

**Brown Bag Lunch: 18/12/2017**

Ferdi

Ministère des Affaires Étrangères et Européennes

Planning Familial et Fécondité

en Afrique au sud du Sahara :

Quelles politiques de santé et de population?

Michel Garenne

Démographe

FERDI, IRD, IP, WU

*Révisé le 14/12/2017*

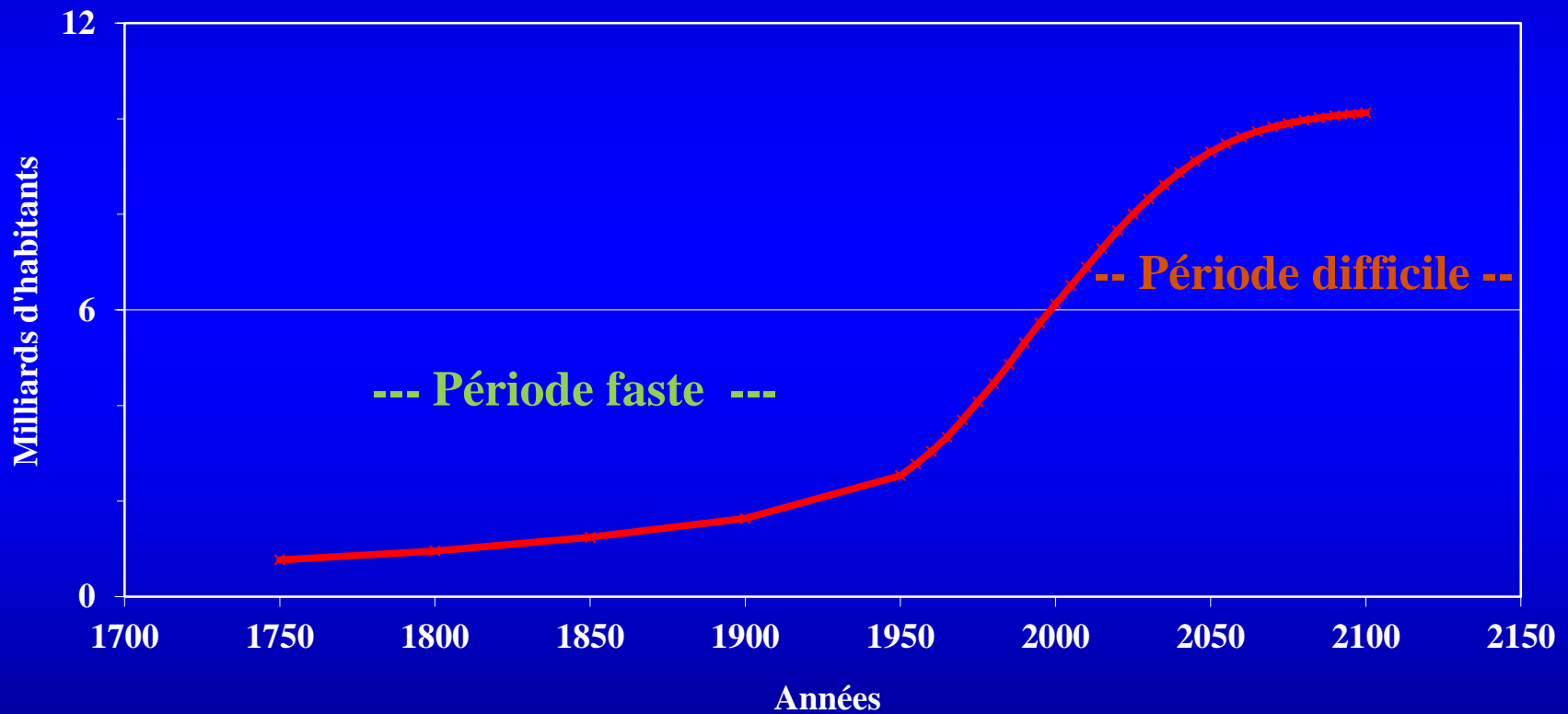
# Points abordés

- Rappel historique sur le planning familial dans le monde
- Tendances récentes de la fécondité en Afrique sub-saharienne et relations avec le planning familial
- Potentiel pour les programmes de développement:
  - Santé publique (prévention des naissances non désirées)
  - Politique de population (maîtrise de la croissance démographique)

# Rappel sur les contraintes liées à la croissance démographique

- Croissance exponentielle de la population:
  - Insoutenable à long-terme
  - Maitrise de la fécondité est nécessaire
  - Les progrès de la médecine et de la santé publique ont été très rapides: baisse de la mortalité rapide, souvent associée à une augmentation de la fécondité
  - Indispensable de limiter la fécondité et de revenir à une croissance quasi-nulle ou négative

# Évolution de la population mondiale (Courbe Logistique)



Source: *Projections 2010-2100: Nations Unies, Division de la population*

# Bref historique du contrôle des naissances en Europe

- Baisse de la fécondité en France (1720 +)
- Malthus (écrits: 1798-1826)
- Réveil des idées de Malthus (1860+)
- Début de la baisse de la fécondité dans la plupart des pays européens: 1870-1930
- Fin de la transition: vers 1930 pour la plupart des pays européens, vers 1960 pour les derniers pays (Irlande, Albanie)

# Bref historique du planning familial avant 1940

- Féministes (*birth control*)
  - Sanger sisters, New-York (1921)
  - Marie Stope, Londres (1923)
- Russie communiste (1924)
  - Nouvelle philosophie de l'intervention étatique
  - Avortement médical autorisé
  - But social, féministe et économique

# Planning familial après 1945

- Conscience du problème de la population au niveau mondial
- Groupe d'intellectuels américains
  - Universités: Harvard, Hopkins
  - Fondation Rockefeller
  - Gouvernement américain (USAID)
- Premiers essais de promotion de la planification des naissances dans le Tiers-Monde dès 1950 (Inde / Khanna)

# Innovations technologiques (outre méthodes anciennes)

- Pilules (1960+)
- Stérilet (1958+)
- Injectables (1969+)
- Implants (1983+)
- Pilule abortive (1988+)
- Pilule du lendemain (1999+)
- Stérilisation non-chirurgicale
- etc.



# Les institutions

## (années 1950-1970)

- Universités / Ecoles de santé publique: Harvard (*Khanna study*), Hopkins, etc.
- Fondations: Rockefeller, Ford, Hewlett-Packard, et plus récemment: B&M Gates
- IPPF / Fédération des associations de P.F.
- Gouvernement américain: USAID & consultants
- Europe: Royaume Uni, Suède
- Nations Unies: FNUAP (*UNFPA*), et autres agences (OMS, UNICEF)

# Les conférences internationales sur le planning familial

- Genève (1964)
- Bucarest (1974)
  - World Action Plan
- Mexico (1984)
  - Déclaration du Kilimandjaro (Afrique)
- Le Caire (1994): ICPD
- Strasbourg (2004): conférence des parlementaires
- Londres (2012): sommet / 69 états cibles
- Londres (2017): sommet / besoins des adolescentes

# Schéma général du planning familial dans les pays africains

- Arrivée des contraceptifs modernes (1960+)
- Installation des premières cliniques de planning familial (1970+)
- Programme national de planning (1980)
- Politique de population (1990)
- Mises au point des programmes (2000)
- Diversité dans les calendriers, l'intensité, les réussites

## 2<sup>ème</sup> partie:

# Cas des pays africains

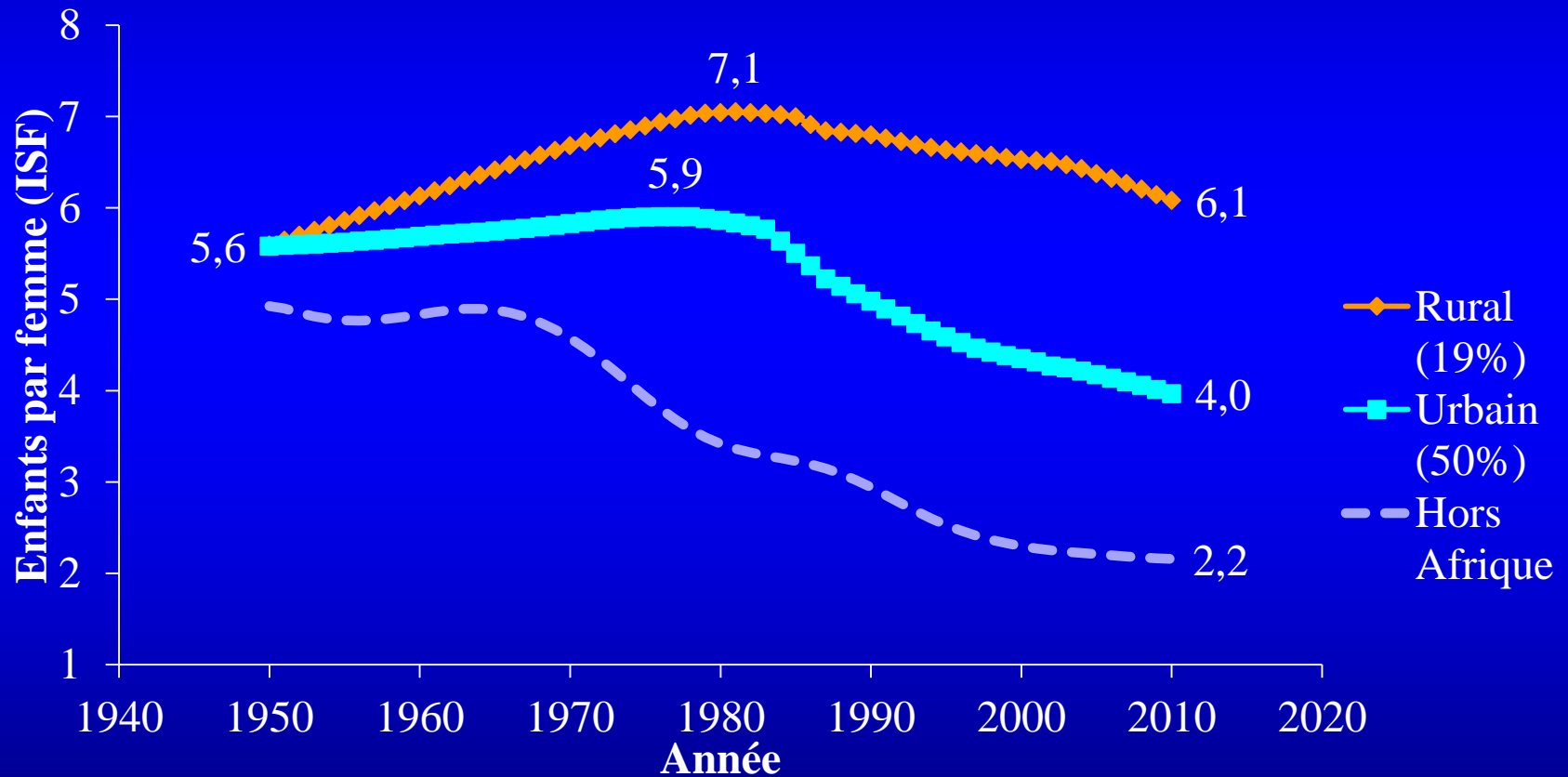
- Grande diversité entre les pays africains
  - Certains ont réussi à faire avancer le P.F.
  - D'autres sont en retard, voire en échec
- Différences entre milieu urbain / milieu rural
- Etudes de cas:
  - Contraste de cas / témoins (milieu rural)
  - Couples de pays comparables sur le plan économique et social
  - Différentes politiques de population

# Sources des données

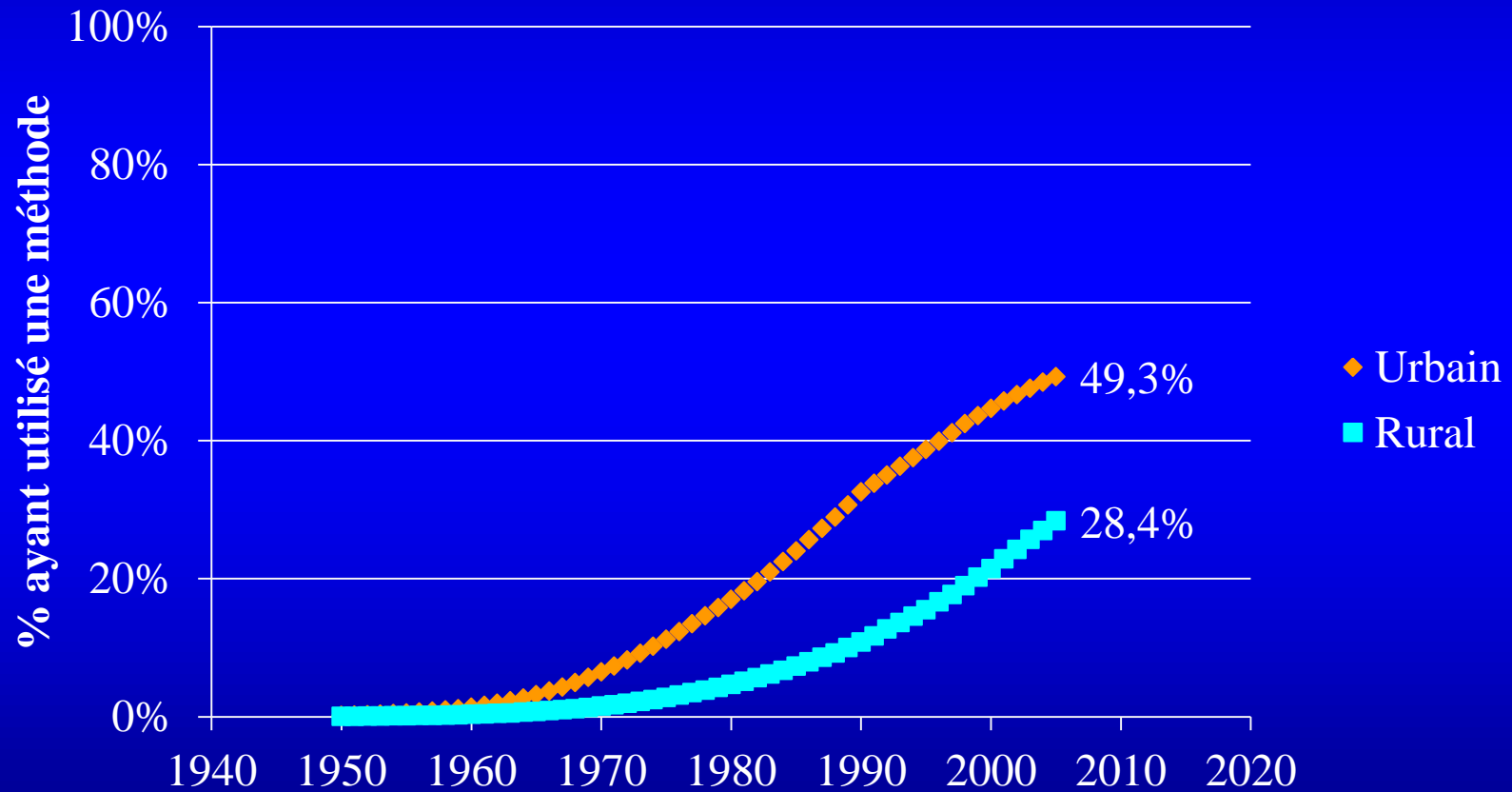
- Pas d'état civil fiable en Afrique
- Données des enquêtes démographiques
  - EDS / DHS
- Fournissent les tendances:
  - Utilisation de la contraception
  - Fécondité (enfants par femme / ISF)
- Autres: Futures Group (programmes de PF)
- PIB/ capita: Angus Maddison (OCDE)

# Tendances de la fécondité

## Afrique au sud du Sahara



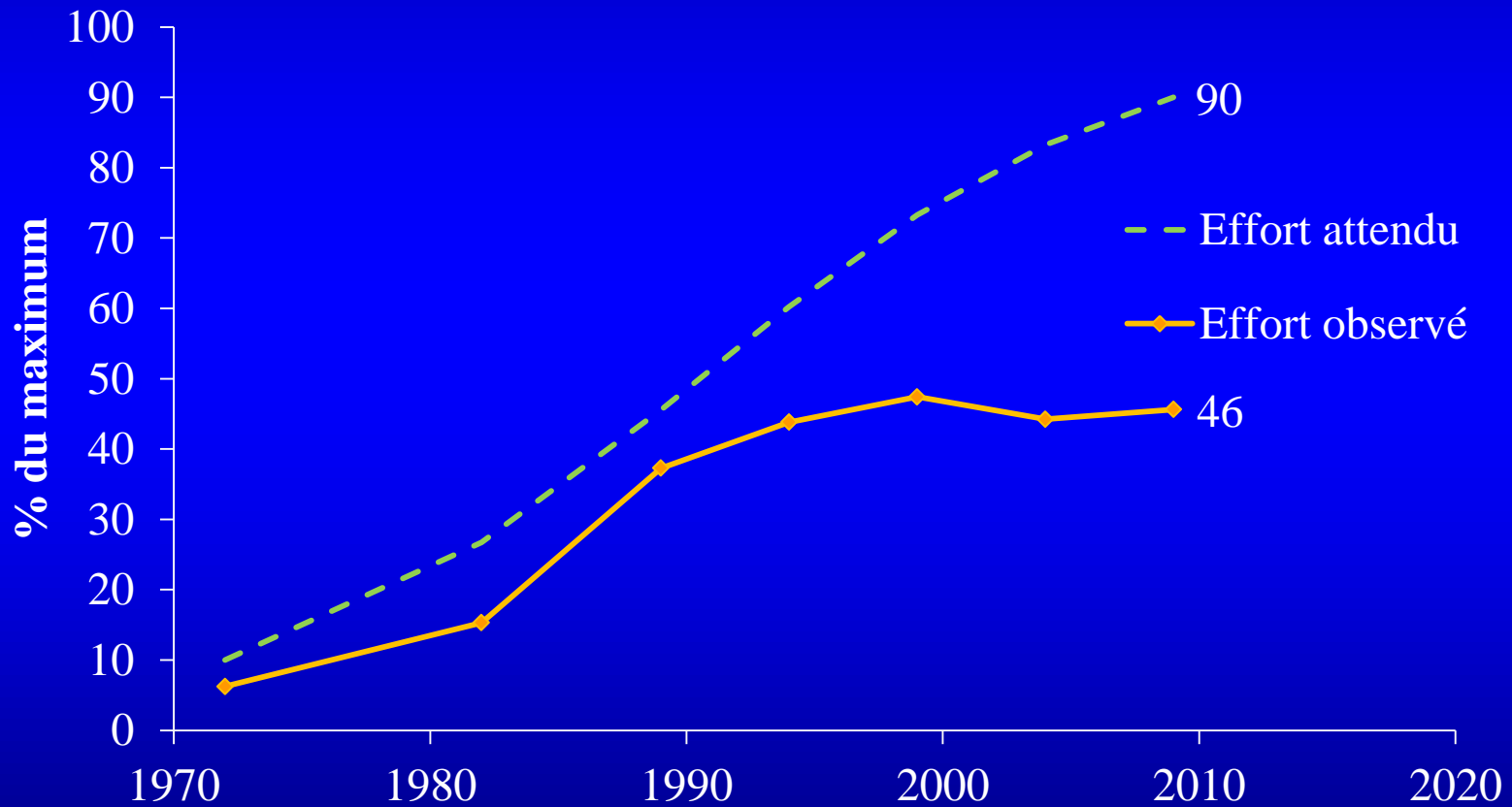
# Tendances de la contraception Afrique au sud du Sahara



Sources: enquêtes DHS

# Efforts de programme de planning

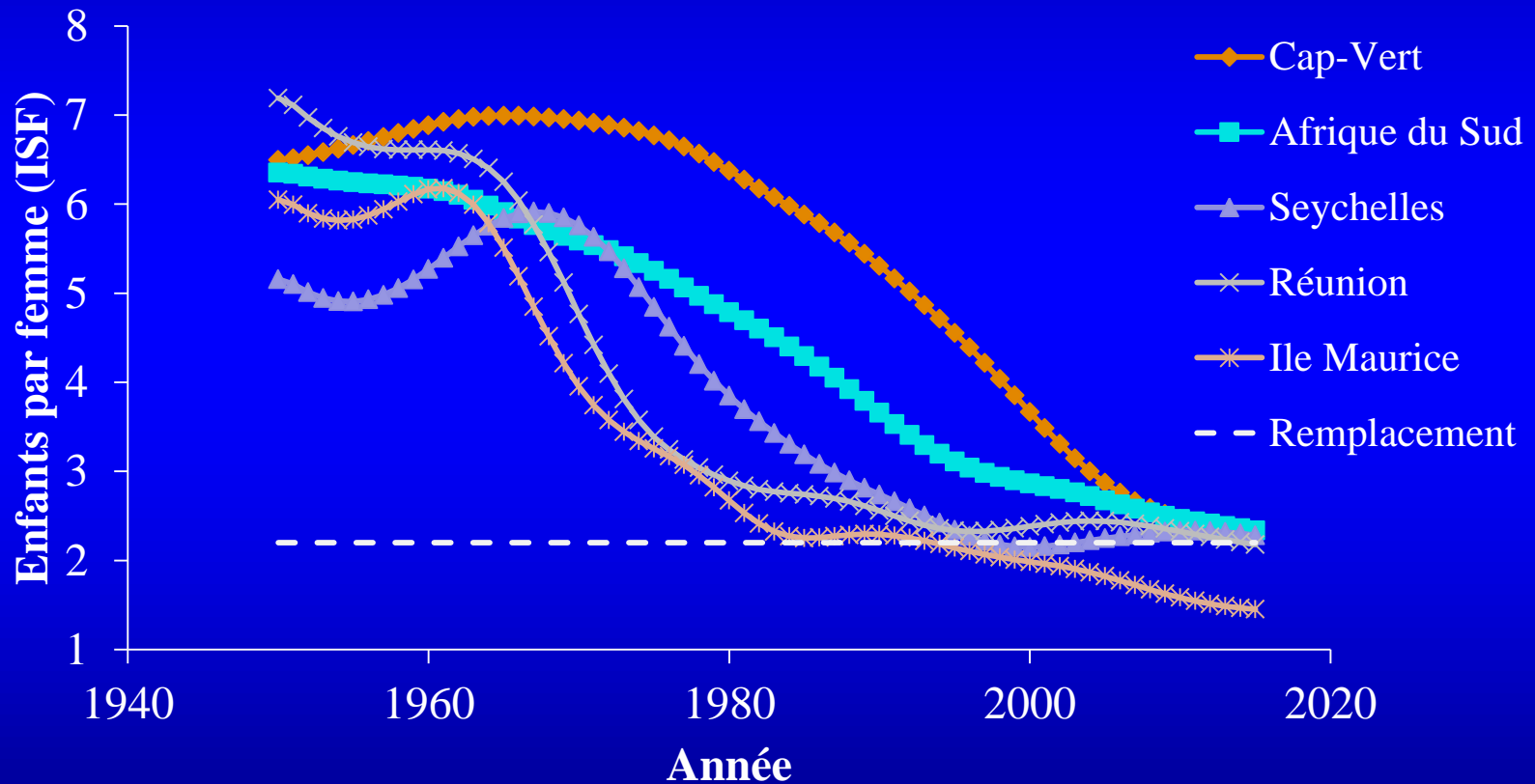
## Afrique au sud du Sahara



Source: Futures group

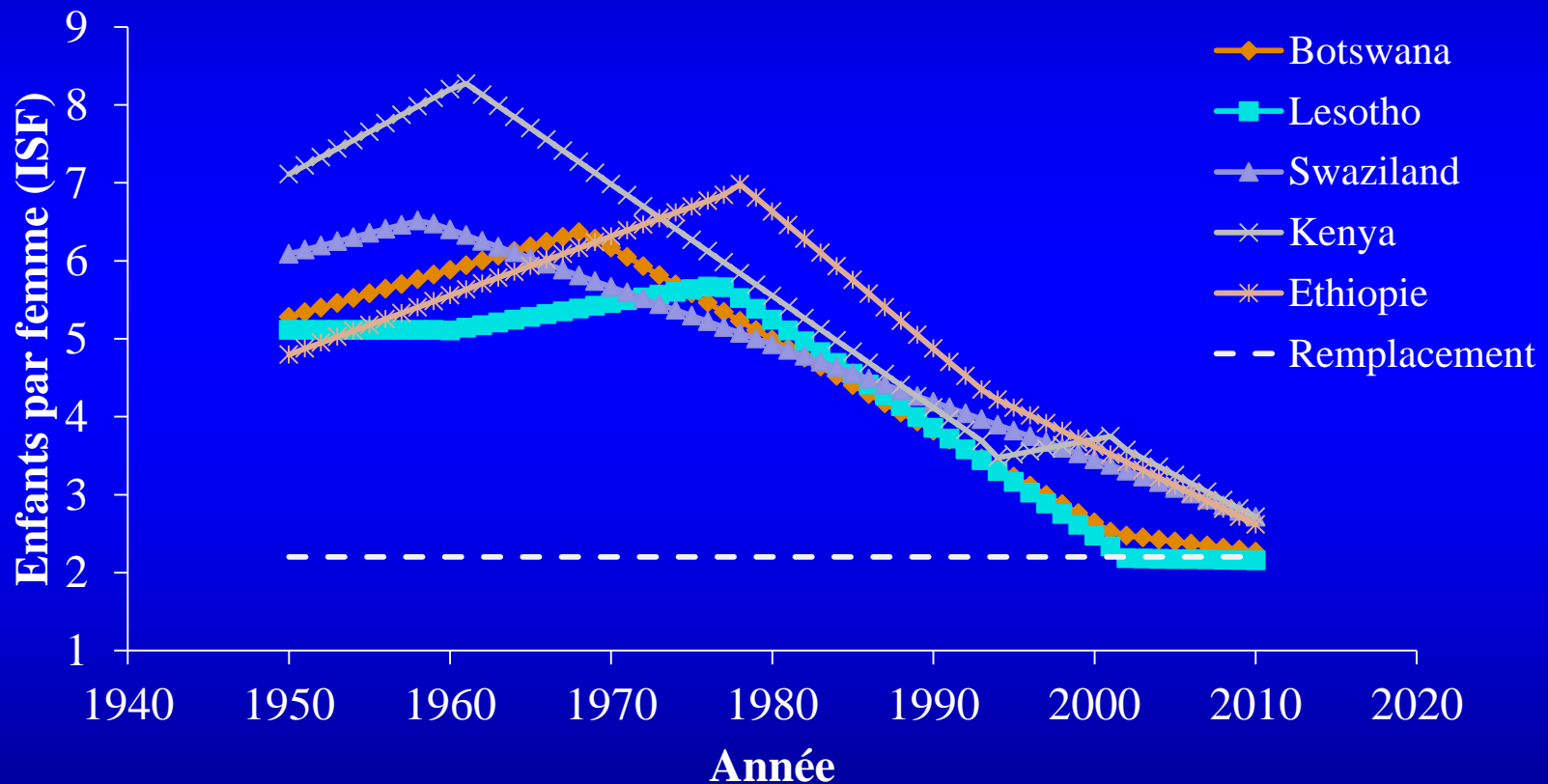


# Transitions de fécondité terminées: (niveau national)

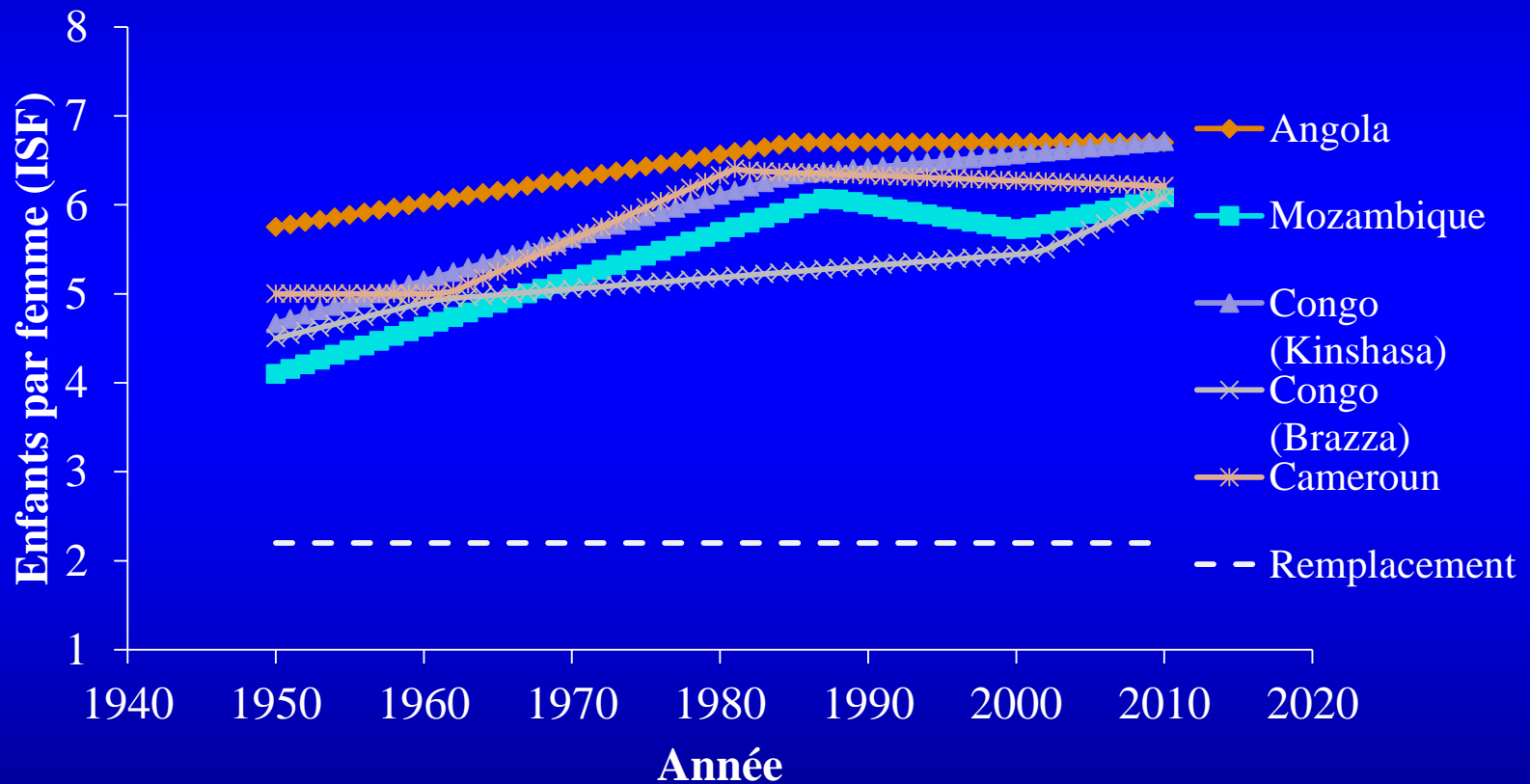


Sources: Nations Unies, 2015

# Transitions pratiquement terminées en milieu urbain



# Transitions pas encore commencées en milieu rural



# 3° partie: Etudes cas / témoins

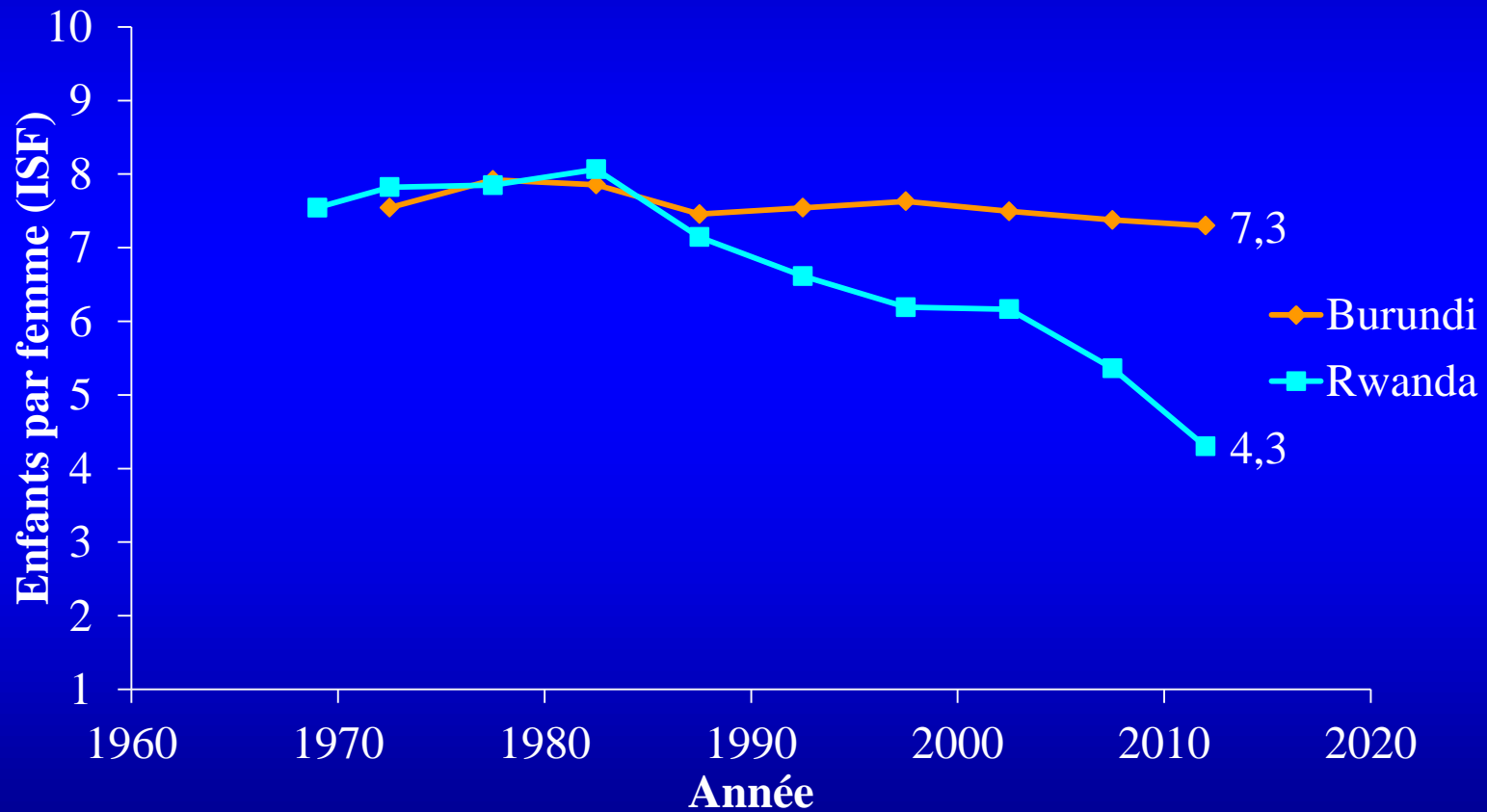
- Cas / témoins
  - Cas: pays ayant réussi, transition en cours
  - Témoins: pays en échec, peu de résultat
- Couples de pays à caractéristiques similaires:
  - Rwanda / Burundi
  - Kenya / Ouganda
  - Ghana / Nigeria
  - Zimbabwe / Zambie
  - Madagascar / Mozambique

# Comparaison Rwanda/Burundi (milieu rural)

	Rwanda	Burundi
Effort index, 1982	23,0	10,5
Effort index, 1999	62,1	40,2
Prévalence contraception	46,7 %	16,7 %
Visite à domicile	21,5 %	4,1 %
ISF, 1980	8,03	6,94
ISF, 2010	4,64	6,67
% Transition	56,3 %	5,6 %

# Rwanda / Burundi

(milieu rural)

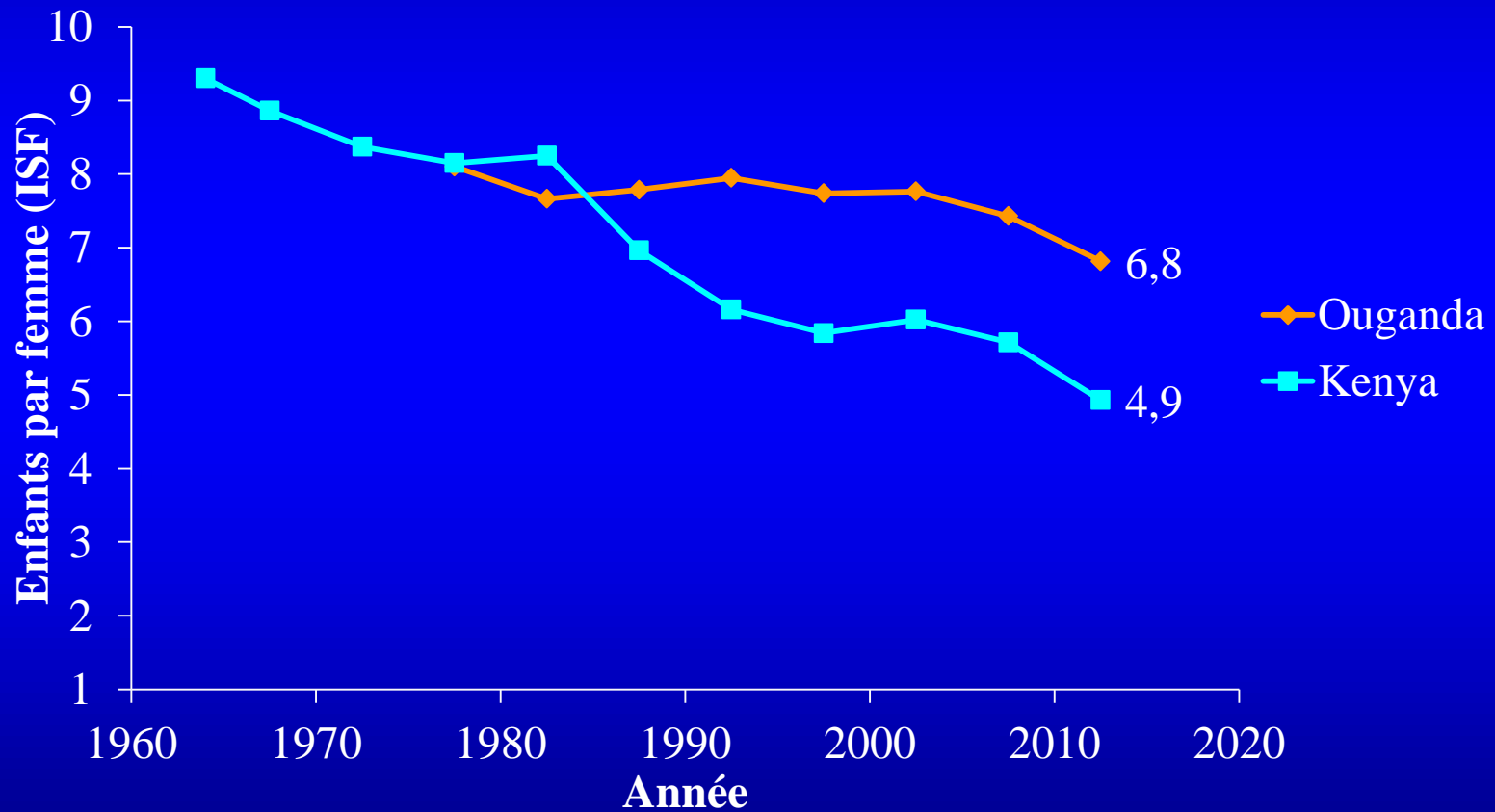


# Comparaison Kenya / Ouganda (milieu rural)

	Kenya	Ouganda
Effort index, 1982	28,1	17,1
Effort index, 1999	48,7	50,4
Prévalence contraception	50,9 %	23,4 %
Visite à domicile	6,8 %	8,7 %
ISF, 1980	8,81	7,92
ISF, 2010	5,18	6,80
% Transition	53,3 %	18,9 %

# Kenya / Ouganda

(milieu rural)



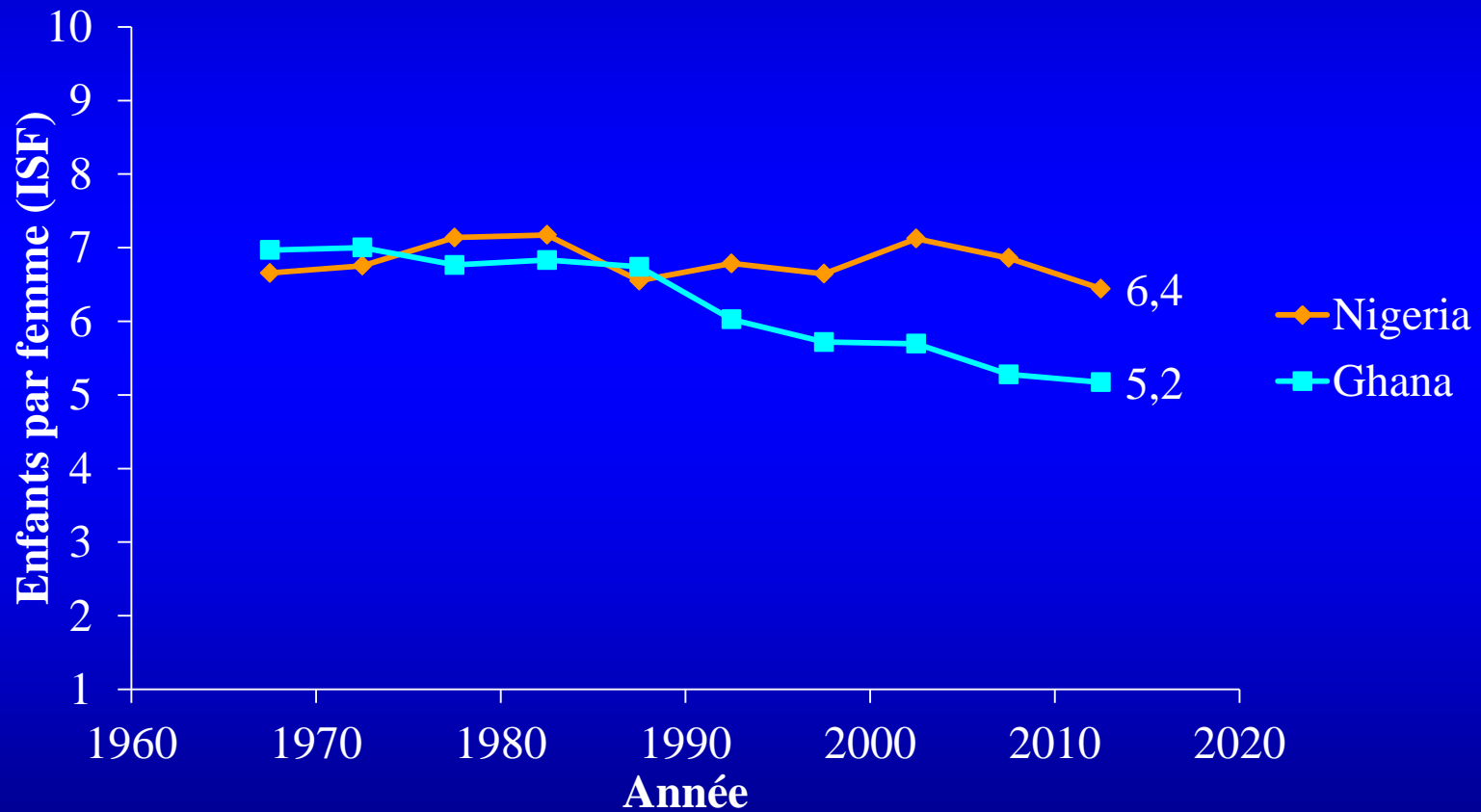


# Comparaison Ghana / Nigeria (milieu rural)

	Ghana	Nigeria
Effort index, 1982	17,8	12,8
Effort index, 1999	46,4	33,6
Prévalence contraception	24,6 %	5,7 %
Visite à domicile	12,2 %	5,3 %
ISF, 1980	6,95	7,25
ISF, 2010	4,80	6,57
% Transition	43,3 %	13,0 %

# Ghana / Nigeria

(milieu rural)

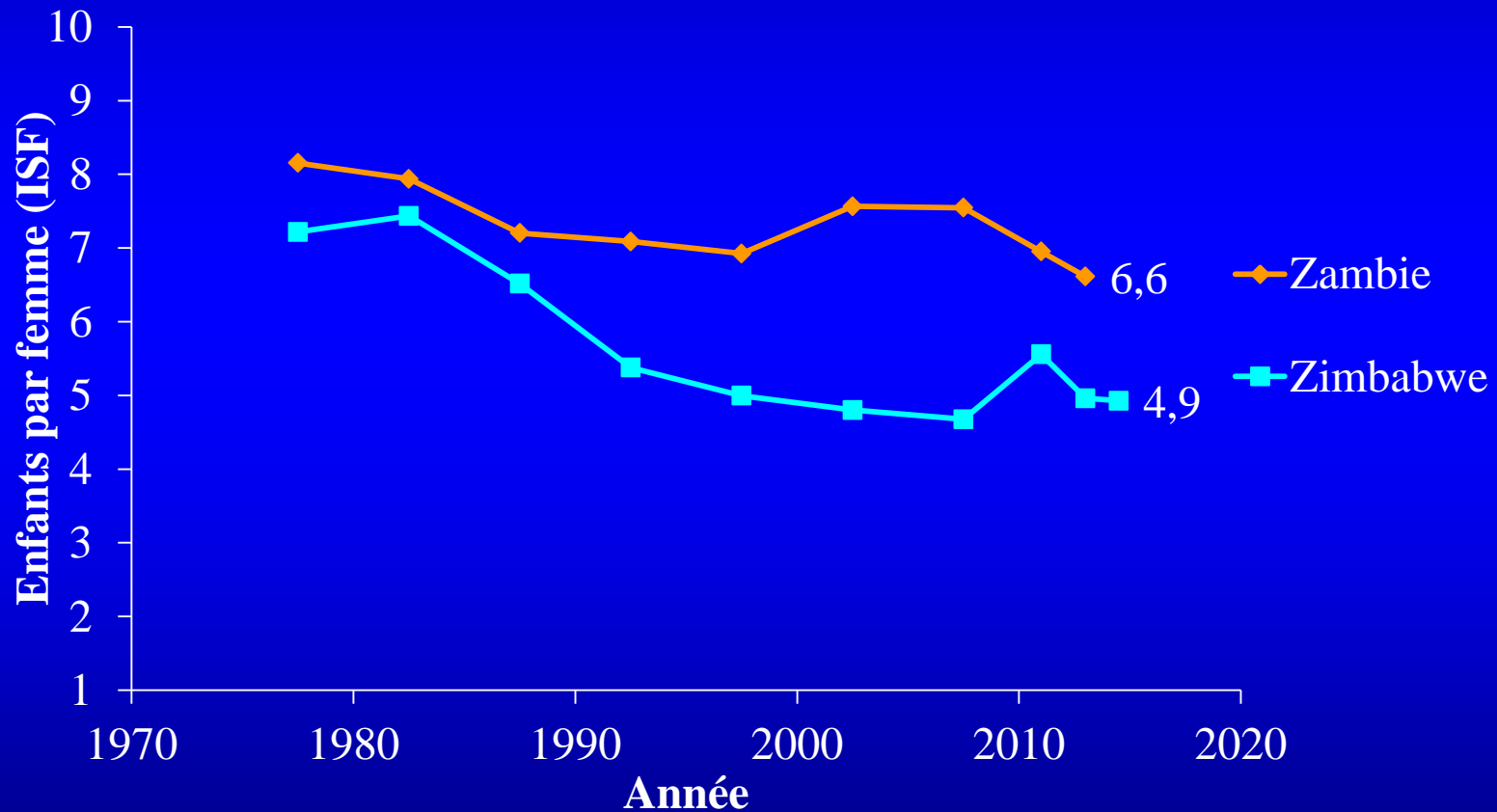


# Comparaison Zimbabwe / Zambie (milieu rural)

	Zimbabwe	Zambie
Effort index, 1982	27,3	16,4
Effort index, 1999	59,9	44,6
Prévalence contraception	63,2 %	39,0 %
Visite à domicile	13,0 %	11,6 %
ISF, 1980	7,52	8,11
ISF, 2010	5,01	7,11
% Transition	45,6 %	16,4 %

# Zimbabwe / Zambie

(milieu rural)

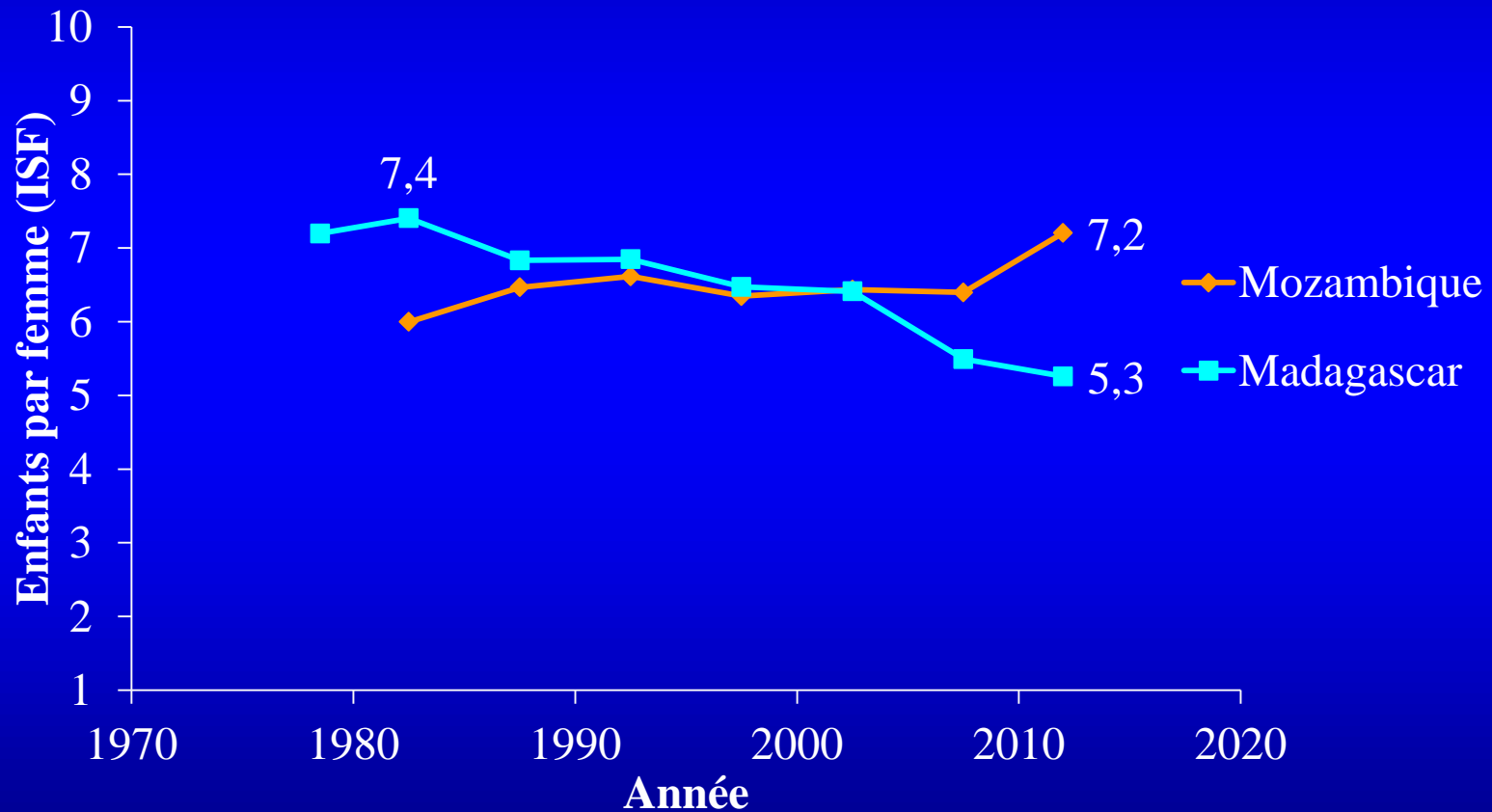


# Comparaison Madagascar / Mozambique

	Madagascar	Mozambique
Effort index, 1982	8,6	16,4
Effort index, 1999	64,0	39,2
Prévalence contraception	28,0 %	7,2 %
Visite à domicile	7,5 %	8,1 %
ISF, 1980	7,55	6,76
ISF, 2010	4,96	6,76
% Transition	46,7 %	0,0 %

# Madagascar / Mozambique

(milieu rural)



# Comparaison cas / témoins: corrélats socio-économiques

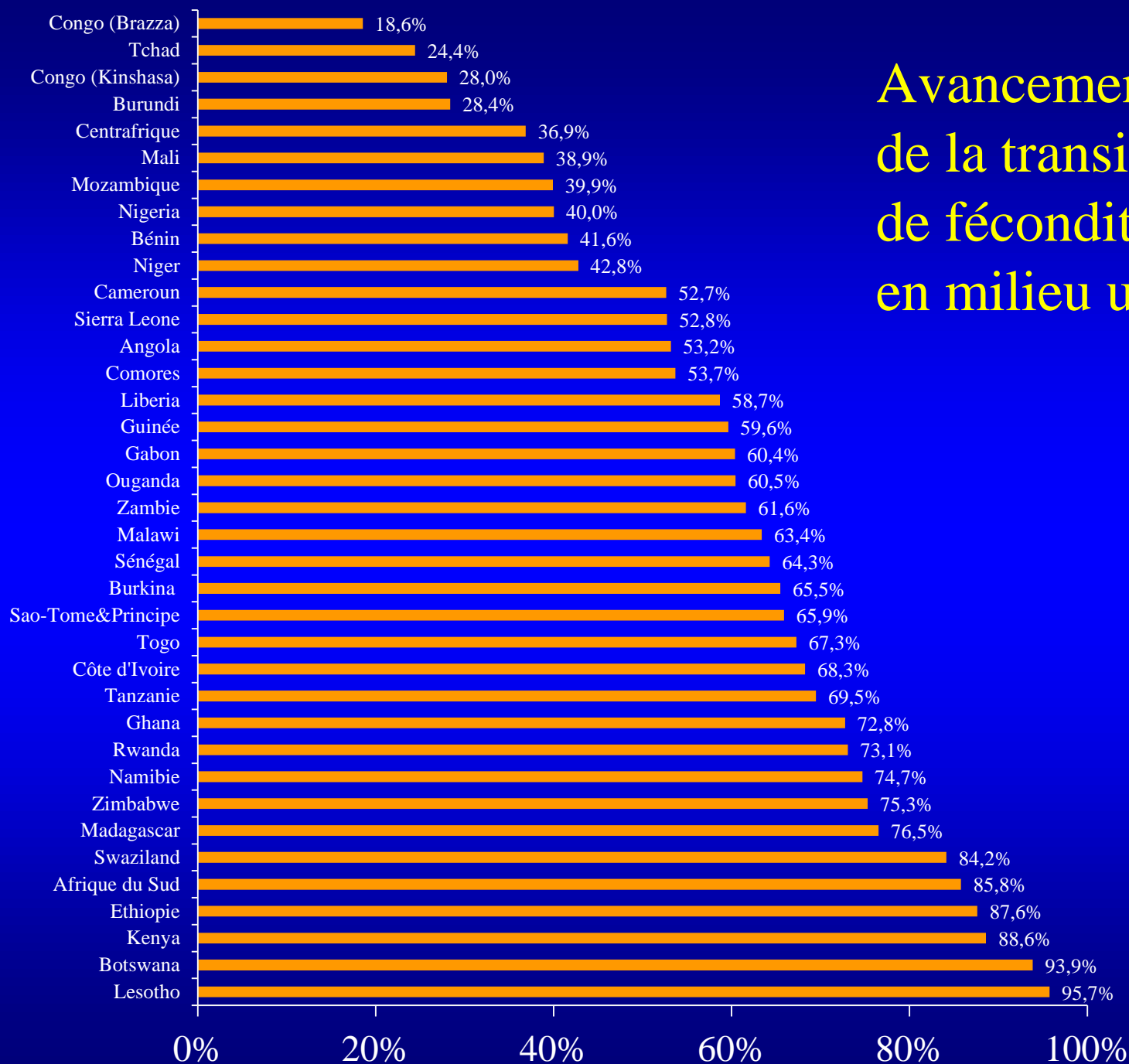
	Cas (succès) (5 pays)	Témoins (échec) (5 pays)
<i>Revenu par tête</i>		
PIB, 1980	1985 \$	1723 \$
PIB, 2010	1941 \$	2303 \$
Taux de croissance	-0,1 %	+1,0 %
<i>Niveau d'instruction</i>		
AYS, 1975	2,20	1,28
AYS, 2005	5,19	3,58
Changement	+2,99	+2,29

# 4<sup>o</sup> partie: Synthèse africaine

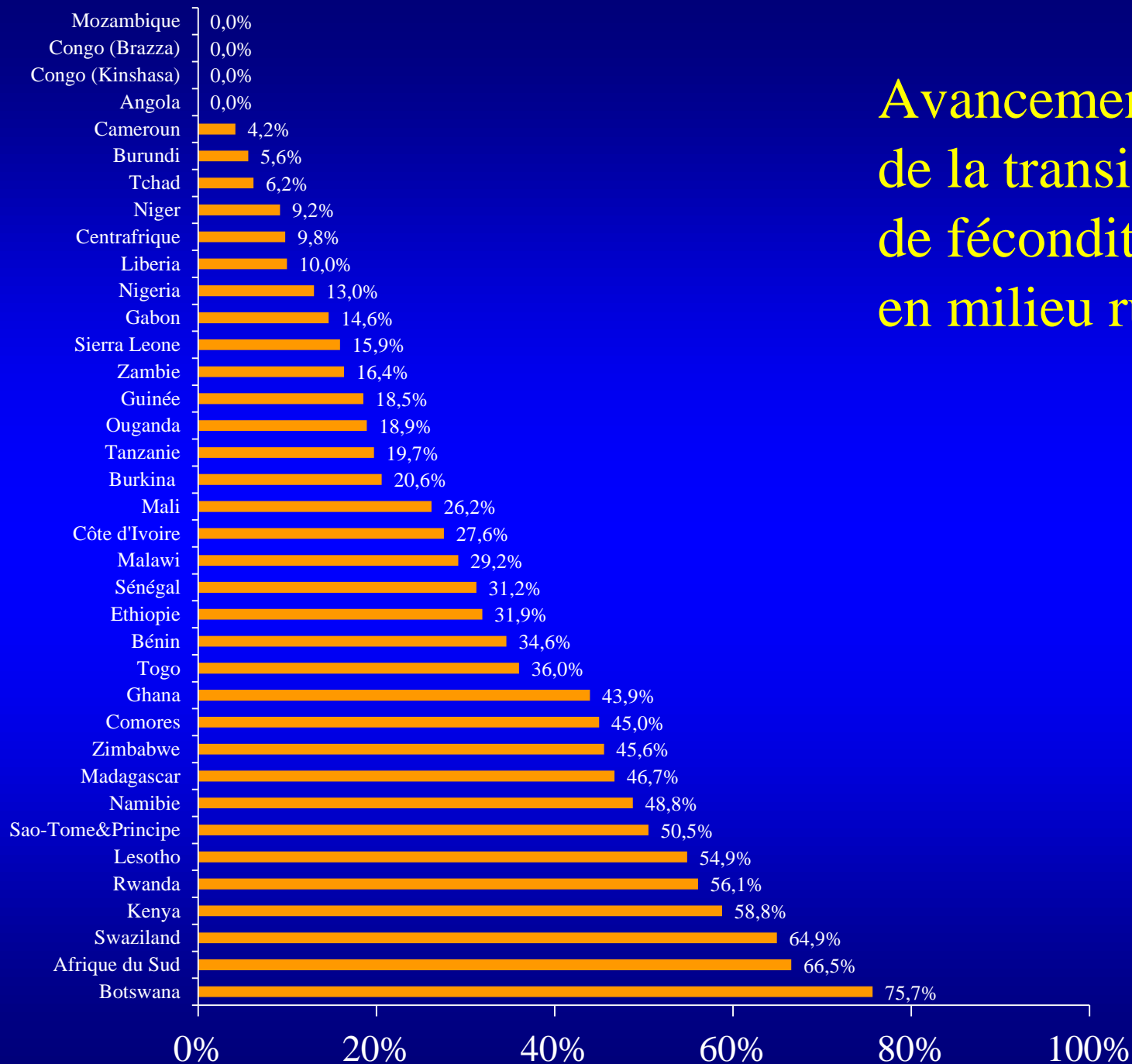
- Etat d'avancement de la transition dans les pays africains: urbain et rural
- Corrélat socio-économiques
- Conditions de succès des programmes de planning familial

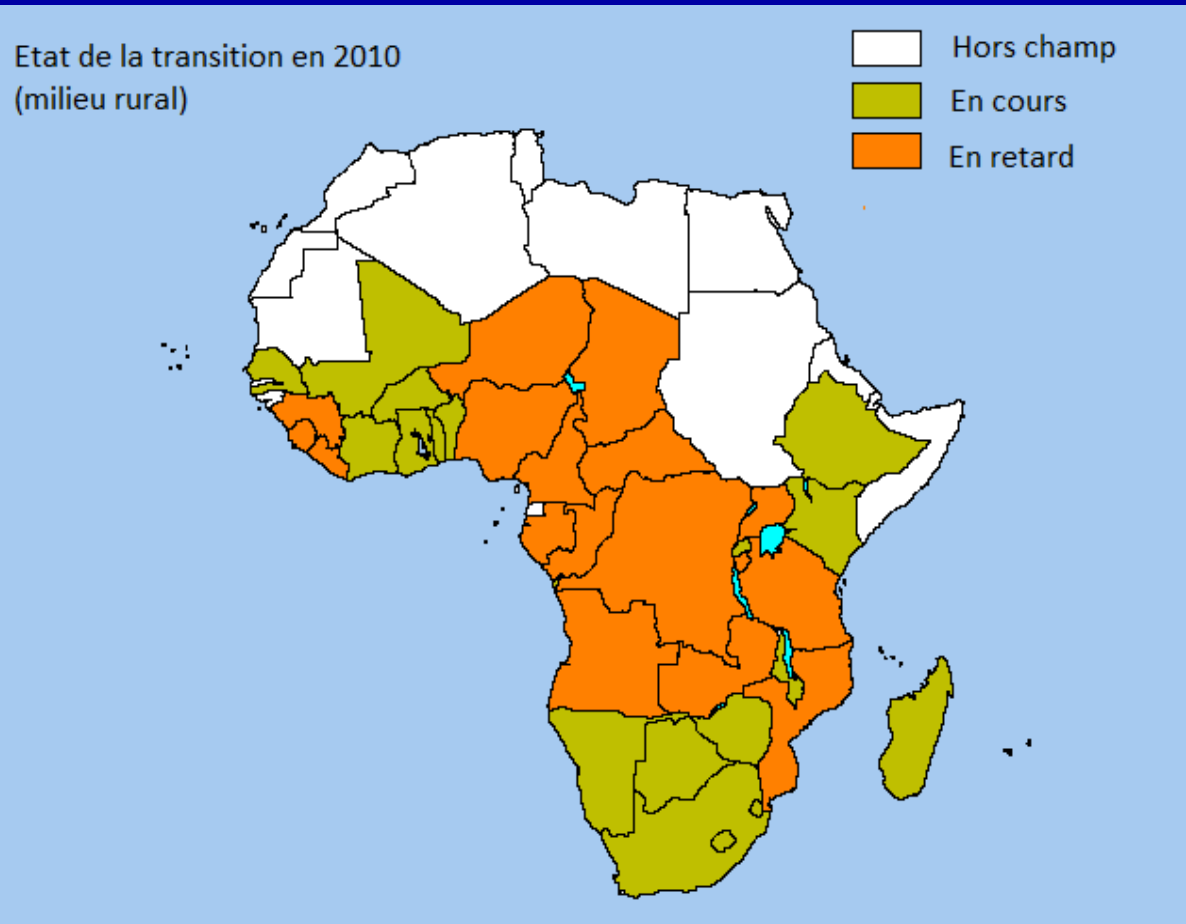


# Avancement de la transition de fécondité en milieu urbain



# Avancement de la transition de fécondité en milieu rural





*Sources: enquêtes DHS*

# Corrélat socio-économiques

- Distinguer les analyses transversales (les plus fréquentes)
  - Mesure des différentiels au niveau de la structure sociales: mesure l'état d'avancement de la transition selon les groupes sociaux
- Les analyses longitudinales (rares)
  - Mesure l'impact des variations des déterminants (revenu, instruction, etc.) sur les variations de la fécondité

# Impact des déterminants (analyse longitudinale)

	Pourcentage expliqué (variation fécondité)	
<b>Déterminants</b>		
Contraception, totale ( <i>ever use</i> )	43%	
Contraception, actuelle ( <i>current use</i> )	21%	
Age au mariage	24%	
<b>Corrélat</b>		
Revenu par tête	NS	
Niveau d'instruction	NS	

Source: DHS surveys, Analytical Studies No 18 (2008) No 42 (2014)

# Conditions du succès du planning familial

- Volonté politique / Engagement de l'Etat
- Absence de réticences : religions, groupes de pression, groupes ethniques
- Organisation du programme: efficace, adapté aux besoins, sensible à la population
- Financement
- Réceptivité de la population

# Conclusions

- Encore beaucoup de travail à faire pour assurer la couverture universelle en Afrique:
  - Fournir un accès universel (toutes les femmes en âge de procréer), par structures fixes ou équipes mobiles
  - Spécificité du milieu rural (visites à domicile)
  - Proposer des méthodes appropriées et efficaces
  - Garantir la confidentialité et la gratuité
  - Adresser les besoins particuliers des adolescentes
- Enorme potentiel pour améliorer la planification des naissances en Afrique

# PLANIFICATION FAMILIALE



# FAITES LE BON CHOIX



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale / SEPS  
PDRH 1 Banque Mondiale / U.S.C. SANTE

Maquette : Aïssine DIOUF

