

Réduire le besoin non satisfait en soutenant les femmes dont le besoin est satisfait

Par Anrudh K.Jain,
Francis Obare,
Saumya RamaRao
et Ian Askew

Anrudh K. Jain est «Distinguished Scholar» et Saumya RamaRao, haute associée, tous deux au Population Council, New York. Francis Obare est associé et Ian Askew co-directeur de STEP UP et directeur de Reproductive Health Services and Research, tous deux au Population Council, Nairobi, Kenya.

CONTEXTE: En 2012, le Sommet de Londres sur la planification familiale s'est donné pour objectif d'apporter d'ici 2020 la contraception moderne à 120 millions de femmes présentant un besoin non satisfait. La réduction du haut taux d'abandon de la contraception par facilitation du passage d'une méthode à une autre jouera un rôle critique à cet égard.

MÉTHODES: Les données d'EDS menées entre 2005 et 2010 sur les femmes mariées de 34 pays ont servi à estimer la part potentielle représentée par l'abandon de la contraception dans le besoin non satisfait actuel et futur. Un indicateur d'abandon pertinent a été obtenu en calculant la proportion des utilisatrices passées présentant un besoin de méthodes modernes non satisfait parmi les femmes ayant jamais pratiqué la contraception. Les analyses de régression ont identifié des associations entre cet indicateur, d'une part, et l'accès aux méthodes et leur composition, d'autre part.

RÉSULTATS: Les femmes qui avaient abandonné la pratique d'une méthode et présentaient ensuite un besoin non satisfait au moment de l'enquête représentent 38% du besoin non satisfait total estimé. Ces anciennes utilisatrices représentent 19% des femmes ayant jamais utilisé la contraception moderne. Tant l'accès aux méthodes disponibles que leur composition sont associés à une réduction du taux d'abandon pertinent. Le niveau d'abandon en Afrique subsaharienne est significativement supérieur à celui des autres régions, en partie en raison des différences de disponibilité des méthodes.

CONCLUSIONS: Les hauts taux d'abandon passé de la contraception ont contribué à l'apparition de dizaines de millions de cas de besoin non satisfait; l'abandon parmi les utilisatrices actuelles contribuera à celles de nouveaux cas encore dans le futur. Aider les utilisatrices passées présentant un besoin non satisfait à reprendre leur pratique contraceptive et encourager celles actuelles à poursuivre la pratique de leur méthode ou d'une autre pourraient offrir une stratégie efficace d'amoindrissement du besoin non satisfait à venir.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2014, pp. 34–43,
doi: 10.1363/FR03414*

En juillet 2012, le Sommet de Londres a ranimé l'engagement mondial en faveur de la planification familiale, générant la promesse de plus de 2,6 milliards de dollars en ressources fraîches et fixant, à l'horizon 2020, un objectif d'apport de la contraception moderne à 120 millions de femmes présentant un besoin non satisfait dans 69 des pays les plus pauvres du monde. Le sommet a soulevé plusieurs questions: Qui sont les femmes et les filles dont le besoin de contraception moderne n'est pas satisfait? Est-il possible d'éliminer le besoin non satisfait en accroissant simplement l'accès aux contraceptifs? Quels sont les besoins non satisfaits les plus pressants et à quelles stratégies faut-il donner la priorité? Face à ces questions, il importe de rappeler que le besoin non satisfait est un concept théorique utilisé principalement à des fins de plaidoyer et d'estimation de la demande potentielle de contraception. Les programmes de planification familiale n'ont pas opérationnalisé ce concept pour identifier, d'abord, les femmes présentant un besoin non satisfait et leur apporter ensuite des services de contraception.

Nous proposons ici une stratégie de réduction du besoin non satisfait qui permet aux femmes et aux filles dont le besoin l'est de réaliser leurs intentions reproductive par la pratique continue de leur méthode actuelle ou d'une autre méthode moderne. D'apparence contre-intuitive peut-être, cette stratégie nous paraît essentielle pour deux raisons: elle réduira le besoin non satisfait de contraception et elle permettra aux femmes de déterminer comment elles peuvent atteindre leur nombre d'enfants désiré et décider du moment de leur naissance, réduisant dès lors aussi les grossesses non planifiées.

L'enquête par panel, qui interviewe plusieurs fois les mêmes femmes, offre le meilleur moyen de suivre l'évolution de l'état de besoin non satisfait au fil du temps. Les études de ce type réalisées dans le passé montrent que si le niveau général du besoin non satisfait reste plutôt stable dans le temps, une proportion considérable de femmes présente un changement d'état.^{1–4} Ainsi, une étude de panel réalisée au Pakistan a constaté que 67% des femmes étaient restées dans la même catégorie entre 2008–2009 et

2011–2012: 11% dans celle du besoin non satisfait, 16% dans celle du besoin satisfait et 40% dans celle du besoin inexistant.⁴ Le tiers restant présentait un changement d'état de besoin de contraception entre les deux enquêtes: 7% étaient passées du besoin non satisfait au besoin satisfait, 4% du besoin satisfait au besoin non satisfait et le reste avait intégré ou quitté le groupe au besoin inexistant. Les femmes passées du besoin satisfait au besoin non satisfait représentaient 4% de l'ensemble au complet, mais 17% de celles qui avaient déclaré un besoin satisfait en 2008-2009; leur état avait changé parce qu'elles avaient arrêté leur pratique de contraception entre les deux enquêtes. Il importe donc d'adapter les réponses de prestation aux préférences et besoins changeants des femmes. Notamment, la mesure statique du besoin non satisfait ne capture pas les changements décrits ici.

Une analyse par simulation réalisée en 1989 illustre l'importance de l'effet d'un haut degré d'arrêt de contraception sur la prévalence contraceptive.⁵ Depuis lors, de nombreuses études menées dans les pays en développement et sur la base des données de calendrier d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ont documenté les taux d'arrêt de méthode spécifique et attiré l'attention sur les taux élevés associés aux méthodes traditionnelles et modernes réversibles de faible durée par rapport aux méthodes réversibles de longue durée.⁶⁻⁹ La contribution de l'arrêt de la contraception au besoin non satisfait actuel et futur n'est cependant pas adéquatement cernée.

Dans la foulée du sommet londonien, de nouveaux plans sont actuellement déployés sous les auspices de l'initiative PF2020 en vue d'atteindre 120 millions de femmes présentant un besoin non satisfait durant les sept prochaines années. Mais tandis que les efforts de plaidoyer de PF2020 cherchent à atteindre ces femmes au besoin de contraception non satisfait, l'étude pakistanaise mentionnée plus haut⁴ a bel et bien illustré que les besoins de contraception des femmes changent au fil du temps. Ainsi, d'importantes proportions de femmes qui pratiquent actuellement une méthode vont peut-être l'abandonner dans un avenir proche et aboutir, pour beaucoup, sur un besoin non satisfait, venant dès lors exacerber le défi de l'objectif fixé avec l'initiative PF2020.

Outre les utilisatrices actuelles susceptibles de contribuer au besoin non satisfait dans le futur, les femmes qui ont arrêté leur pratique contraceptive avant l'enquête peuvent contribuer aux niveaux actuels de besoin non satisfait dans la mesure où beaucoup déclarent peut-être un besoin non satisfait au moment de l'enquête. Aussi avons-nous divisé en deux groupes les femmes présentant un besoin non satisfait: celles qui n'ont jamais pratiqué aucune méthode (aucune méthode) et celles qui ont commencé à en pratiquer une, mais qui en ont arrêté l'usage avant l'enquête (anciennes utilisatrices). Les stratégies axées sur le soutien des femmes qui ont pratiqué la contraception dans le passé ou qui la pratiquent actuellement seront nécessairement différentes de celles visant à aider les non-utilisatrices à adopter leur premier contraceptif. Si la concen-

tration sur les deux groupes de femmes peut réduire le besoin non satisfait, une stratégie visant les femmes qui ont déjà pratiqué une méthode de contraception ou qui en pratiquent une actuellement sera vraisemblablement plus rentable en raison de la taille du groupe et du fait que ces femmes ont déjà surmonté les obstacles de coût et d'accès ayant trait aux attitudes, à la culture et aux services qui inhibent souvent l'adoption initiale d'une méthode.

Nous démontrons ici que le besoin non satisfait peut être réduit considérablement, même en Afrique subsaharienne, en donnant aux femmes dont le besoin est satisfait la possibilité de réaliser leurs intentions génératives par la pratique durable de la contraception. Cela moyennant l'amélioration de la qualité des soins, y compris la nature et le contenu de l'interaction entre la cliente et le prestataire, et celle de la disponibilité de différents types de méthodes.

MÉTHODES

Les femmes qui présentent un besoin non satisfait disent ne plus vouloir d'enfant, ou désirer différer la naissance de leur prochain enfant, mais elles ne pratiquent aucune méthode de contraception. Pour déterminer le besoin non satisfait, nous avons analysé les données d'EDS relatives aux femmes mariées de 34 pays en développement disposant d'enquêtes menées entre 2005 et 2010. En présence de plus d'une enquête réalisée sur cette période, nous avons retenu la plus récente.

Indicateurs de besoin satisfait ou non satisfait

Nous nous sommes référés à la définition révisée du besoin non satisfait^{10,11} pour répartir d'abord les femmes en trois groupes en fonction de leur besoin actuel de méthode moderne:^{*} celles dont le besoin est satisfait (qui pratiquent actuellement une méthode moderne), celles qui présentent un besoin non satisfait (en ce qu'elles désirent espacer ou limiter leurs grossesses mais ne pratiquent aucune méthode moderne) et celles sans besoin actuel de contraception moderne (qui désirent avoir leur prochain enfant dans les deux prochaines années ou qui sont stériles ou ménopausées). Dans l'esprit de PF2020, les femmes qui pratiquaient une méthode traditionnelle au moment de l'interview ont été classées comme présentant un besoin non satisfait de contraception moderne. Le groupe au besoin non satisfait réunit les femmes qui n'ont jamais pratiqué de méthode moderne (aucune méthode) et celles qui en avaient arrêté une au moment de l'enquête (anciennes utilisatrices).

Nous avons ensuite estimé le nombre total de ces anciennes utilisatrices. Afin de déterminer si les femmes pouvaient être classées comme ayant pratiqué une méthode moderne dans le passé mais l'ayant arrêtée avant l'enquête, nous avons évalué leurs réponses concernant leur usage de la contraception moderne au cours de leur vie (usage global) et au moment de l'enquête (usage actuel). La différence entre le nombre global d'utilisatrices et le nombre

*Au moment de l'interview, les femmes enceintes ou aménorrhéiques post-partum depuis moins de 24 mois ont été classées suivant l'état intentionnel de leur dernière grossesse ou naissance.

TABLEAU 1. Indicateurs pondérés de pratique et de besoin non satisfait de contraceptifs modernes parmi les femmes mariées de 15 à 49 ans, par région, Enquêtes démographiques et de santé, 2005–2010

Indicateur	Afrique subsaharienne	Autre	Total
Nbre de pays	20	14	34
Nbre de femmes mariées	144.726	225.232	369.958
% à besoin satisfait	17,6	47,0	35,5
% à besoin non satisfait	30,5	24,8	27,0
% sans besoin h	52,0	28,1	37,4
Désirent un enfant dans ≤2 ans	37,3	16,6	24,7
Stériles/ménopausées	14,7	11,5	12,7
% anciennes utilisatrices de méthodes modernes	18,3	18,9	18,7
avec besoin non satisfait	9,8	10,6	10,3
sans besoin non satisfait	8,5	8,4	8,4
% femmes n'ayant jamais utilisé aucune méthode avec besoin non satisfait	20,7	14,3	16,8
Anciennes utilisatrices avec besoin non satisfait en % des femmes présentant un besoin non satisfait	32,2	42,6	38,0
Femmes n'ayant jamais utilisé aucune méthode avec besoin satisfait en % des femmes présentant un besoin non satisfait	67,8	57,4	62,0
Anciennes utilisatrices avec besoin non satisfait en % du nombre global d'utilisatrices	27,3	16,0	18,9

N.B.: Les nombres pondérés de femmes d'un pays incluses dans le dénominateur (toutes les femmes interviewées, nombre présentant un besoin non satisfait ou nombre global d'utilisatrices) d'un indicateur sont utilisés comme pondérations. Les pourcentages totaux ne sont pas toujours exactement 100,0 pour cause d'arrondissement.

actuel donne une estimation du nombre total d'anciennes utilisatrices. Ce chiffre peut surestimer la mesure de l'usage passé au sein d'un mariage ou d'une union en ce que le groupe d'usage global inclut les femmes qui pratiquaient la contraception avant le mariage ou l'union, mais qui ne la pratiquent plus depuis.

En troisième lieu, pour estimer le nombre d'anciennes utilisatrices qui présentaient un besoin non satisfait de contraception moderne au moment de l'enquête, nous avons soustrait le nombre d'anciennes utilisatrices sans besoin actuel de méthode moderne du nombre total d'anciennes utilisatrices.* Enfin, pour estimer le nombre de femmes qui n'avaient jamais pratiqué la contraception (aucune méthode) et qui présentaient un besoin non satisfait, nous avons soustrait le nombre d'anciennes utilisatrices présentant un besoin non satisfait du nombre total de femmes présentant un besoin actuel non satisfait.

Variables de résultat

Trois variables de résultat ont été utilisées dans cette analyse: la pratique actuelle d'une méthode de contraception moderne, l'éventail de méthodes et l'arrêt de contraception donnant lieu à un besoin non satisfait. Une mesure de l'asymétrie de l'éventail de méthodes parmi les utilisatrices actuelles a été créée en calculant le rapport entre les utilisatrices actuelles de méthodes longue durée ou permanentes (stérilet, implant ou stérilisation masculine ou féminine) et celles d'une méthode moderne quelconque.

*En raison d'un changement apporté au questionnaire, les dernières EDS de quelques pays ne contiennent aucune information utile à l'identification des anciennes utilisatrices de méthodes modernes. Pour ces pays, nous avons utilisé la dernière enquête ayant collecté l'information nécessaire (voir le tableau 2 pour les pays et l'année d'enquête inclus dans cette analyse).

Les études antérieures ont constaté un degré considérable de passage d'une méthode à l'autre.^{6,9} Le nombre estimé d'anciennes utilisatrices présentant un besoin non satisfait décrit plus haut représente cependant l'effet cumulé mais net de tous les arrêts de contraception observés avant l'enquête. Par exemple, les femmes qui avaient arrêté une méthode mais qui l'avaient ensuite reprise ou remplacée par une autre méthode moderne qu'elles pratiquaient toujours au moment de l'enquête sont considérées comme utilisatrices actuelles. De plus, les femmes qui ont arrêté la contraception sans présenter de besoin actuel, y compris celles qui désirent une grossesse, sont incluses dans le groupe de femmes sans besoin (et donc exclues de celui des anciennes utilisatrices à besoin non satisfait). Donc, si l'ampleur de l'ensemble des anciennes utilisatrices au niveau d'une enquête transversale reflète l'effet cumulé de l'arrêt de contraception observé avant l'enquête, le groupe d'anciennes utilisatrices à besoin non satisfait reflète l'effet net de l'arrêt de la contraception sur l'estimation actuelle du besoin non satisfait. La contribution nette des anciennes utilisatrices au besoin non satisfait actuel est mesurée par la création d'un indice: le pourcentage d'anciennes utilisatrices à besoin non satisfait parmi l'ensemble des femmes présentant un besoin non satisfait.

Cet indice reste cependant impuissant face à la question de savoir quelle est la contribution projetée des utilisatrices actuelles de la contraception moderne au besoin non satisfait futur si ces utilisatrices entretiennent les taux élevés actuels d'arrêt de la contraception. Bien que les taux d'arrêt spécifiques aux méthodes soient disponibles pour certains pays, ils ne le sont pas pour tous. De plus, si les données de calendrier d'EDS relatives à l'arrêt de méthodes spécifiques précisent la raison de l'arrêt, elles ne font pas la distinction entre les femmes dont le besoin reste, ou non, non satisfait au moment de l'interview. Pour combler cette lacune, nous avons adopté une approche indirecte d'estimation de la contribution nette projetée de l'arrêt de contraception au besoin non satisfait futur moyennant la création d'un second indice—le taux d'arrêt pertinent—, estimé comme étant le rapport entre les anciennes utilisatrices à besoin non satisfait et le nombre global d'utilisatrices des méthodes modernes (soit les utilisatrices actuelles plus toutes les anciennes). Nous avons choisi le nombre global comme dénominateur, car l'enquête transversale ne fournit pas d'information sur le total des utilisatrices ayant contribué au groupe des anciennes utilisatrices. Nous avons aussi estimé les taux d'arrêt moyens des pays par application des taux d'arrêt médians de méthodes spécifiques, sur la base de 19 pays,⁹ à l'éventail de méthodes des utilisatrices actuelles de chaque pays. Le coefficient de corrélation entre ce taux d'arrêt moyen estimé et l'indice de taux d'arrêt pertinent s'est avéré statistiquement significatif ($r=0,51$; $p<0,05$).

Variables explicatives

Quatre variables sont considérées pour expliquer, au niveau du pays, les variations de l'indice d'arrêt pertinent: le

TABLEAU 2. Indicateurs sélectionnés, parmi les femmes mariées, de pratique actuelle et passée de méthodes modernes, et de besoin non satisfait, par pays

Pays	Enquête	% des femmes mariées			Anciennes utilisatrices avec un besoin non satisfait en % des femmes avec un besoin non satisfait	Anciennes utilisatrices avec un besoin non satisfait en % du nombre global d'utilisatrices
		Utilisatrices actuelles	Anciennes utilisatrices	Besoin non satisfait		
Afrique subsaharienne						
Swaziland	2006–2007	49,3	39,8	26,4	85,4	25,3
Zimbabwe†	2005–2006	58,6	26,7	17,2	74,8	15,1
Malawi	2010	42,3	32,1	29,9	64,3	25,8
Zambie	2007	32,8	35,1	34,8	61,3	31,4
Kenya	2008–2009	39,1	28,5	31,4	54,9	25,5
Rép.du Congo	2005	11,1	46,1	49,7	52,3	45,4
Ghana	2008	15,8	31,8	40,0	45,0	37,8
Madagascar	2008–2009	29,9	20,6	27,9	38,8	21,4
Tanzanie†	2004–2005	19,6	21,3	30,7	34,4	25,8
Ouganda†	2006	17,7	22,9	43,9	32,6	35,3
Libéria	2007	9,6	17,2	35,7	27,6	36,8
Nigeria	2008	9,6	13,8	25,1	26,2	28,1
Sénégal†	2005	9,5	15,6	33,2	24,8	32,8
Benin	2006	6,2	15,6	37,6	22,4	38,6
Sierra Leone	2008	6,7	11,9	29,2	22,2	34,9
Mali	2006	6,2	12,3	27,0	18,6	26,7
Guinée	2005	4,7	10,7	24,6	17,5	28,2
Rép.démocratique du Congo	2007	5,1	12,3	40,4	16,4	38,4
Éthiopie†	2005	13,7	9,3	37,0	13,7	22,0
Niger	2006	5,0	6,7	22,5	11,2	21,5
Autre						
Rép.dominicaine	2007	72,8	18,6	10,9	81,8	9,7
Bangladesh	2007	47,5	31,9	25,1	73,7	23,3
Indonésie	2007	57,4	24,3	17,2	72,9	4,8
Jordanie	2009	42,0	32,8	30,6	71,4	29,2
Égypte	2008	57,8	21,7	14,3	71,0	12,8
Pérou	2007–2008	48,1	34,2	34,8	66,1	27,9
Honduras	2005–2006	57,1	23,2	25,5	59,8	19,0
Philippines	2008	35,9	28,7	38,4	54,9	32,6
Haïti	2005–2006	24,4	31,2	42,9	51,8	40,0
Népal†	2006	44,3	20,8	28,5	50,0	21,9
Cambodge†	2005	27,1	25,7	38,1	45,6	32,9
Bolivie	2008	33,2	28,0	46,7	43,2	33,0
Pakistan	2006–2007	21,8	17,1	33,1	34,7	29,5
Inde	2005–2006	48,6	9,0	21,7	27,0	10,2

†La dernière EDS ne contient pas d'information utile à l'estimation des anciennes utilisatrices de méthodes modernes. N.B.: Pour chaque région, les pays sont listés en ordre décroissant d'anciennes utilisatrices avec un besoin non satisfait exprimées sous forme de pourcentage des femmes présentant un besoin non satisfait. Tous les pourcentages reposent sur l'analyse effectuée au moyen des fichiers standard recodés des enquêtes EDS; 31 de ces 34 pays comptent au nombre des 69 les plus pauvres aux fins de la cible de 120 millions de femmes fixée au Sommet de Londres. Les chiffres sont peut-être légèrement différents de ceux figurant sous la référence 11.

nombre de méthodes disponibles, le type ou la composition des méthodes disponibles, l'indice de développement humain (IDH) du pays et sa région. Les données relatives à la disponibilité des méthodes modernes sont extraites de l'enquête sur l'effort programmatique de planification familiale (EPF) 2009 de Futures Group.¹² Cette enquête périodique collecte des informations relatives aux programmes de planification familiale dans les pays en développement auprès de personnes bien renseignées sur la situation.¹³ L'enquête de 2009 a collecté des données sur la disponibilité de la pilule, du stérilet, du préservatif, du contraceptif injectable et de la stérilisation masculine et féminine—soit la proportion estimée de femmes en âge de procréer qui ont «aisément accès» à ces six méthodes. La cote de disponibilité de chaque méthode s'étend de 0 (non disponible) à 100 (pleine disponibilité).

Les cotes obtenues servent ensuite à la création de deux indicateurs: l'accès aux méthodes modernes dispo-

nibles et la composition de ces méthodes. Ensemble, ces indicateurs reflètent le choix de méthodes disponibles aux femmes d'un pays.* L'indice d'accès est créé par addition des cotes de disponibilité des six méthodes, puis division par 100. Cet indice, reflet du nombre équivalent de méthodes pleinement disponibles dans un pays, peut s'étendre de 0 à 6, la cote supérieure indiquant la disponibilité à tous les couples de l'ensemble des six méthodes. Il diffère du nombre de méthodes disponibles en ce que la cote 1, indicatrice de pleine disponibilité d'une méthode, peut être obtenue sous de nombreuses combinaisons: si, par exemple, une méthode est disponible à toutes les femmes, chacune d'une paire de deux méthodes l'est à

*Aucune donnée de disponibilité de l'implant n'a été collectée dans le cadre de ces enquêtes et les données relatives à la disponibilité de l'avortement médicalisé ont été exclues lors de la création des mesures d'accès aux méthodes et de leur composition, car l'avortement n'est pas une méthode de contraception et qu'il n'était vraisemblablement pas lié à la pratique actuelle ou passée de méthodes modernes.

TABLEAU 3. Coefficients de corrélation et de régression issus de l'analyse de régression multiple d'identification des associations entre les mesures de pratique de méthode moderne des femmes et celles d'accès aux méthodes modernes dans 34 pays

Variable	Pratique de méthode moderne		Éventail de méthodes	
	Corrélation	Régression	Corrélation	Régression
Accès au nbre de méthodes	0,57**	12,12*	0,30†	-3,45
Composition (accès relatif aux méthodes longue durée/permanentes)	0,57**	0,81*	0,66***	1,78***
Constante		-30,5 0,418		-20,2 0,442
R ²				

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001. †p<0,10. N.B.: Éventail de méthodes=pratique des méthodes longue durée et permanentes en pourcentage de la pratique de toutes les méthodes modernes. Les coefficients de régression représentent l'ampleur du changement net de la variable de résultat attendue sous changement d'une unité de la variable explicative après correction de l'autre variable incluse dans l'analyse.

50% des femmes ou chacune d'un groupe de cinq l'est à 20% des femmes. L'indice de composition est estimé en exprimant la somme des cotes de disponibilité des méthodes longue durée ou permanentes (stérilet, stérilisation masculine et féminine) sous forme de pourcentage du total des cotes de disponibilité de toutes les méthodes. Sur une étendue de 0 à 100, cet indice donne une mesure de la disponibilité relative des méthodes longue durée et permanentes. La cote 0 indique que ces méthodes ne sont pas disponibles dans un pays, tandis que 100 indique que seules les méthodes longue durée ou permanentes le sont.

Les données d'IDH de chaque pays sont celles publiées par l'ONU.¹⁴ De 0 à 1, cet indice composé mesure la situation moyenne d'un pays sur trois plans fondamentaux de développement humain: la longévité, la scolarisation et le niveau de vie. L'indice est estimé à partir de quatre indicateurs individuels: l'espérance de vie à la naissance, le nombre moyen d'années de scolarisation des personnes

âgées de 25 ans et plus, le nombre attendu d'années de scolarisation d'un enfant en âge d'entrer à l'école et le revenu national brut par habitant.

Une variable nominale de région de résidence rendant compte des différences régionales a été créée par codage 1 des pays d'Afrique subsaharienne et 0 des autres. Nous avons retenu les données d'EPF et IDH de 2009, car les dernières données d'EDS utilisées dans cette analyse sont celles de 2010.

Analyse

Les données d'EDS de chaque pays ont été analysées sous pondération des échantillons. Nous avons estimé les pourcentages et moyennes des différents indicateurs; les moyennes des régions l'ont été en fonction du nombre pondéré de femmes de chaque pays. Nous avons exécuté plusieurs modèles d'analyse de régression simple et multiple pour identifier les associations entre les variables explicatives ou indépendantes d'accès aux méthodes, de composition des méthodes, de région et d'indice IDH et les variables de résultat ou dépendantes de prévalence contraceptive, d'éventail de méthodes et de contribution projetée de l'arrêt de la contraception au besoin non satisfait futur. Nous n'avons pas utilisé le pourcentage d'anciennes utilisatrices parmi les femmes à besoin non satisfait actuel comme variable dépendante de l'analyse de régression, car plusieurs facteurs contribuant à la variation de cet indice sont identiques à ceux qui contribuent aux différences de prévalence contraceptive. Cet indice augmente avec la prévalence contraceptive ($r=0,86$; $p<0,001$) parce que le besoin non satisfait est inclus dans le dénominateur et que le besoin non satisfait diminue à mesure que la prévalence contraceptive augmente ($r=-0,57$; $p<0,001$).

RÉSULTATS

Observations descriptives

En moyenne, 36% des femmes des 34 pays à l'étude pratiquaient une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête (utilisatrices actuelles); 27% avaient un besoin non satisfait de contraception moderne et les 37% restants ne présentaient aucun besoin de contraception (tableau 1, page 36). Dix-neuf pour cent des femmes avaient pratiqué une méthode moderne dans le passé, mais n'en pratiquaient aucune au moment de l'interview (anciennes utilisatrices): si 10% avaient un besoin non satisfait à l'interview, et 8% n'en avaient pas. Dans son ensemble, le groupe présentant un besoin actuel non satisfait (27%) se composait d'anciennes utilisatrices (10%) et de femmes qui n'avaient jamais pratiqué la contraception moderne (17%). Ainsi, 38% des femmes actuellement classifiées comme présentant un besoin non satisfait avaient déjà pratiqué une méthode moderne dans le passé. Le taux d'arrêt pertinent (anciennes utilisatrices à besoin non satisfait sous forme de pourcentage du nombre global d'utilisatrices) est estimé à 19% tous pays confondus.

D'importantes différences régionales ont été observées. Par exemple, la pratique actuelle de la contracep-

FIGURE 1. Éventail de méthodes de contraception dans 34 pays, par niveau de pratique contraceptive

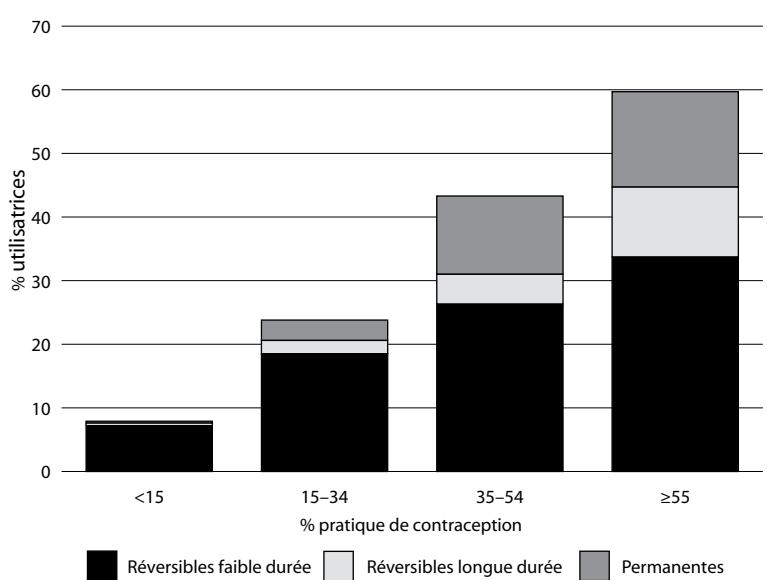


TABLEAU 4. Coefficients de corrélation et régression issus des analyses de régression simple et multiple identifiant les associations entre l'arrêt de la contraception donnant lieu à un besoin non satisfait et l'accès aux méthodes modernes et leur composition, la région et l'indice de développement humain (IDH) dans 34 pays

Variable	Coefficient de corrélation	Coefficient de régression							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Accès au nbre de méthodes	-0,54**	-8,32**	na	na	-7,38*	na	-5,62*	-5,58*	-6,02*
Composition (accès relatif aux méthodes longue durée/permanentes)	-0,52**	na	-0,56**	na	na	-0,50*	-0,34†	-0,29	-0,33
Afrique subsaharienne	0,35**	na	na	6,51*	3,75	1,93	na	1,75	2,83
IDH 2009	-0,15	na	na	na	na	na	na	na	11,25
Constante		51,2	44,6	23,3	46,3	41,7	54,1	51,4	47,5
R ²		0,295	0,272	0,120	0,331	0,280	0,366	0,373	0,398

*p<0,05. **p<0,01. †p=0,07. N.B.: Les coefficients de régression d'une analyse de régression simple représentent l'ampleur du changement observé au niveau de la variable de résultat attendue sous changement d'une unité de la variable explicative; les coefficients de régression d'une analyse de régression multiple représentent l'ampleur du changement net de la variable de résultat attendue sous changement d'une unité de la variable explicative après correction des autres variables incluses dans l'analyse, na=non applicable.

tion moderne dans les 20 pays d'Afrique subsaharienne est inférieure à celle des 14 pays des autres régions (18% par rapport à 47%) et le besoin non satisfait est supérieur (31% par rapport à 25%). La proportion des anciennes utilisatrices à besoin non satisfait est à peu près identique dans les deux régions (10–11%). Cependant, la proportion des anciennes utilisatrices parmi les femmes d'Afrique subsaharienne qui présentent un besoin non satisfait est inférieure à celle des autres régions (32% par rapport à 43%). À l'inverse, la proportion de femmes qui n'avaient jamais pratiqué aucune méthode parmi celles présentant un besoin non satisfait en Afrique subsaharienne est supérieure à celle des autres régions (68% par rapport à 57%) et le taux d'arrêt pertinent est supérieur aussi en Afrique subsaharienne (27% par rapport à 16%).

Les variations entre les pays sont plus prononcées encore. Par exemple, les anciennes utilisatrices représentent au moins 50% du besoin non satisfait dans 16 des 34 pays (tableau 2, page 37). Dans sept autres pays, elles représentent 33 à 46% du besoin non satisfait et de 22 à 28% dans six autres encore. Cette proportion n'est inférieure à 20% que dans cinq pays. Le taux d'arrêt pertinent (anciennes utilisatrices à besoin non satisfait sous forme de pourcentage du nombre global d'utilisatrices) varie aussi considérablement, de 5% en Indonésie à 45% en République du Congo.

Accès et pratique de contraception

L'accès aux méthodes disponibles et leur composition varient tous deux d'un pays et d'une région à l'autre. Pour ce qui est de l'accès, il va de 1,6 aux Philippines à 3,9 au Népal (non indiqué). D'après les cotes de composition, les méthodes longue durée et permanentes sont le moins disponibles en Haïti et le plus en Inde (12 par rapport à 54). Il existe une corrélation positive entre l'accès et la composition des méthodes ($r=0,55$; $p<0,001$). Les femmes d'Afrique subsaharienne disposent d'un accès inférieur à celui de leurs homologues dans les autres régions, concernant à la fois l'accès aux méthodes disponibles (2,7 par rapport à 3,1) et la disponibilité relative des méthodes longue durée et permanentes (27 par rapport à 36). La

différence régionale concernant l'accès aux méthodes n'est cependant pas significative ($r=-0,35$; $p<0,10$), mais elle l'est concernant la disponibilité relative des méthodes longue durée et permanentes ($r=-0,52$; $p<0,01$).

Bien établie,^{5,15,16} la relation entre le nombre de méthodes disponibles dans un pays et la pratique de contraception se confirme dans notre analyse. Le tableau 3 affiche les associations entre l'accès aux méthodes disponibles et leur composition, d'une part, et, d'autre part, la pratique de contraception et l'éventail de méthodes. La prévalence de la contraception augmente avec l'accès et la composition des méthodes disponibles dans un pays, comme l'indiquent la corrélation positive (0,6 pour chacun) et les coefficients de régression (12,1 et 0,8, respectivement). Malgré l'absence d'association entre l'accès et l'éventail de méthodes, l'accroissement de la disponibilité relative des méthodes longue durée et permanentes est associé à un éventail présentant une plus grande proportion de ces méthodes, comme indiqué par la corrélation positive (0,7) et le coefficient de régression (1,8).

L'analyse approfondie révèle qu'un plus haut niveau de pratique de la contraception est lié à la hausse de la pratique de méthodes multiples (figure 1). L'estimation de la pratique de la contraception se situe entre 7% et 34% lorsque les méthodes modernes de faible durée sont les seules considérées. La disponibilité et la pratique des méthodes réversibles de longue durée sont estimées accroître la prévalence de 0,4 à 11 points de pourcentage et celles des méthodes permanentes de 0,3 à 15 points de pourcentage supplémentaires.

Arrêt de la contraception et accès à la contraception

Aucune association n'est observée entre l'IDH, reflet des conditions socioéconomiques des pays, et les taux d'arrêt pertinents moyens (tableau 4). Par contre, l'accès aux méthodes, la composition des méthodes et la région sont associés à l'arrêt de la contraception. L'élargissement de l'accès moyennant l'ajout d'une méthode ou de son équivalent est associé à une baisse de huit points de pourcentage de l'arrêt de contraception (modèle 1). Une hausse de 10 points de la cote de composition est associée à une baisse

de six points de pourcentage de l'arrêt de la contraception (modèle 2). Il est manifestement peu vraisemblable que la simple mise à disposition de méthodes réduise l'arrêt pertinent, à moins que ces méthodes ne soient utilisées. De plus, le coefficient de régression concernant l'accès et l'arrêt de méthode ne reste pas statistiquement significatif après correction de la pratique de la contraception ($-1,2$; $p<0,7$ —non indiqué). Pour la composition et l'arrêt de méthode, le coefficient de régression reste significatif mais tombe de $0,56$ à $-0,63$ après correction de l'éventail. Ainsi, les effets de l'accès aux méthodes disponibles et de leur composition sur les arrêts pertinents se transmettent à travers la pratique de ces méthodes.

Les coefficients de régression de l'accès comme de la composition diminuent après correction des différences régionales, tout en restant toutefois significatifs (modèles 4 et 5). Cependant, l'effet net de l'accès, mais pas de la composition, demeure significatif après correction des deux (modèles 6–8).

Le niveau d'arrêt de contraception pertinent au besoin non satisfait en Afrique subsaharienne est significativement supérieur à celui observé dans les autres régions, comme l'indique le coefficient de régression de $6,5$ (modèle 3). Cependant, après correction de l'accès aux méthodes disponibles ou de leur composition (modèles 4 et 5, respectivement), ou des deux (modèle 7), la différence n'est plus significative. Aussi semble-t-il que le plus haut degré d'arrêt observé en Afrique subsaharienne par rapport aux autres régions peut être attribué en partie aux différences de nombre et composition des méthodes disponibles.

DISCUSSION

Le haut niveau d'arrêt de la contraception parmi les utilisatrices actuelles, de même que celui survenu dans le passé et qui contribue au besoin non satisfait actuel, gonfleront le besoin non satisfait à venir. Selon les estimations de cette analyse transnationale, les anciennes utilisatrices ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes comptent pour 38% de l'ensemble des femmes qui présentent un besoin actuel non satisfait (32% en Afrique subsaharienne et 43% dans les autres régions). Cela implique que l'objectif PF2020 d'offre de méthodes modernes à 120 millions de femmes présentant un besoin non satisfait en compte environ 45 millions ($0,38 \times 120$ millions) qui avaient adopté la contraception mais l'ont arrêtée avant d'être interviewées. Hypothétiquement, le besoin non satisfait global aurait pu être inférieur de 10 points de pourcentage (17% au lieu de 27%) et la pratique des méthodes modernes supérieure de 10 points de pourcentage (46% au lieu de 36%) si toutes les anciennes utilisatrices qui présentent actuellement un besoin non satisfait (soit 10% de l'ensemble des femmes) avaient poursuivi leur pratique ou l'avaient reprise après l'arrêt de leur méthode.

Certes, en l'absence d'une réduction du taux d'arrêt de la contraception, l'ajout de 120 millions d'utilisatrices au nombre estimé de 258 millions d'utilisatrices actuelles posera un défi plus grand encore qu'il ne l'est déjà. La pré-

sente étude estime que les anciennes utilisatrices à besoin non satisfait représentent 19% du nombre global d'utilisatrices, produisant une estimation indirecte de la contribution potentielle de l'arrêt de la contraception, parmi les utilisatrices actuelles, au besoin non satisfait à l'avenir. Si ce niveau d'arrêt persiste, 258 millions d'utilisatrices actuelles pourraient produire jusqu'à 49 millions ($0,19 \times 258$ millions) de cas de besoin non satisfait à l'avenir si elles abandonnent ainsi leur pratique de la planification familiale dans les prochaines années, en dépit d'un besoin continu de contraception. Aussi les taux élevés d'arrêt de la contraception du passé et du présent pourraient-ils produire jusqu'à 94 millions (45 millions+ 49 millions) de futurs cas de besoin non satisfait. Il faut noter que ces chiffres excluent les femmes qui changent de méthode ou dont le besoin de contraception moderne n'existe plus après l'arrêt. Un effort ciblé d'encouragement des anciennes utilisatrices présentant un besoin non satisfait à reprendre leur pratique et de soutien des utilisatrices actuelles à persévérer ou à changer de méthode semble indispensable à la réduction du besoin non satisfait à venir.

Il serait également utile de convaincre les femmes qui n'ont jamais utilisé de contraceptif mais qui présentent un besoin actuel non satisfait d'adopter une méthode. L'effort ne pourra cependant réduire sérieusement le besoin non satisfait à venir que s'il s'accompagne d'une baisse concomitante du taux élevé d'arrêt de contraception^{6,7,9} projeté parmi ces nouvelles utilisatrices.

D'après nos observations, un moyen de réduire cet arrêt consiste à élargir le choix de contraceptif en accroissant l'accès à diverses méthodes. Ainsi, la pleine disponibilité d'une méthode ou son équivalent s'est avérée associée à une réduction de huit points de pourcentage du niveau d'arrêt donnant lieu à un besoin non satisfait. Par exemple, la disponibilité de méthodes réversibles de faible durée (la pilule, le contraceptif injectable et le préservatif) aiderait à satisfaire le besoin des femmes désireuses d'espacer leurs enfants; celle de méthodes réversibles de longue durée (le stérilet et l'implant) aiderait celles qui désirent différer la naissance de leur prochain enfant à plus long terme ou qui pensent peut-être à limiter leur nombre d'enfants mais ne sont pas prêtes à adopter une méthode permanente. Enfin, la disponibilité de la stérilisation aiderait les femmes certaines de ne plus vouloir d'enfant. De plus, l'expansion du nombre et de la composition des méthodes disponibles fera vraisemblablement augmenter la pratique de la contraception en attirant les toutes nouvelles utilisatrices, ainsi qu'en facilitant le changement de méthode.

L'introduction de méthodes longue durée et permanentes dans les pays où elles ne sont pas disponibles pourrait réduire les taux d'arrêt moyens par le changement de l'éventail de méthodes, pourvu que ces méthodes soient utilisées. Comme l'a montré une autre analyse transnationale,¹⁵ même si la pratique d'une méthode spécifique augmente suivant sa disponibilité dans un pays, le lien entre les deux est modeste. Par exemple, le choix du stérilet est resté presque nul dans les pays où jusqu'à 30% des

femmes avaient accès à la méthode. De plus, ces résultats reposent sur une analyse transnationale et l'expérience de l'introduction d'une méthode ou d'un groupe de méthodes peut différer d'un pays à l'autre.

Le niveau d'arrêt de contraception supérieur en Afrique subsaharienne reflète en partie le fait que les méthodes, en particulier celles de longue durée et permanentes, sont moins aisément disponibles que dans les autres régions. Cela dit, la simple mise à disposition de méthodes longue durée et permanentes en Afrique subsaharienne n'augmenterait pas nécessairement leur pratique, car le besoin non satisfait et la demande totale de limitation des naissances dans la région sont tous deux moins importants qu'ailleurs.¹¹ L'accroissement de l'adoption de ces méthodes dans la région pourrait aussi requérir l'évolution des intentions des femmes, de l'espacement à la limitation des naissances.

Autre stratégie qui pourrait mieux s'appliquer à l'amoindrissement de l'arrêt de la contraception: l'amélioration de la qualité des soins et de l'interaction entre la patiente et le prestataire. Par exemple, la promotion d'une approche orientée sur la patiente a amélioré cette interaction à travers la formation des prestataires aux Philippines,¹⁷ le programme SAHR au Pakistan («aube» en ourdou, dont les lettres forment en anglais un acronyme signifiant Salutation, Évaluation, Aide, Réconfort¹⁸) et la «stratégie de conseil équilibré»¹⁹ au Guatemala, au Mexique et au Pérou. Mieux encore, l'amélioration de la qualité des soins reçus au moment de l'adoption d'une méthode s'est révélée accroître ultérieurement la continuité de la pratique de contraception et réduire les grossesses non désirées.²⁰⁻²⁶ Ainsi, une étude longitudinale effectuée aux Philippines²⁰ a démontré que 63% des femmes qui avaient bénéficié d'une information de meilleure qualité au moment de leur adoption d'une méthode ont continué leur pratique en matière de contraception, par rapport à 53% de celles qui avaient reçu une information de moindre qualité. De même, 16% des femmes qui avaient reçu des soins de faible qualité avaient ultérieurement eu une naissance non désirée, par rapport à environ 8% de celles dont les soins avaient été de haute qualité. Ces rapports demeurent significatifs après correction des caractéristiques démographiques et socioéconomiques des répondantes et des mariés. Une autre étude longitudinale, au Sénégal²¹ cette fois, a également constaté que les femmes qui avaient bénéficié de soins de qualité au moment de l'adoption d'une méthode de contraception étaient plus susceptibles que les autres de persévérer quelque 18 mois plus tard.

Si ces études longitudinales et d'autres encore indiquent une association entre la qualité des soins reçus au moment de l'adoption d'une méthode, la continuité de la pratique de contraception ultérieure et une moindre fécondité non désirée, les études expérimentales—étalon d'or des inférences causales—ne documentent pour leur part aucun effet significatif des interventions sur la continuité. Par exemple, cinq essais comparatifs randomisés sur six inclus dans une analyse de Cochrane²⁷ ne révèlent aucun effet

significatif des interventions sur l'adhésion à la contraception hormonale. Bien que la sixième étude révèle une amélioration significative de la continuité de la pratique de contraception, elle présente une forte perte au suivi. Cinq de ces études ont cependant été menées dans des pays industrialisés et les échantillons de deux d'entre elles comptaient moins de 100 femmes. Une comparaison des groupes expérimentaux et témoins de l'étude philippine²⁰ ne révèle pas non plus d'effet significatif de l'intervention au niveau du prestataire sur le comportement à celui de la patiente. L'absence d'effets significatifs des interventions opérées dans les études expérimentales suscite parfois un certain scepticisme concernant le rôle de l'amélioration de la qualité en termes de persévérence dans la contraception.^{28,29} Les deux principales raisons expliquant cette absence sont que la qualité des soins de référence, dans les deux groupes, peut être élevée dès le début, et que l'amélioration de la qualité des soins sous l'effet de l'intervention est peut-être trop faible pour marquer une différence significative au niveau du comportement des patientes.²⁰ Une étude de l'Organisation mondiale de la Santé⁹ n'en a pas moins souligné la nécessité d'améliorer la qualité des services, du conseil en particulier, dans la lutte contre les taux élevés d'arrêt.

Une troisième stratégie offre un potentiel de réduction de l'arrêt de la contraception, par l'amélioration future de la conception et de l'efficacité de la technologie en matière de contraception. Les propriétés propices à une continuité accrue tiendront vraisemblablement à une plus grande facilité d'emploi, absence d'effets secondaires, confidentialité, accessibilité financière et peut-être aussi indépendance par rapport aux prestataires.^{30,31} Par exemple, les technologies plus récentes telles que l'anneau vaginal, que la femme pourrait obtenir en pharmacie ou auprès d'agents communautaires, peuvent leur paraître plus acceptables et peuvent être utilisées plus longtemps. Plus efficaces, les nouveaux contraceptifs progestatifs sont non seulement plus efficaces, mais ont en outre moins d'effets secondaires.^{31,32}

Aucune de ces trois stratégies n'est sans limites. La première, concernant l'élargissement du choix de méthodes, repose sur des données d'études transnationales et n'est pas soutenue par celles d'études expérimentales ni même longitudinales au niveau du pays quant à la mesure dans laquelle l'ajout de méthodes améliore la continuité de la contraception, amoindrit le besoin non satisfait ou réduit la fécondité non désirée. Pour la deuxième, les données de pays relatives à l'association entre la qualité des soins, y compris l'interaction entre la patiente et le prestataire, et une meilleure continuité de la contraception reposent sur des études longitudinales (de panel) et non expérimentales. Enfin, l'amélioration de la technologie de la contraception peut être prometteuse, mais elle reste à venir. Il faudra de plus encore quelque temps avant qu'elle ne fasse ses preuves au niveau des pays. Que peut-on donc envisager programmatiquement dès aujourd'hui pour améliorer la poursuite de la contraception et réduire le besoin non satisfait?

Nous sommes d'avis que des efforts doivent être déployés pour élargir le choix de contraceptif par l'ajout de méthodes actuellement non disponibles et par la génération de données spécifiques aux pays à travers la réalisation d'études longitudinales et expérimentales. Entre-temps, étant donné les contraintes et les coûts de l'ajout de nouvelles méthodes et dans le contexte des méthodes déjà disponibles, la meilleure stratégie semblerait être l'amélioration de la qualité des soins et de l'interaction entre la patiente et le prestataire, dans les structures de santé ou lors des visites à domicile.

Quatre groupes de femmes contribueront vraisemblablement au besoin non satisfait dans le futur: les anciennes utilisatrices présentant un besoin actuel non satisfait, les utilisatrices actuelles dont le besoin est satisfait, les femmes qui n'ont jamais pratiqué de méthode moderne et présentent un besoin actuel non satisfait et celles qui ne présentent actuellement aucun besoin mais qui le pourraient dans le futur si leurs préférences de fécondité ou leur comportement changent. Pour favoriser la pratique de la contraception, les agents communautaires et de santé peuvent recourir aux algorithmes ou à la technologie pour identifier les femmes qui présentent un besoin actuel de contraception et les classer dans ces groupes lors de l'approche communautaire ou des visites de femmes venant consulter, s'approvisionner en contraceptifs ou choisir une première méthode dans les structures de santé. Les agents de santé peuvent alors leur fournir l'information et les services contraceptifs appropriés. Cette stratégie peut exploiter ou opérationnaliser le concept du besoin non satisfait en encourageant les anciennes utilisatrices présentant un besoin non satisfait à reprendre leur pratique de la contraception, en encourageant les utilisatrices actuelles dont le besoin est satisfait à persévérer ou à changer de méthode si celle adoptée initialement ne leur convient plus, et à aider celles qui n'ont encore pratiqué aucune méthode, mais qui présentent un besoin non satisfait à sélectionner une méthode adaptée à leurs circonstances.

Conclusions

Si de nombreuses études antérieures^{2,5-7,9} ont reconnu la nécessité de réduire les taux élevés d'arrêt de contraception, la présente étude est la première à estimer empiriquement leur contribution potentielle au besoin non satisfait actuel et futur. Bien que l'élargissement du choix de méthodes ne suffise vraisemblablement pas à réduire l'arrêt spécifique des méthodes déjà disponibles, il peut sérieusement limiter l'arrêt de la contraception en général en encourageant le passage à une autre méthode lorsque celle pratiquée ne convient plus. Le haut niveau d'arrêt de la contraception passé a déjà produit des dizaines de millions de cas de besoin non satisfait et, faute de réduire considérablement l'arrêt de méthode de contraception, un plus grand nombre encore s'ajoutera au besoin non satisfait dans les prochaines années. De toute évidence, favoriser la reprise de contraceptifs des anciennes utilisatrices qui présentent un besoin non satisfait et aider celles

dont le besoin est actuellement satisfait à réaliser leurs intentions reproductive par la continuité de la pratique peuvent constituer une stratégie efficace de réduction du besoin non satisfait à l'avenir.

RÉFÉRENCES

1. Westoff CF et Bankole A, The time dynamics of unmet need: an example from Morocco, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):12-24.
2. Jain A, Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority? *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(Suppl.):S39-S43 & S49.
3. Casterline JB, El-Zanaty Fet El-Zeini LO, Unmet need and unintended fertility: longitudinal evidence from upper Egypt, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(4):158-166.
4. Jain AK, Mahmood A et Sathar Z, Unmet need and unwanted childbearing: evidence from a panel survey, document présenté au séminaire international de l'UIESP: Is Access Enough? Understanding and Addressing Unmet Need in Family Planning, Nanyuki, Kenya, du 14 au 16 mai 2013.
5. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1-16.
6. Blanc AK, Curtis SL et Croft TN, Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):127-140.
7. Bradley SEK, Schwandt HM et Khan S, Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, USA: ICF Macro, 2009, n° 20.
8. Bradley SEK, Croft TN et Rutstein SO, The impact of contraceptive failure on unintended births and induced abortions: estimates and strategies for reduction, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, USA: ICF Macro, 2011, n° 22.
9. Ali MM, Cleland J et Shah IH, *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence for 60 Demographic and Health Surveys*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2012.
10. Bradley SEK et al., Revising unmet need for family planning, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, USA: ICF International, 2012, n° 25.
11. Bradley SEK et al., Revising unmet need for family planning, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, USA: ICF International, 2012, n° 28.
12. Ross J, Futures Group, Family planning Program Effort Score (PES), 2009, données inédites, consultées le 13 février 2011.
13. Ross J et Smith E, Trends in national family planning programs, 1999, 2004 and 2009, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):125-133.
14. Programme des Nations Unies pour le développement, *Human Development Report 2010*, New York: Palgrave Macmillan, 2010. (Publié en français sous le titre *Rapport sur le développement humain 2010*.)
15. Ross J et Hardee K, Access to contraceptive methods and prevalence of use, *Journal of Biosocial Science*, 2012, consulté le 9 juillet 2013.
16. Ross J et Stover J, Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009, *Global Health: Science and Practice*, 2013, 1(2):203-212, consulté le 12 août 2013.
17. Costello M et al., A client-centered approach to family planning: the Davao Project, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(4):302-314.
18. Sathar Z et al., Introducing client-centered reproductive health services in a Pakistani setting, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):221-234.
19. León F et al., *The Balanced Counseling Strategy: A Toolkit for Family Planning Providers*, Washington, DC: Population Council, 2008.

- 20.** Jain AK et al., Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines, *Journal of Biosocial Science*, 2012, 44(1):27–41.
- 21.** Sanogo D et al., Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal, *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7(2):57–73.
- 22.** RamaRao S et al, The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76–83.
- 23.** Koenig MA, Ahmed S et Hossain MB, The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh, FRONTIERS Final Report, Washington, DC: Population Council, 2003.
- 24.** Patel D, Patel A et Mehta A, The effects of service quality on IUD continuation among women in rural Gujarat, in: Koenig MA and Khan ME, eds, *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme: The Challenge Ahead*, New York: Population Council, 1999, pp. 333–345.
- 25.** Mensch B et al., Avoiding unintended pregnancy in Peru: Does quality of care matter? *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(1):21–27.
- 26.** Lei ZW et al., Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception, *Contraception*, 1996, 53(6):357–361.
- 27.** Halpern V et al., Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, n° 4, art. n° CD004317, consulté le 24 août 2013.
- 28.** Harbison S, Completing the demographic transition in developing countries: What does quality have to do with it? Document présenté au XXV Congrès international de la population de l'UIESP, Tours, France, du 18 au 23 juillet 2005.
- 29.** Cleland J et al., Family planning: the unfinished agenda, *Lancet*, 2006, 368(9549):1810–1827.
- 30.** Darroch J, Sedgh G et Ball H, *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*, New York: Guttmacher Institute, 2011.
- 31.** RamaRao S, Sitruk-Ware R et Townsend JW, New vistas in contraceptive technology, *Gender and Development*, 2008, 16(2):327–344.
- 32.** Brache V, Payán LJ et Faundes A, Current status of contraceptive vaginal rings, *Contraception*, 2013, 87(3):264–272.

Remerciements

Francis Obare et Ian Askew ont bénéficié du soutien du STEP UP (Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy) Research Programme Consortium, financé par UKaid du ministère britannique au Développement international (DFID). Les conclusions et les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de la source de financement.

Coordonnées de l'auteur: ajain@popcouncil.org