyse, les méthodes contraceptives sont classées en deux groupes : les méthodes dites modernes dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement (pilule, DIU, injection, méthodes vaginales, préservatif, stérilisations féminine et masculine) et les méthodes dites traditionnelles (continence périodique, retrait et toutes les autres méthodes populaires, spécifiques à chaque pays).

2) Population de base

Dans la plupart des pays, les enquêtes EDS s'adressent à l'ensemble des femmes en âge de procréer. Cependant, en ce qui concerne la connaissance et l'utilisation de la contraception, les statistiques les plus souvent utilisées portent sur les femmes actuellement mariées, population cible des programmes de planification familiale. Les données présentées ici concernent donc les femmes actuellement mariées. Sont considérées comme actuellement « mariées », toutes les femmes ayant déclaré au cours de l'enquête qu'elles étaient mariées ou qu'elles vivaient avec un partenaire.

II - Connaissance de la contraception

Lors des enquêtes EDS, on demande d'abord à chaque femme enquêtée si elle a entendu parler de méthodes permettant de retarder ou de prévenir une conception. Si la réponse est positive, on demande alors à l'enquêtée de citer les méthodes qu'elle connaît. Chaque méthode citée est alors considérée comme connue « spontanément ». Après avoir enregistré toutes les méthodes mentionnées par l'enquêtée, on lui décrit successivement chacune des méthodes non citées. Toute méthode reconnue de cette manière est considérée comme étant « connue après description ». Les données présentées dans ce qui suit concernent la connaissance en général, c'est-à-dire l'identification d'une méthode que ce soit de façon spontanée ou après description.

Dans presque tous les pays enquêtés, comme le montre le tableau 1, la majorité des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive et, le plus souvent, une méthode moderne. Les méthodes les plus connues sont la pilule et la stérilisation féminine, suivies des injections et du DIU. Parmi les méthodes modernes, les moins connues sont la stérilisation masculine et les méthodes vaginales. Le condom est également assez peu connu en Afrique subsaharienne, il n'est en effet connu par plus de 50 % des femmes actuellement mariées qu'au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe (Rutemberg, Ayad, Ochoa, Wilkinson, 1991).

La connaissance de plusieurs méthodes contraceptives est généralement un préalable à la prise de décision de pratiquer la contraception ainsi qu'à l'utilisation continue d'une méthode. Il apparaît au tableau 2 qu'au moins 50 % des femmes d'Amérique latine (mis à part la Bolivie), d'Asie et d'Afrique du Nord (mis à part le Soudan) connaissent au moins cinq méthodes contraceptives. Par contre, à l'exception du Botswana, du Kenya et du Zimbabwe, la connaissance d'une large gamme de méthodes fait défaut en Afrique subsaharienne. Les mêmes observations s'appliquent également aux seules méthodes modernes.

TABLEAU 1 - NOMBRE DE PAYS DE CHAQUE REGION DANS LESQUELS PLUS DE 50 % DES FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION CONNAISSENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SPECIFIQUE, EDS 1986-1990

Méthode	Afrique sub-saharienne (N = 10)	Afrique du Nord (N = 4)	Asie (N = 3)	Amérique latine / Caraïbes* (N = 9)	Total (N = 26)
Pilule	7	4	3	9	23
Stérilisation féminine	7	3	3	9	22
Injection	5	3	3	7	18
DIU	3	3	3	8	17
Condom	3	2	3	7	15
Contenance périodique	2	2	1	7	12
Méthodes vaginales	1	1	0	5	7
Retrait	1	1	0	5	7
Stérilisation masculine	0	0	2	4	6
Autres	2	3	0	0	5

* Les données du Brésil et du Guatemala concernent les femmes de 15-44 ans.

III - Utilisation de la contraception

Les enquêtes EDS fournissent des informations sur l'utilisation actuelle (au moment de l'enquête) de la contraception.

1) Taux de prévalence contraceptive⁽¹⁾

Si l'utilisation de la contraception a atteint un niveau relativement élevé dans de nombreux pays en développement (voir tableau 3), la pratique de la planification familiale reste encore très marginale dans certaines régions, spécialement en Afrique subsaharienne : le taux de prévalence contraceptive s'élève à 65 % ou plus au Brésil, en Colombie et en Thaïlande mais n'atteint pas 5 % au Mali et en Ouganda. En Amérique latine (à l'exception du Guatemala), en Asie et en Afrique du Nord (à l'exception du Soudan) la prévalence contraceptive est toujours supérieure à 30 % ; ce qui n'est le cas que de trois pays d'Afrique subsaharienne, le Botswana, le Togo et le Zimbabwe. Dans six pays de cette région sur dix ainsi qu'au Soudan, en Afrique du Nord, la prévalence contraceptive est inférieure à 15 %.

Si l'on se limite à la contraception moderne, le taux de prévalence est inférieur à 6 % dans sept des dix pays d'Afrique subsaharienne. Par contre, dans dix des seize pays des trois autres régions, le taux de prévalence contraceptive moderne atteint un niveau supérieur à 40 %. Dans les pays où la prévalence totale dépasse 30 %, les méthodes modernes sont toujours plus utilisées que les méthodes traditionnelles, sauf au Pérou où les 46 % de femmes utilisatrices se partagent également entre les méthodes modernes et traditionnelles, et au Togo et en Bolivie où les méthodes traditionnelles sont les plus usitées.

(1) « Le taux de prévalence contraceptive » est la proportion de femmes mariées, en âge de reproduction, utilisant actuellement la contraception.

TABLEAU 2 - POURCENTAGES DE FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION QUI CONNAISSENT DEUX METHODES CONTRACEPTIVES OU PLUS ET CINQ METHODES CONTRACEPTIVES OU PLUS (METHODES MODERNES ET ENSEMBLE DES METHODES), EDS 1986-1990

Pays	Méthodes modernes		Ensemble des méthodes	
	% qui connaissent 2 méthodes ou plus	% qui connaissent 5 méthodes ou plus	% qui connaissent 2 méthodes ou plus	% qui connaissent 5 méthodes ou plus
Afrique subsaharienne				
Botswana	93	72	93	77
Burundi	46	8	64	23
Ghana	67	34	70	44
Kenya	87	50	88	60
Liberia	53	17	55	23
Mali	21	6	26	12
Ouganda	64	17	71	34
Sénégal	50	14	68	30
Togo	69	29	82	54
Zimbabwe	90	43	95	69
Afrique du Nord				
Egypte	94	42	95	56
Maroc	90	44	92	65
Soudan	56	17	58	30
Tunisie	97	68	98	85
Asie				
Indonésie	88	52	89	56
Sri Lanka	98	82	98	86
Thaïlande	99	95	99	95
Amérique latine / Caraïbes				
Bolivie	58	28	64	39
Brésil *	98	66	99	83
Colombie	99	85	99	91
Equateur	86	58	86	65
Guatemala *	63	37	63	42
Mexique	91	76	91	81
Pérou	80	54	84	67
République Dominicaine	98	84	98	88
Trinité-et-Tobago	98	88	98	92

* Femmes de 15-44 ans.

TABLEAU 3 - REPARTITION DES FEMMES DE 15-49 ANS, EN UNION, SELON LA METHODE UTILISEE ACTUELLEMENT, EDS 1986-1990

Pays	Utilisatrices							Non utilisatrices	Total
	Ensemble des méthodes	Méthodes modernes					Ensemble méthodes traditionnelles		
		Ensemble	Pilule	DIU	Condom	Stéril. féminine			
Afrique subsaharienne									
Botswana	33,0	31,7	14,8	5,6	1,3	4,3	1,3	67,0	100,0
Burundi	8,7	1,2	0,2	0,3	0,1	0,1	7,5	91,3	100,0
Ghana	12,9	5,2	1,8	0,5	0,3	1,0	7,7	87,1	100,0
Kenya	26,9	17,9	5,2	3,7	0,5	4,7	9,0	73,1	100,0
Liberia	6,4	5,5	3,3	0,6	0,0	1,1	0,9	93,6	100,0
Mali	4,7	1,3	0,9	0,1	0,0	0,1	3,4	95,3	100,0
Ouganda	4,9	2,5	1,1	0,2	0,0	0,8	2,4	95,1	100,0
Sénégal	11,3	2,4	1,2	0,7	0,1	0,2	8,9	88,7	100,0
Togo	33,9	3,1	0,4	0,8	0,4	0,6	30,8	66,1	100,0
Zimbabwe	43,1	36,1	31,0	1,1	1,2	2,3	7,0	56,9	100,0
Afrique du Nord									
Egypte	37,8	35,5	15,3	15,8	2,4	1,5	2,4	62,2	100,0
Maroc	35,8	28,9	22,9	2,9	0,5	2,2	6,9	64,1	100,0
Soudan	8,7	5,5	3,9	0,7	0,1	0,8	3,1	91,3	100,0
Tunisie	49,8	40,4	8,8	17,0	1,3	11,5	9,4	50,2	100,0
Asie									
Indonésie	47,7	43,9	16,1	13,2	1,6	3,1	3,8	52,2	100,0
Sri Lanka	61,7	40,6	4,1	2,1	1,9	24,9	21,1	38,3	100,0
Thaïlande	65,5	63,6	18,6	6,9	1,1	22,8	1,8	34,5	100,0
Amérique latine / Caraïbes									
Bolivie	30,3	12,2	1,9	4,8	0,3	4,4	18,0	69,7	100,0
Brésil *	66,2	56,5	25,2	1,0	1,7	26,8	9,7	33,8	100,0
Colombie	64,8	52,4	16,4	11,0	1,7	18,3	12,3	35,2	100,0
Equateur	44,3	35,8	8,5	9,8	0,6	14,9	8,5	55,7	100,0
Guatemala *	23,2	19,0	3,9	1,8	1,2	10,3	4,2	76,8	100,0
Mexique	52,7	44,6	9,8	10,2	1,9	18,7	8,1	47,3	100,0
Pérou	45,8	23,0	6,5	7,3	0,7	6,1	22,7	54,2	100,0
République Dominicaine	49,8	46,5	8,8	3,0	1,4	32,9	3,3	50,2	100,0
Trinité-et-Tobago	52,7	44,4	14,0	4,4	11,8	8,2	8,3	47,3	100,0

* Femmes de 15-49 ans.

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, ainsi qu'au Maroc et au Soudan, la pilule est le moyen contraceptif moderne largement dominant. Par contre, la stérilisation féminine est la méthode la plus utilisée dans les pays à forte prévalence contraceptive : elle vient en tête en Amérique latine (six pays sur neuf) et en Asie (deux pays sur trois). Le DIU occupe la troisième place : c'est la méthode moderne la plus utilisée dans deux pays d'Afrique du Nord, deux pays d'Amérique latine et un pays subsaharien (Rutemberg, Ayad, Ochoa, Wilkinson, 1991).

2) Tendances de l'utilisation de la contraception

Le tableau 4 donne les taux de prévalence contraceptive de 20 pays selon les enquêtes EDS et les enquêtes antérieures des programmes EMF et EPC (Rutemberg, Ryad, 1991 ; Anderson, Cleland, 1984). Ces données permettent d'analyser l'évolution de la pratique contraceptive au cours des dix dernières années.

L'utilisation de méthodes contraceptives en particulier modernes, a enregistré une augmentation importante dans la plupart des pays étudiés. Dans 13 pays, le recours aux méthodes traditionnelles a légèrement augmenté et, dans les sept pays où elle a diminué, cette diminution s'est faite au profit des méthodes modernes. En général, les proportions d'utilisatrices de la contraception ont surtout augmenté en Afrique du Nord et en Asie. En Amérique latine, où la prévalence était déjà élevée, l'augmentation a été, en général, plus modeste. En Afrique subsaharienne, seuls le Kenya et le Sénégal ont connu, ces dernières années, une hausse importante de la pratique contraceptive qui reste, néanmoins, à un niveau relativement faible.

Dans les trois pays d'Asie, l'utilisation de la contraception moderne a connu une augmentation spectaculaire, la prévalence ayant plus que doublé en Indonésie et au Sri Lanka. Parmi les quatre pays d'Afrique du Nord, la proportion de femmes utilisatrices des méthodes modernes a augmenté fortement en Egypte (56 %), au Maroc (76 %) et en Tunisie (63 %) ; par contre, au Soudan, malgré une nette augmentation, le niveau d'utilisation des méthodes modernes reste encore très faible (5,5 % en 1989-90, contre 3,9 % en 1978-79). A l'exception de Trinité-et-Tobago où le niveau d'utilisation est resté pratiquement inchangé, tous les pays d'Amérique latine ont connu une hausse très nette du recours à la contraception moderne. En Afrique subsaharienne, au cours des dernières années, la pratique de la contraception moderne a atteint des niveaux relativement élevés au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe. Au Ghana et au Sénégal la pratique contraceptive reste encore très faible même si l'utilisation des méthodes modernes a fortement augmenté.

3) Corrélation fécondité-contraception

Le graphique 1 met en évidence, pour les 26 pays étudiés, la corrélation bien connue entre le niveau de la pratique contraceptive et celui de fécondité, exprimé par l'indice synthétique de fécondité (ISF) pour les cinq années précédant l'enquête. Prévalence contraceptive et fécondité sont fortement corrélées ($R^2 = 0,81$), une augmentation de 15 % de la prévalence se traduisant par une baisse de fécondité d'une naissance par femme. Deux groupes de pays apparaissent nettement sur le graphique : la majorité des pays d'Amérique latine et d'Asie se concentrent dans la partie inférieure droite correspondant à une faible fécondité et à une forte prévalence, la majorité des pays d'Afrique subsaharienne se regroupent dans la partie supérieure gauche correspondant à une forte fécondité et à une faible prévalence.

TABLEAU 4 - EVOLUTION DE LA PREVALENCE CONTRACEPTIVE CHEZ LES FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION A PARTIR DES RESULTATS DE L'ENQUETE MONDIALE SUR LA FECONDITE (EMF), DES ENQUETES SUR LA PREVALENCE CONTRACEPTIVE (EPC) ET DES ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE (EDS)

Pays	Année	Source	Pourcentages de femmes utilisant actuellement une méthode contraceptive		
			Toutes méthodes	Méthodes tradition.	Méthodes modernes
Afrique subsaharienne					
Botswana *	1984	EPC	27,8	9,2	18,6
	1988	EDS	33,0	1,3	31,7
Ghana	1979-80	EMF	9,5	6,2	3,3
	1988	EDS	12,9	7,7	5,2
Kenya *	1977-78	EMF	7,0	2,7	4,3
	1988	EDS	26,9	9,0	17,9
Sénégal *	1978	EMF	3,9	3,3	0,6
	1986	EDS	11,3	9,0	2,4
Zimbabwe	1984	EPC	38,4	11,8	26,6
	1988	EDS	43,1	7,0	36,1
Afrique du Nord					
Egypte	1980	EMF	24,1	1,4	22,7
	1988	EDS	37,8	2,4	35,4
Maroc *	1979-80	EMF	19,4	3,0	16,4
	1987	EDS	35,8	6,9	28,9
Soudan	1978-79	EMF	4,6	0,7	3,9
	1989-90	EDS	8,7	3,1	5,5
Tunisie	1978	EMF	31,4	6,6	24,8
	1988	EDS	49,8	9,4	40,4
Asie					
Indonésie	1976	EMF	26,3	3,4	22,9
	1987	EDS	50,9	2,8	48,1
Sri Lanka	1975	EMF	34,4	14,2	20,2
	1987	EDS	61,7	21,1	40,6
Thaïlande	1975	EMF	36,7	2,8	33,9
	1987	EDS	65,5	1,9	63,6
Amérique latine / Caraïbes					
Bolivie	1983	EPC	23,6	13,7	9,9
	1989	EDS	30,3	18,1	12,2
Colombie	1976	EMF	43,0	13,0	30,0
	1986	EDS	64,8	12,3	52,5
Equateur	1979	EMF	35,0	8,0	27,0
	1987	EDS	44,3	8,4	35,8
Guatemala **	1978	EPC	18,0	4,0	14,0
	1987	EDS	23,2	4,1	19,1
Mexique	1976	EMF	30,2	7,1	23,1
	1987	EDS	52,7	7,7	44,6
Pérou	1977-78	EMF	31,0	20,0	11,0
	1986	EDS	45,8	22,8	23,0
République Dominicaine	1975	EMF	33,0	6,0	27,0
	1986	EDS	47,8	3,3	44,5
Trinité-et-Tobago	1977	EMF	52,0	7,1	44,9
	1987	EDS	52,7	8,3	44,4

* Y compris l'abstinence prolongée.

** Femmes de 15-44 ans.

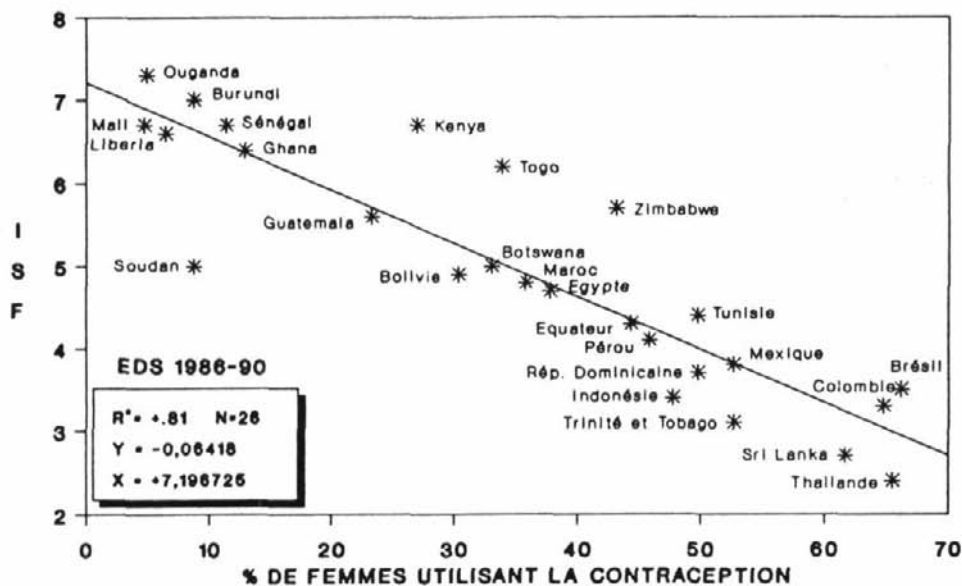
Le graphique 2 présente également les niveaux de prévalence contraceptive en fonction des niveaux de fécondité, à différentes dates, selon les résultats des enquêtes EDS et d'enquêtes antérieures, EPC ou EMF (Arnold, Blanc, 1990). Pour les 15 pays étudiés, l'écart entre enquêtes varie de 4 à 11 années. Les tendances qui apparaissent pour chaque pays confirment la corrélation mise en évidence par le graphique 1, à savoir que la baisse de la fécondité a été conjointe à une augmentation de la contraception. Seul le Sri Lanka qui, en 1975, lors de l'EMF, avait déjà atteint un faible niveau de fécondité (ISF de 3,4) a connu une baisse de fécondité relativement modeste (de 3,4 à 2,6 enfants par femme) malgré une forte augmentation de la prévalence (de 34,4 % à 61,7 %). A l'inverse trois pays, le Zimbabwe, le Botswana et le Soudan ont connu de fortes baisses de fécondité (1 enfant ou plus), malgré des augmentations de prévalence relativement modestes (moins de 6 points de pourcentage).

IV - Préférences en matière de fécondité et besoins non-satisfaits en contraception

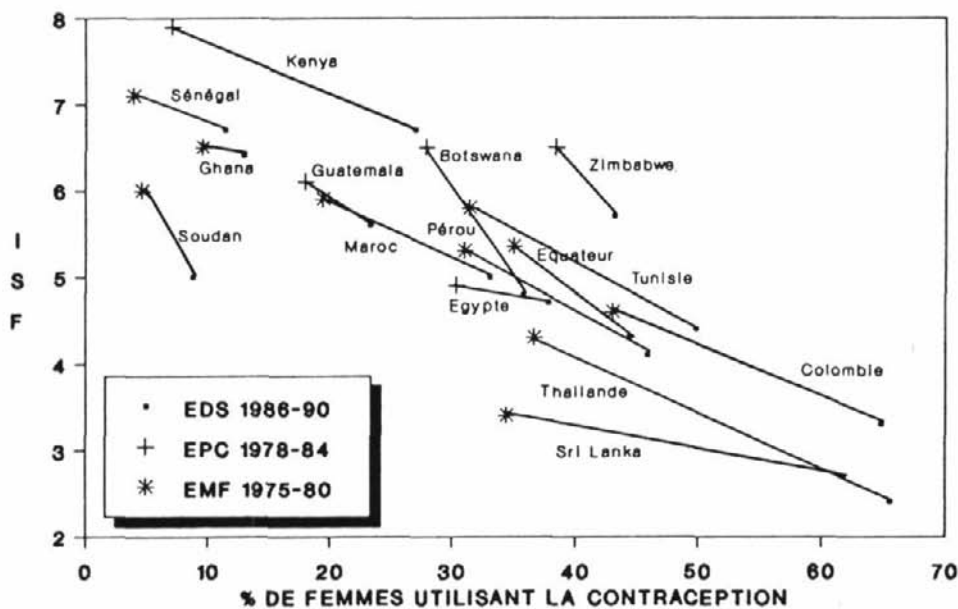
1) Préférences en matière de fécondité

A partir des réponses données par les enquêtées sur leurs préférences en matière de fécondité, les taux de fécondité observés ont été corrigés en éliminant les naissances des femmes dont le nombre d'enfants survivants dépasse la dimension de la famille désirée. L'indicateur tiré de ces taux corrigés, appelé « indice synthétique de fécondité désirée » (ISFD) exprime la fécondité qui résulterait de l'exacte réalisation du nombre d'enfant désiré (Westoff, 1991) est présenté au tableau 5. Si dans chaque pays, la fécondité désirée est inférieure à la fécondité observée, les écarts varient cependant beaucoup selon les régions. Dans les pays d'Afrique du Nord (mis à part le Soudan) et d'Amérique latine (mis à part le Guatemala), la fécondité désirée est, en moyenne, inférieure d'un tiers à la fécondité observée, ce qui laisse présager la poursuite d'une baisse importante de la fécondité dans ces régions. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, bien que l'ISFD soit inférieur d'à peu près un enfant à l'ISF (sauf au Liberia et au Mali), les femmes continuent à souhaiter un nombre d'enfants relativement élevé et, si une baisse de la fécondité est prévisible, elle restera limitée. En Asie, la fécondité désirée n'est que peu différente de la fécondité observée qui a déjà atteint des niveaux très faibles.

La comparaison des indicateurs de fécondité obtenus lors des enquêtes EDS et de l'EMF (voir tableau 5) met en évidence des baisses importantes aussi bien de l'ISF que de l'ISFD (Lightbourne, 1987). Cependant, dans la plupart des pays, l'ISFD a diminué de façon beaucoup plus importante que l'ISF ce qui signifie que, malgré la baisse de fécondité réalisée, les femmes n'arrivent toujours pas à atteindre leurs objectifs en matière de procréation, et que les besoins en matière de contraception dépassent largement son utilisation actuelle.



Graphique 1 - Relation entre pratique contraceptive et indice synthétique de fécondité



Graphique 2 - Relation entre pratique contraceptive et indice synthétique de fécondité, 1978-1990

TABLEAU 5 - EVOLUTION DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF) ET DE L'INDICE DE FECONDITE DESIREE (ISFD) A PARTIR DES RESULTATS DE L'ENQUETE MONDIALE SUR LA FECONDITE (EMF) ET DES ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE (EDS)

Pays	Année	Source	ISF*	ISFD*	% de baisse	
					ISF	ISFD
Afrique subsaharienne						
Botswana	1988	EDS	5,0	4,1		
Burundi	1987	EDS	6,7	5,7		
Ghana	1979-80	EMF	6,1	6,0		
	1988	EDS	6,4	5,3	+5	12
Kenya	1977-78	EMF	7,9	7,6		
	1988-89	EDS	6,4	4,5	19	41
Liberia	1986	EDS	6,9	6,3		
Mali	1987	EDS	7,6	7,1		
Ouganda	1988-89	EDS	7,5	6,5		
Sénégal	1978	EMF	7,1	6,9		
	1986	EDS	6,6	5,6	7	26
Togo	1988	EDS	6,6	5,1		
Zimbabwe	1988	EDS	5,2	4,3		
Afrique du Nord						
Egypte	1980	EMF	5,0	3,6		
	1988-89	EDS	4,4	2,8	12	22
Maroc	1979-80	EMF	5,5	4,4		
	1987	EDS	4,6	3,3	16	25
Soudan	1978-79	EMF	5,6	5,0		
	1989-90	EDS	4,6	4,2	18	16
Tunisie	1978	EMF	5,5	4,1		
	1988	EDS	4,1	2,9	25	29
Asie						
Indonésie	1976	EMF	4,3	4,0		
	1987	EDS	2,9	2,4	32	40
Sri Lanka	1975	EMF	3,4	2,9		
	1987	EDS	2,6	2,2	23	24
Thaïlande	1975	EMF	4,3	3,2		
	1987	EDS	2,2	1,8	49	44
Amérique Latine / Caraïbes						
Bolivie	1989	EDS	5,1	2,8		
Brésil	1986	EDS	3,3	2,2		
Colombie	1976	EMF	4,6	3,4		
	1986	EDS	3,1	2,1	33	38
Equateur	1979	EMF	5,2	4,1		
	1987	EDS	4,3	2,9	17	29
Guatemala	1987	EDS	5,5	4,5		
Mexique	1976	EMF	5,7	4,5		
	1987	EDS	4,0	2,9	30	38
Pérou	1977-78	EMF	5,3	3,5		
	1986	EDS	4,0	2,3	26	34
Rép. Dominicaine	1975	EMF	5,2	3,8		
	1986	EDS	3,6	2,6	31	32
Trinité-et-Tobago	1977	EMF	3,2	2,5		
	1987	EDS	3,0	2,2	6	12

* L'indice synthétique de fécondité est basé sur la période 1-24 mois précédant l'enquête et l'indice synthétique de fécondité désirée est calculé en éliminant les naissances (au cours des deux années précédant l'enquête) des femmes dont le nombre actuel d'enfants survivants dépasse le nombre total désiré.

2) Besoins non-satisfaits en matière de contraception

Le tableau 6 présente la demande totale en matière de contraception et ses composantes. La demande totale est évaluée à partir de l'utilisation actuelle, des besoins non-satisfaits et de l'échec d'utilisation des méthodes qui n'intervient que pour une très faible part. Les femmes ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception sont celles qui n'utilisent pas une méthode anti-conceptionnelle et ne veulent plus d'enfants ou veulent retarder la prochaine naissance. Elles comprennent également les femmes actuellement enceintes ou en aménorrhée (Westoff, Ochoa, 1991). Au tableau 6, l'utilisation, les besoins non-satisfaits et la demande totale sont réparties selon l'objectif recherché : espacement ou limitation des naissances.

Que ce soit au niveau de l'utilisation actuelle ou de la demande totale, il apparaît très nettement qu'en Asie, en Afrique du Nord (sauf au Soudan) et en Amérique latine, l'objectif principal de la contraception est la limitation des naissances, alors qu'en Afrique subsaharienne la contraception vise essentiellement l'espacement. Au niveau des besoins non-satisfaits, il s'agit là encore de besoins non-satisfaits pour espacer, en Afrique subsaharienne, et pour limiter, en Amérique du Sud. En Afrique du Nord, les besoins pour espacer et pour limiter sont beaucoup plus équilibrés, et en Asie, où la prévalence contraceptive est déjà très élevée, les besoins non-satisfaits le sont plutôt en matière d'espacement. Dans tous les pays d'Afrique du Nord, d'Asie et d'Amérique latine sauf au Soudan et au Guatemala, la demande de contraception concerne au moins 60 % des femmes (de 60,8 % au Maroc à 81,1 % au Brésil) et dans la grande majorité de ces pays, la demande est satisfaite à plus de 55 %. A l'opposé, en Afrique subsaharienne, mis à part au Botswana, au Kenya, au Zimbabwe et au Togo où elle dépasse 50 %, la demande de contraception concerne moins d'une femme sur deux et la demande n'est satisfaite que dans un cas sur quatre.

Conclusion

Le rapprochement des résultats de l'EMF et des enquêtes EPC et EDS a permis de mettre en évidence, dans la plupart des pays en développement, une nette baisse de la fécondité en relation avec l'augmentation de la contraception. Néanmoins, dans la majorité des pays, la fécondité du moment reste largement supérieure à la fécondité désirée et les besoins en matière de planification familiale ne sont que partiellement satisfaits.

Les pays d'Afrique subsaharienne sont ceux où la situation a le moins évolué. La connaissance des méthodes contraceptives modernes y reste relativement faible, en particulier celle du condom, qui n'est pas seulement une méthode contraceptive, mais aussi une méthode de prévention des maladies sexuellement transmissibles et tout particulièrement du SIDA.

Bien que ces dernières années, une amorce de baisse de la fécondité soit perceptible en Afrique subsaharienne et que les femmes souhaitent moins d'enfants qu'elles n'en ont, la fécondité reste élevée et la prévalence contraceptive faible. Cette situation qui s'explique, en partie, par le fait que la demande de contraception, exprimée essentiellement pour l'espacement des naissances, n'est que très peu satisfaite, met en évidence l'ampleur des efforts à fournir, à court et moyen terme, par les responsables des programmes de planification familiale dans cette région du monde.

TABLEAU 6 - DEMANDE EN MATIERE DE CONTRACEPTION DES FEMMES DE 15-49 ANS EN UNION ET SES COMPOSANTES, EDS 1986-1990

Pays	Demande de contraception*			Besoins non-satisfaits			Utilisation actuelle			% de demandes satisfaites
	% femmes concernées	% de la demande		% femmes concernées	% des besoins pour		% d'utili- satrices	% d'utilisation pour		
		espacer	limiter		espacer	limiter		espacer	limiter	
Afrique subsaharienne										
Botswana	61,6	63	37	26,9	72	28	33,0	54	46	53,6
Burundi	33,8	70	30	25,1	71	29	8,7	67	33	25,8
Ghana	48,1	71	29	35,2	74	26	12,9	62	38	26,8
Kenya	64,9	48	52	38,0	59	41	26,9	32	68	41,5
Libéria	39,3	60	40	32,8	60	40	6,4	55	45	16,4
Mali	27,6	77	23	22,9	75	25	4,7	85	15	17,0
Togo	52,2	70	30	40,1	71	29	12,1	66	34	23,2
Ouganda	32,1	69	31	27,2	73	27	4,9	43	57	15,2
Zimbabwe	64,8	58	42	21,7	47	53	43,1	64	36	66,5
Afrique du Nord										
Egypte	64,8	25	75	25,2	40	60	37,8	16	84	58,4
Maroc	60,8	43	57	22,1	57	43	35,9	35	65	59,1
Soudan	37,6	55	45	28,9	54	46	8,7	58	42	23,0
Tunisie	71,1	35	65	19,7	54	46	49,8	27	73	70,0
Asie										
Indonésie	64,7	44	56	16,0	63	37	47,8	37	63	73,8
Sri Lanka	75,9	28	72	12,3	59	41	61,7	21	79	81,3
Thaïlande	77,1	28	72	11,1	50	50	65,5	24	76	85,0
Am. Latine / Caraïbes										
Bolivie	69,8	25	75	35,7	27	73	30,3	21	79	43,4
Brazil **	81,1	30	70	12,8	37	63	66,2	27	73	81,6
Colombie	80,9	27	73	13,5	38	62	64,8	24	76	80,1
Equateur	70,8	34	66	24,2	45	55	44,3	26	74	62,5
Guatemala **	53,4	41	59	29,4	56	44	23,2	22	78	43,3
Mexique	79,0	33	67	24,1	46	54	52,7	26	74	66,7
Pérou	77,8	28	72	27,7	29	71	45,8	24	76	58,8
République Dominicaine	71,2	29	71	19,4	52	48	49,8	19	81	69,9
Trinité-et-Tobago	71,1	40	60	16,1	51	49	52,7	36	64	74,2

* La demande inclut l'échec des méthodes, l'utilisation actuelle et les besoins non-satisfaits.

** Femmes de 15-44 ans.

BIBLIOGRAPHIE

- INSTITUTE FOR RESOURCE DEVELOPMENT (IRD). *Model « A » Questionnaire with Commentary for High Contraceptive Prevalence Countries*. Columbia, MD, IRD, 1987. (DHS Basic Documentation n° 1).
- INSTITUTE FOR RESOURCE DEVELOPMENT (IRD). *Model « B » Questionnaire with Commentary for Low Contraceptive Prevalence Countries*. Columbia, MD, IRD, 1987. (DHS Basic Documentation n° 2).
- RUTENBERG N., AYAD M., OCHOA L. H. et WILKINSON M. *Knowledge and Use of Contraception*. Columbia, MD, IRD/Macro International, Inc., 1991. (DHS Comparative Studies n° 6).
- ANDERSON J. E. et CLELAND J. G. « The World Fertility Survey and Contraceptive Prevalence Surveys : A comparison of Substantive Results ». *Studies in Family Planning*, 15(1) : pp. 1-13, 1984.
- ARNOLD F. et BLANC A. K. *Fertility Levels and Trends*. Columbia, MD, IRD/Macro Systems, Inc., 1990. (DHS Comparative Studies n° 2).
- WESTOFF C. F. *Reproductive Preferences : A Comparative View*. Columbia, MD, IRD/Macro Systems, Inc., 1991. (DHS Comparative Studies n° 3).
- LIGHTBOURNE R. E. « Reproductive Preferences and Behaviour ». in : *The World Fertility Survey : An Assessment*, ed. John Cleland et Chris Scott, London, Oxford University Press, 1987.
- WESTOFF C. F. et OCHOA L. H. *Unmet Need and the Demand for Family Planning*.- Columbia, MD, IRD/Macro International, Inc., 1991. (DHS Comparative Studies n° 5).