

Besoins non satisfaits en contraception

Enquête qualitative. Kasserine & Kairouan. Tunisie. 2017



Contexte

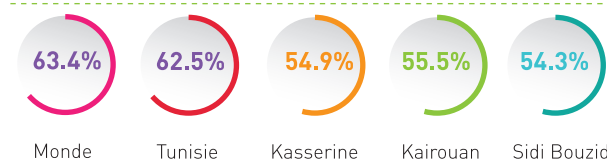
Cette enquête qualitative s'inscrit dans le cadre de la **vision 2020 de l'IPPF** dont l'un des objectifs vise à réduire de 50 % le taux des besoins non satisfaits en contraception dans le monde et de l'initiative mondiale **FP2020** qui s'appuie sur le principe que toutes les femmes doivent avoir accès aux contraceptifs qui peuvent sauver des vies. Ces deux initiatives constituent une étape importante dans la réalisation de l'**ODD 3, cible 3.7** : garantir l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030.

Objectifs

Réalisée à titre expérimental à Kasserine et Kairouan, l'enquête a pour but de définir les facteurs qui influencent le comportement des femmes en matière de contraception et d'identifier leurs besoins non satisfaits en contraception.

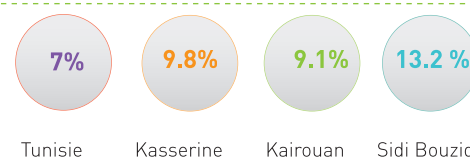
Les résultats de cette enquête permettront également aux décideurs et planificateurs de mieux orienter les programmes de planification familiale.

Taux de prévalence contraceptive



Source : Enquête MICS 4. Ministère du Développement et de la Coopération Internationale avec l'Institut National de la Statistique. 2012. Tunisie

Taux de besoins non satisfaits



Population cible - Femmes mariées en âge de reproduction des régions de Kasserine et de Kairouan

Le **besoin non satisfait en matière d'espacement des naissances** est défini comme le pourcentage de femmes n'utilisant pas une méthode de contraception

ET ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, sont fertiles et déclarent qu'elles veulent attendre deux ans ou plus pour une nouvelle grossesse

OU ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, sont fertiles et ne savent pas si elles veulent avoir un autre enfant

OU sont enceintes et disent que la grossesse était mal programmée, qu'elles auraient voulu attendre
sont en aménorrhée post-partum, déclarent que la naissance était mal programmée, qu'elles auraient voulu attendre.

Le **besoin non satisfait pour la limitation des naissances** est défini comme le pourcentage des femmes n'utilisant pas une méthode de contraception

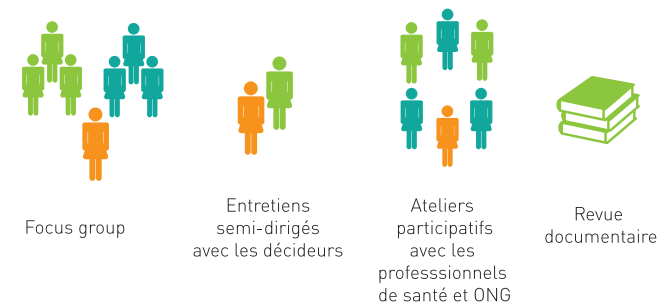
ET ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, sont fertiles et déclarent qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants

OU sont enceintes et disent qu'elles ne voulaient pas avoir d'enfants

OU sont en aménorrhée post-partum et disent qu'elles ne voulaient pas de grossesse.

Le taux de besoin non satisfait en matière de contraception correspond à la somme du taux de besoin non satisfait en matière d'espacement des naissances et du taux de besoin non satisfait pour la limitation des naissances.

Méthodologie



Echantillon - Kasserine & Kairouan

-
- 40 femmes mariées en âge de reproduction ayant des besoins non satisfaits en contraception
 - 19 hommes mariés
 - 14 professionnels et décideurs de la santé

Paramètres étudiés

-
- ✓ Connaissances sur la planification familiale et des méthodes de contraception modernes
 - ✓ Autonomie de décision et attentes des femmes en matière de contraception
 - ✓ Accessibilité financière des services de contraception

-
- ✓ Pesanteurs et barrières sociales
 - ✓ Offre de services de contraception
 - ✓ Engagement des professionnels et des décideurs de la santé

Principaux résultats

Connaissances sur la planification familiale et des méthodes de contraception modernes

- La majorité de l'échantillon de l'enquête connaît les méthodes contraceptives proposées par les secteurs public et privé. Les méthodes les plus citées sont le DIU, la pilule, l'implant, les injectables, les préservatifs et les spermicides.

Autonomie de décision et attentes des femmes en matière de contraception

- Selon l'échantillon, la femme rurale assume une importante charge de travail quotidienne (travaux domestiques, emploi rural) qui implique une contraception adaptée.
- Les femmes soulignent leur insatisfaction quant aux effets secondaires des contraceptifs utilisés (prise de poids, spotting, aménorrhée prolongée, saignement, infections...etc.).

Accessibilité financière des services de contraception

- Les femmes considèrent que le coût de la contraception est élevé. Elles doivent payer certaines prescriptions, et sont le plus souvent contraintes de recourir au secteur privé pour se faire soigner, retirer un DIU, changer de contraceptif, se faire insérer un implant ...
- Les femmes habitant hors de la ville de Kasserine, soulignent les difficultés d'accès à certains services : insertion d'implant, échographies de contrôle du DIU, contraception pour quelques cas spécifiques (maladies chroniques, cancers...).
- Malgré une bonne couverture en services de santé reproductive et de planification familiale, la majorité des femmes n'ont souvent le choix qu'entre les pilules et les injectables.

Pesanteur et barrières sociales

- Aussi bien les hommes que les femmes sont plutôt favorables à l'espacement des naissances, mais soulignent que la limitation des naissances est contraire à leurs croyances religieuses.

- Peu d'oppositions socioculturelles ont été constatées. Toutefois, les couples déclarent continuer à faire des enfants tant qu'ils n'auront pas eu d'enfants des deux sexes et/ou qu'ils n'auront pas eu un enfant de sexe masculin.

Offre de services de contraception

- Les femmes déplorent que la gamme de contraceptifs proposée par le secteur public soit très limitée. À Kasserine et à Kairouan, le secteur public ne dispose pas de DIU la progestérone (de type Mérima) ou de pilules dites de «nouvelle génération» (telle que Jasmin).
- Les échecs de contraception et les effets secondaires vécus par quelques femmes laissent supposer des faiblesses en matière de conseil relatifs aux méthodes contraceptives, aux protocoles de suivi et aux effets secondaires.

Engagement des professionnels et des décideurs de la santé

- Les responsables de l'ONFP et des Soins de Santé de Base insistent sur la nécessité de renforcer les compétences jugées «érodées par le travail de terrain» (formation/ motivation/ recrutement).
- Il semble ne pas y avoir de recherche active des cas de besoins non satisfaits ; les prestataires se contentent de répondre aux demandes spontanées des clients.
- La majorité des animatrices recrutées dans le cadre du projet des « Zones d'Ombre » initié par l'ONFP en 1995 continuent d'exercer et de profils nouvellement recrutés pourraient être formés et redéployés sur les activités éducatives.
- Selon les responsables interviewés, le budget de l'ONFP consacré aux médicaments et examens complémentaires est jugé insuffisant. C'est ainsi qu'une fois les stocks de médicaments épuisés, les femmes, y compris celles bénéficiaires des soins de santé de base, sont contraintes de prendre en charge financièrement leur contraception et les traitements destinés à traiter les effets secondaires.

Recommandations et axes de plaidoyer

- **Déployer une stratégie visant à garantir le droit à la contraception pour toutes les femmes**, y compris celles vivant dans les zones géographiques isolées/précaires du pays. L'enquête réalisée montre que l'accès universel à la contraception n'est toujours pas garanti pour les populations vivant dans les zones rurales ou loin des chefs-lieux des régions.

- **Etablir un plan de relance de la planification familiale.** Malgré un engagement politique moins prononcé pour la planification familiale, la contraception est l'une des composantes les plus importantes de la baisse de la morbidité/mortalité maternelle et infantile et de l'amélioration de l'état général des populations. Le plan de relance préconisé mettrait l'accent sur la formation et la motivation des prestataires (Services et IEC), la sécurisation des stocks de contraceptifs, le renforcement des ressources humaines et matérielles ainsi que la promotion d'approches communautaires de mobilisation sociale.

- **Introduire des méthodes contraceptives de nouvelle génération dans le secteur public.** L'existence d'un écart de variété de contraceptifs entre le secteur privé et le secteur public a été largement déploré par la population enquêtée.

- **Etablir un plan de renforcement des capacités des services de l'ONFP et ceux des Soins de Santé de Base**, afin d'assurer à l'ensemble de la population concernée son accès aux services de contraception. Il s'agirait principalement d'investir dans les ressources humaines et matérielles, de renforcer le management et l'organisation des services cibles et de créer des services spécifiques aux zones enclavées/éloignées (clinique mobile, caravane de service).

- **Développer une offre active des services de contraception.** Celle-ci consiste en une alerte constante des prestataires des services de santé, qui lors de contacts avec les patientes (par exemples, consultation gynécologique, vaccination des enfants...) s'enquière de leurs besoins en matière de contraception afin de leur proposer une solution adaptée.

- **Garantir la qualité des services de contraception.** Il est essentiel d'élargir la gamme de contraceptifs et d'en sécuriser les stocks, de garantir la disponibilité/ régularité/ rythmicité des services, de disposer d'un personnel qualifié et d'équipements adéquats, d'offrir aux populations cibles la possibilité d'un choix informé, de bénéficier d'un counseling approprié à chaque service/ chaque méthode et d'un suivi sanitaire adapté...

- **Consolider le partenariat entre les ONG (ATSR ou autre) et les acteurs du secteur de la santé.** Cette approche contribuerait à une meilleure couverture des régions en IEC et en services. Le partenariat pourrait englober les services, ou l'IEC ou les deux en même temps.

- **Développer la communication de proximité.** L'ONFP et l'ATSR l'ont expérimenté avec succès à travers un projet santé communautaire dans les régions de Jendouba, Kasserine et Tataouine. Cette approche pourrait être renouvelée/ élargie afin de mieux rechercher, cibler et orienter les femmes ayant des besoins non satisfaits en contraception.