

Rôle des programmes de planification familiale du secteur public dans la réponse à la demande de contraception en Afrique subsaharienne

Par John
Bongaarts et
Karen Hardee

John Bongaarts est vice-président et chercheur éminent du Conseil de la population à New York et Karen Hardee, associée principale, à la direction du projet Evidence Project du Conseil de la population à Washington, DC.

CONTEXTE: Les indicateurs usuels de comportement contraceptif d'une population—le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm), le besoin non satisfait de contraception, la demande de contraception et la demande satisfaite—ne conviennent pas particulièrement à l'évaluation des progrès réalisés par les programmes de planification familiale mis en œuvre par les gouvernements pour aider les femmes et les hommes à atteindre leurs objectifs de procréation.

MÉTHODES: Les tendances de ces mesures dans 26 pays d'Afrique subsaharienne, entre 1990 et 2014, ont été examinées. Celles d'un nouvel indicateur proposé, la cote d'impact du programme de planification familiale du secteur public (IPFP), et son rapport au TPCm et à la cote d'effort de planification familiale ont également été évalués. Des études de cas ont servi à l'examen de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme public de planification familiale dans quatre pays (Éthiopie, Kenya, Nigéria et Rwanda).

RÉSULTATS: Les quatre indicateurs usuels captent la mesure dans laquelle les femmes pratiquent la planification familiale et la demande est satisfaite, mais ils ne révèlent pas directement le rôle des programmes de planification familiale. La cote IPFP apporte l'élément probant pouvant servir à responsabiliser les gouvernements face à la demande de planification familiale; elle s'est révélée étroitement liée à l'évolution des politiques dans les quatre pays à l'étude.

CONCLUSIONS: La cote IPFP apporte un complément utile aux indicateurs actuels d'évaluation des progrès en santé reproductive et des programmes de planification familiale.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2018, pp. 11–20, <https://doi.org/10.1363/FR0118>

Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) poursuivaient plusieurs objectifs de santé, notamment l'OMD5, « Améliorer la santé maternelle ». ¹ La cible 5.B, sous cet objectif, était de « rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 ». Plusieurs indicateurs, dont la prévalence contraceptive et le besoin non satisfait de planification familiale, ont servi au suivi des progrès réalisés. Les Objectifs de développement durable (ODD) définis ultérieurement et dont l'échéance est fixée à l'horizon 2030, poursuivent, au titre de l'ODD3, l'objectif de santé global de « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». ² Sa cible 3.7 vise à « assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ». Pour cette cible, l'indicateur de planification familiale est la « proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes pour satisfaire leurs besoins de planification familiale ».

Pour progresser vers la réalisation des cibles des OMD et ODD en matière de santé reproductive, de nombreux pays ont investi dans des programmes de planification familiale volontaire. Un argument clé de ces programmes

est qu'ils aident les femmes et les hommes à atteindre leurs objectifs de procréation en leur donnant accès à un éventail de méthodes contraceptives et à l'information relative à ces méthodes et à leurs avantages. ³ Les investissements dans ces programmes cherchent à résoudre le problème de l'importante demande non satisfaite de contraception, dont le résultat se mesure en grossesses non planifiées. Chaque année, environ 73 millions de grossesses non planifiées surviennent dans le monde en développement (49% d'entre elles sont interrompues par un avortement provoqué), entraînant des effets sanitaires et économiques néfastes pour beaucoup de femmes, d'enfants et de familles. ⁴

Dans cet article, nous commençons par examiner les tendances des indicateurs de comportement contraceptif des OMD et ODD largement utilisés, afin de déterminer les mieux adaptés à l'évaluation du progrès vers l'amélioration de la capacité des femmes à concrétiser leurs préférences reproductives. L'intérêt en est que les indicateurs des OMD diffèrent de ceux des ODD. ^{1,2} Nous nous concentrons sur l'Afrique subsaharienne, où le niveau de pratique contraceptive reste largement inférieur de moitié à ceux observés en Asie ou en Amérique latine, ⁵ les besoins non satisfaits demeurent élevés ⁵⁻⁷ et les programmes de planification familiale sont souvent faibles. ⁸ Nous proposons ensuite un

nouvel indicateur d'évaluation du rôle des programmes publics de planification familiale dans la réponse à la demande de contraception, que l'approche conceptuelle des indicateurs OMD et ODD standard ne couvre pas. Enfin, nous discutons les études de cas d'élaboration dans quatre pays des programmes de planification familiale et des changements de politique les concernant, afin de contextualiser les observations relatives aux tendances du rôle des programmes du secteur public.

MÉTHODES

Plusieurs indicateurs sont utiles à la quantification des dimensions du comportement contraceptif des femmes en âge de procréer.⁷ Les mieux connus sont la prévalence contraceptive et le besoin de contraception non satisfait – tous deux retenus pour suivre les progrès relatifs à la cible 5.B de l'OMD correspondant. La prévalence contraceptive se définit comme la proportion des femmes en union (soit, mariées ou en union consensuelle) qui pratiquent actuellement la contraception. Dans cet article, nous parlons de « taux de prévalence contraceptive moderne » (TPCm) pour désigner la prévalence de la pratique des méthodes modernes. Les méthodes traditionnelles sont moins efficaces et les programmes de planification familiale ne mettent guère ou pas du tout l'accent sur leur introduction ou leur promotion.* Le besoin non satisfait de contraception moderne représente la proportion de femmes en union qui sont fécondes et qui désirent ne pas ou ne plus avoir d'enfants ou différer leur prochaine maternité, mais qui ne pratiquent pas de méthode moderne.†

Deux mesures étroitement liées – la demande de contraception et la proportion de la demande satisfaite – sont aussi largement utilisées; la seconde est d'ailleurs un indicateur de la cible 3.7 de l'ODD correspondant. La demande de contraception est la proportion des femmes en union qui désirent ne plus avoir d'enfants ou différer leur prochaine maternité, représentant la somme du besoin non satisfait et du TPCm. La demande satisfaite se calcule en divisant le TPCm par la demande. Le terme « satisfaite »

*Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine et masculine, la pilule, le stérilet/DIU, le contraceptif injectable, l'implant, les méthodes barrières vaginales, le préservatif masculin et féminin, la Méthode des jours fixes et la contraception d'urgence; les méthodes traditionnelles comprennent la méthode du rythme ou Ogino (abstinence périodique), le retrait, l'abstinence prolongée, l'allaitement maternel et les douches vaginales.

†Les femmes sont considérées avoir un besoin de contraception non satisfait si elles sont actuellement en union, ne pratiquent pas de méthode, sont fécondes (peuvent tomber enceintes) et ne désirent pas avoir d'enfant durant les deux prochaines années ou jamais. Les femmes qui identifient leur grossesse en cours comme non planifiée, ou qui ne pratiquent pas de méthode contraceptive et dont la menstruation n'a pas repris après une grossesse non planifiée, sont aussi considérées comme ayant un besoin non satisfait.‡

‡Sont également exclus l'Érythrée, car une guerre avec l'Éthiopie y fausse les données, et le Togo, car le niveau élevé sans précédent de la pratique des méthodes traditionnelles en 1988 puis sa baisse extrême sont anormaux et influencent les calculs d'indicateurs de cette étude. Bien que l'ONU produise des estimations du comportement contraceptif de tous les pays, nous avons exclu ceux sans enquête EDS car cette enquête est nécessaire à l'estimation de la proportion des utilisatrices de la contraception moderne qui ont recours aux services du secteur public.

ne concerne que la pratique ou non d'une méthode moderne, et non la satisfaction de l'utilisatrice à l'égard de la méthode.

Pour commencer notre analyse, nous avons examiné les tendances de ces quatre indicateurs, de 1990 à 2014, dans les pays d'Afrique subsaharienne afin d'évaluer leurs avantages et inconvénients en termes de mesure de la capacité des femmes à atteindre leurs objectifs de procréation. Les estimations annuelles de ces indicateurs pour les femmes en union sont publiées par les Nations unies, sur la base de modèles ajustés aux estimations disponibles des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et d'autres sources nationales.⁵ Nous avons utilisé les estimations relatives à 26 pays d'Afrique subsaharienne comptant plus de 2,5 millions d'habitants et ayant fait l'objet d'au moins une enquête EDS.‡ L'exclusion des populations moins nombreuses rend les moyennes régionales non pondérées plus représentatives de leur région respective.

Aucun des indicateurs discutés plus haut n'estime le rôle des programmes de planification familiale dans la satisfaction de la demande de contraception. Il importe de mesurer la contribution des programmes du secteur public car les États signataires des conventions mondiales sur les droits humains sont tenus de satisfaire au droit de santé sexuelle et reproductive de leur population, y compris en termes de planification familiale.⁹ Aussi avons-nous examiné les tendances d'un nouvel indicateur, la cote d'impact du programme de planification familiale du secteur public (IPFP), et son rapport avec le TPCm, afin de déterminer s'il pourrait être plus utile. L'IPFP évalue l'effet du programme du secteur public sur la proportion de la demande satisfaite. Pour le calcul, il s'agit du produit de la proportion de la demande satisfaite et de la proportion des utilisatrices de la contraception qui ont recours aux services du secteur public. La valeur de l'IPFP – exprimée sous forme de proportion – peut aller de 0% dans les pays sans programme public de planification familiale à 100% dans ceux dotés d'un programme public aisément accessible et de haute qualité au service de toutes les femmes en quête de contraception.

Une estimation de la proportion des utilisatrices de la contraception qui font appel aux services du secteur public dans chaque pays est dérivée des réponses des utilisatrices de la contraception moderne à une question d'enquête sur la source de leur méthode. Le questionnaire liste les sources possibles, réparties entre « médicale publique » (par exemple, hôpital, clinique, agent de terrain), « médicale privée » (ONG, médecin, pharmacie) et « autre privée » (magasin, amie). Les catégories diffèrent d'un pays à l'autre et sont établies sur la base de discussions avec des experts locaux pour assurer la bonne désignation des sources suivant celles disponibles dans le pays.¹⁰

Ensuite, parce que l'IPFP est un indicateur de la capacité d'un programme de planification familiale du secteur public à satisfaire la demande, il était intéressant de le comparer à l'effort programmatique de planification familiale (EPF), une mesure utilisée depuis le début des

années 1970 pour évaluer la force des programmes nationaux.^{8,11,12} Pour obtenir cette cote, on interroge des observateurs bien informés du pays sur différentes caractéristiques du programme et mesures politiques. Leurs réponses sur quatre dimensions de force programmatique – politiques, services, évaluation et accès aux méthodes – sont combinées pour produire une cote EPF globale. Ces trois dernières décennies, la cote EPF des pays a été mesurée en huit cycles. Nous avons retenu les cotes EPF de 2014, alors comprises en Afrique subsaharienne entre 22 au Sud-Soudan et 74 au Rwanda.⁸

La méthodologie EPF repose sur la sélection de plusieurs observateurs informés pour chaque pays à chaque cycle. Des différences entre les pays et les cycles sont donc prévisibles pour la simple raison que les experts peuvent être différents. Les questions posées ont, du reste, été reformulées ou remplacées au fil du temps. Les différences entre les cotes EPF des pays et les tendances des pays individuels doivent par conséquent être interprétées avec prudence.

Bien qu'il n'existe pas d'étalon-or pour évaluer si l'IPFP mesure précisément l'impact du programme public de planification familiale d'un pays, la comparaison des tendances de la politique de planification familiale et de l'élaboration des programmes dans les pays individuels avec les tendances de la cote d'IPFP peut donner une certaine perspective. Nous effectuons ici cette comparaison pour quatre pays à trajectoires de prévalence contraceptive distinctes: le Nigeria, qui n'a guère progressé sur le plan de la planification familiale entre 1990 et 2014; l'Éthiopie et le Rwanda, qui enregistrent depuis peu une hausse rapide du TPCm; et le Kenya, doté d'une prévalence élevée en hausse assez régulière entre 1990 et 2014.

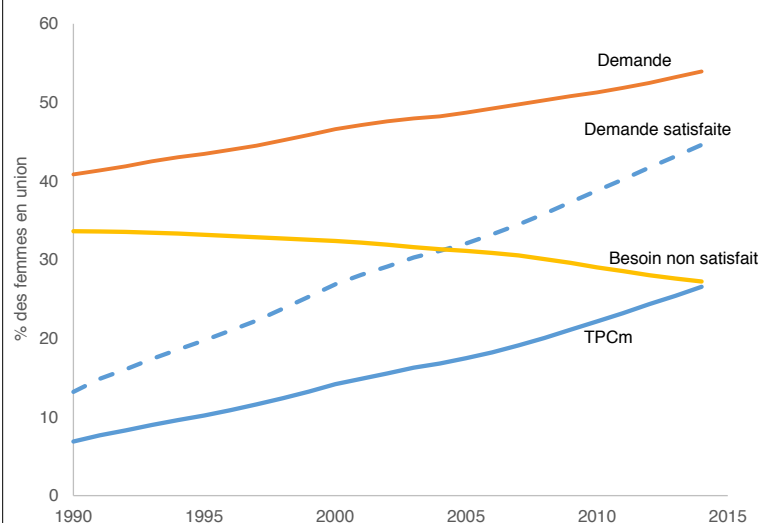
RÉSULTATS

Tendances du comportement contraceptif

Les moyennes non pondérées de trois des quatre indicateurs à l'étude augmentent en Afrique subsaharienne entre 1990 et 2014: de 7% à 27% pour le TPCm; de 41% à 54% pour la demande de contraception; et de 13% à 45% pour la demande satisfaite. En revanche, le besoin non satisfait de contraception moderne est en baisse, de 34% à 27%. Ces tendances sont toutes approximativement linéaires (Figure 1).

Les moyennes dissimulent cependant d'importantes variations au niveau des pays. Notre examen du TPCm dans 26 pays pris isolément a révélé trois groupes (Figure 2). Dans trois pays (Kenya, Afrique du Sud et Zimbabwe), le TPCm, déjà bien supérieur à 10% en 1990, a continué à monter, lentement, au fil de la période. Dans sept pays (Éthiopie, Madagascar, Malawi, Ouganda, Rwanda, Tanzanie et Zambie), la prévalence s'est accrue rapidement, de moins de 10% en 1990 à plus de 30% en 2014. Enfin, dans les 16 pays restants (principalement en Afrique centrale et de l'Ouest), la prévalence n'a guère progressé, bien que la plupart des pays présentent pour le moins une légère hausse. Les tendances de la demande de contraception et

FIGURE 1. Moyenne des indicateurs de comportement contraceptif de 26 pays d'Afrique subsaharienne, 1990–2014



N.B.: TPCm = taux de prévalence contraceptive moderne.

de la demande satisfaite dans chaque pays sont également toutes à la hausse et les pays se classent dans des groupes similaires (non illustré).

En revanche, les tendances du besoin non satisfait paraissent moins claires. Ce besoin est généralement en baisse, entre 1990 et 2014, dans 20 pays; il est en hausse ou inchangé dans les six autres (Figure 3, page 14). Certains pays globalement en baisse ont cependant connu de brefs intervalles de hausse. Le besoin non satisfait représente la différence entre la demande de contraceptifs modernes et la prévalence de la pratique contraceptive moderne: un besoin non satisfait en hausse implique donc que la demande augmente plus rapidement que la prévalence.

Le contraste entre les tendances du besoin non satisfait et de la demande satisfaite est notable. En général, on

FIGURE 2. Tendances du taux de prévalence contraceptive moderne dans 26 pays d'Afrique subsaharienne, 1990–2014

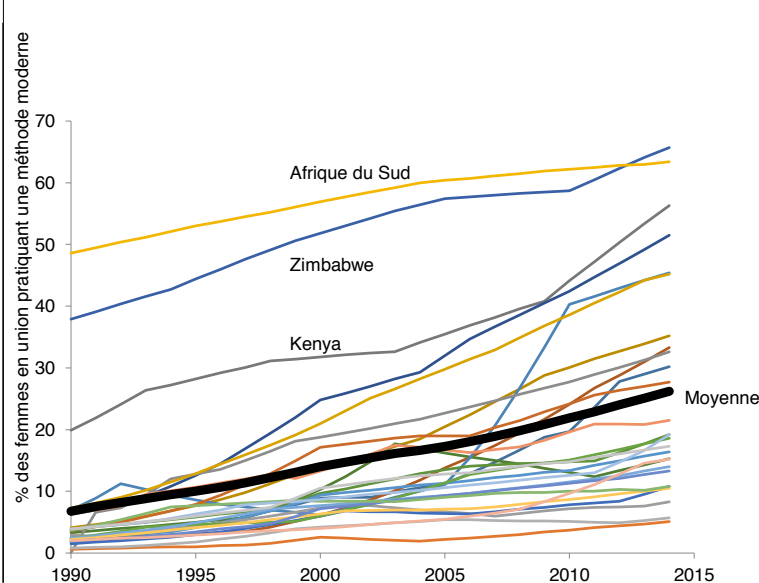
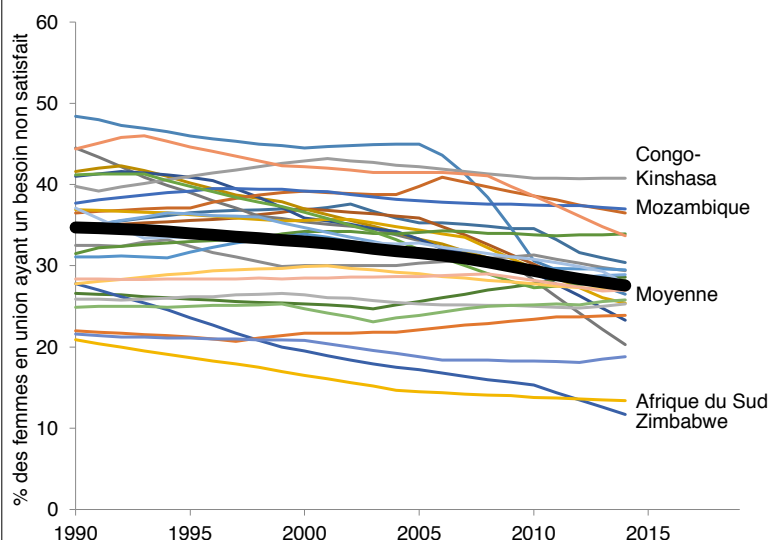


FIGURE 3. Tendances du besoin non satisfait de méthodes modernes, 26 pays d'Afrique subsaharienne, 1990-2014



attendrait une baisse du besoin non satisfait quand la proportion de la demande satisfaite augmente (comme illustré à la Figure 1 pour les moyennes). Tel n'est pourtant pas toujours le cas dans les différents pays. La Figure 4 trace le changement du besoin non satisfait d'un pays entre 1990 et 2014 en fonction de celui de sa demande satisfaite sur la même période. On attendrait ici des variables inversement corrélées. Or, tandis que la demande satisfaite augmente dans tous les pays (tous les changements sont positifs), le besoin non satisfait ne baisse que dans les trois quarts d'entre eux. Où les exceptions sont observées, la demande a augmenté plus rapidement que la pratique, de sorte que le besoin non satisfait et la demande satisfaite sont tous deux en hausse – donnant des signaux incohérents quant à savoir si la capacité des femmes à atteindre leurs objectifs de procréation s'améliore ou non. (En théorie, l'écart entre

la demande et la pratique pourrait s'élargir si rapidement que la proportion de la demande satisfaite serait aussi en baisse, mais nous n'avons pas observé ce phénomène dans notre ensemble de données.)

Rôle des programmes de planification familiale

Les tendances de l'IPFP des 26 pays d'Afrique révèlent différents modèles (Figure 5, page 15). Deux pays (Afrique du Sud et Zimbabwe) présentent un IPFP constamment supérieur à 50%. D'autres (Éthiopie, Kenya, Malawi, Rwanda et Zambie) partent de cotes initiales beaucoup plus faibles qui s'améliorent rapidement après l'année 2000. Enfin, les pays aux cotes les plus faibles (inférieures à 10%, comme le Bénin, le Cameroun, le Congo-Kinshasa, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Nigeria) ne présentent guère ou pas d'amélioration au fil de la période, reflétant le peu d'activité du secteur public.

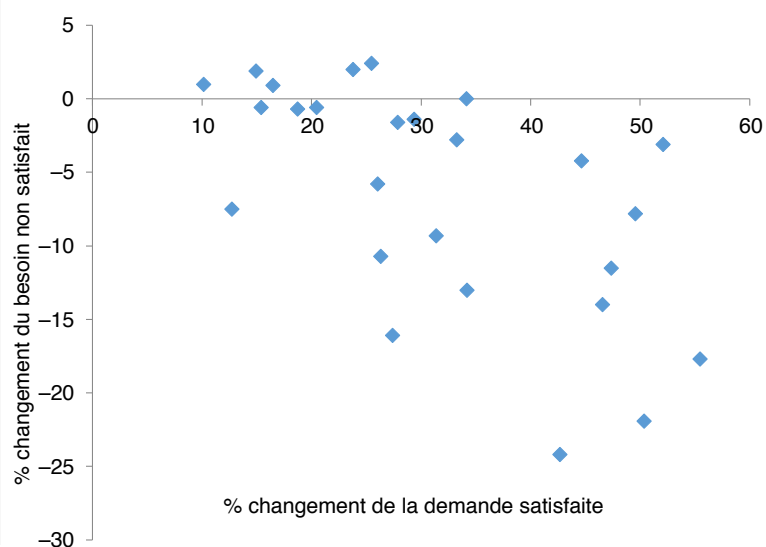
Dans chaque pays, toutefois, une proportion significative d'utilisatrices de la contraception s'adresse au secteur privé pour ses services de contraception. La Figure 6, page 15 illustre la demande de contraception des pays en 2014, séparée en trois composantes: la proportion satisfaite par le secteur public (IPFP), la proportion satisfaite par le secteur privé et le besoin non satisfait. En moyenne, la valeur de l'IPFP est de 30% (entre 5% au Congo-Kinshasa à 69% en Afrique du Sud); 14% de la demande sont couverts par le secteur privé (de 5% au Tchad à 30% au Kenya) et 55% représentent le besoin non satisfait (de 15% au Zimbabwe à 83% au Congo-Kinshasa). Le secteur public compte en moyenne plus de deux fois le nombre d'utilisatrices du secteur privé.

Une corrélation positive serait attendue entre le TPCm des pays et leur valeur d'IPFP. Nous avons tracé le TPCm des pays suivant leur IPFP de 2014 et avons observé une relation positive à peu près linéaire ($R^2=0,8$; Figure 7, page 16). Cela dit, plusieurs pays dévient considérablement de la ligne optimale: le Niger, par exemple, avec un IPFP de 35% supérieur à la moyenne mais une prévalence de 13% seulement, se place sous la ligne de régression. La raison en est que, parmi les pays inclus dans cette étude, le Niger présente l'un des plus faibles niveaux de demande. À l'autre extrémité du spectre, le Kenya se place au-dessus de la ligne en raison de sa prévalence élevée (56%) par rapport à son IPFP (44%); la situation s'explique ici par le rôle important du secteur privé au Kenya (voir la Figure 6).

IPFP et EPF

Pour comparer l'IPFP et l'EPF, nous avons tracé les valeurs 2014 de l'IPFP en fonction de l'EPF pour les 22 pays d'Afrique subsaharienne dont les deux indicateurs sont disponibles (Figure 8, page 16). Comme prévu, les deux sont associés positivement, bien que la corrélation soit relativement faible ($R^2=0,4$) et que plusieurs pays fassent exception. Par exemple, la Zambie présente l'une des cotes d'EPF les plus faibles (44), signe de faible effort programmatique, mais aussi l'une des valeurs d'IPFP les plus élevées (52%). L'aberration négative la plus extrême, le Bénin,

FIGURE 4. Changement de la proportion des femmes présentant un besoin non satisfait, selon le changement de la proportion dont le demande est satisfaite, 26 pays d'Afrique subsaharienne, 1990-2014



présente une cote d'EPF élevée (58) mais l'une des valeurs d'IPFP les plus faibles (10%), attribuable aux faibles valeurs de la demande satisfaite et de la proportion d'utilisatrices de la contraception ayant recours aux services du secteur public (23% et 43%; Tableau annexe 1). Dans les deux cas, le TPCm – 45% pour la Zambie et 11% pour le Bénin – est plus proche de l'IPFP du pays que de sa cote d'EPF. Chacune des quatre sous-composantes de l'EPF est associée positivement avec l'IPFP, mais la corrélation varie par composante (non indiqué): elle est la plus faible pour l'évaluation ($R^2=0,1$), moyenne pour les politiques et les services (0,2 et 0,3, respectivement) et la plus élevée pour l'accès aux méthodes (0,5).

La raison principale pour laquelle les valeurs d'IPFP et d'EPF d'un pays particulier diffèrent est que ces indicateurs mesurent des éléments différents et sont dérivés de données distinctes. L'EPF est un indicateur d'effort qui mesure plusieurs activités programmatiques. En revanche, l'IPFP indique la mesure dans laquelle ces activités ont satisfait la demande de contraception. L'IPFP cherche du reste à mesurer l'impact des programmes du secteur public, alors que l'EPF couvre aussi les activités du secteur privé (dans la composante qui mesure l'accès aux services, par exemple).

Étant donné ces différences entre l'EPF et l'IPFP, il n'est pas surprenant que leurs corrélations avec la prévalence diffèrent: le TPCm est plus fortement corrélé à l'IPFP qu'à l'EPF ($R^2=0,80$ et $0,19$, respectivement). On s'attendrait à ce que l'IPFP ait une plus forte corrélation car il mesure l'impact. De plus, la faible corrélation entre l'EPF et la prévalence pourrait refléter la diversité des aspects des programmes de planification familiale mesurés par l'EPF, et être due aussi, en partie, à l'erreur de sa mesure.

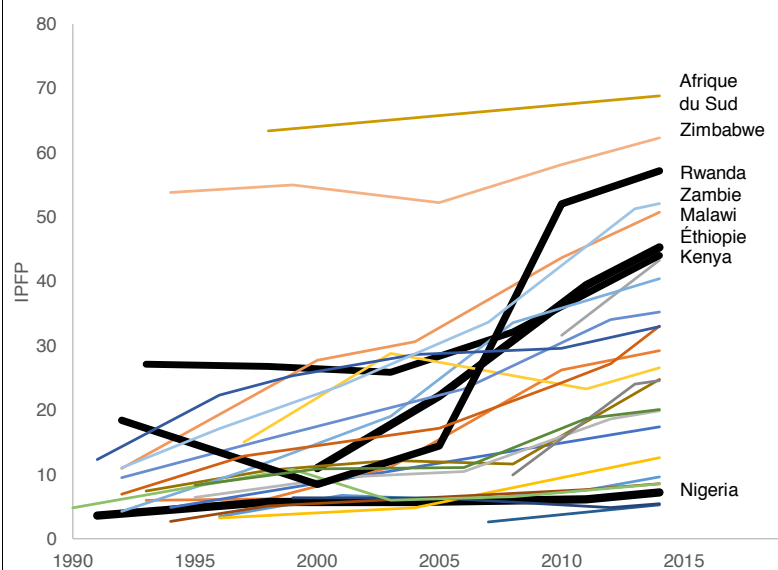
Études de cas de pays

• **Nigeria.** Le gouvernement du Nigeria – le pays le plus peuplé d'Afrique – reconnaît depuis longtemps le lien entre la population et le développement mais se montre ambivalent quand il s'agit de mettre en œuvre ses politiques démographiques et de développement, concernant en particulier la prestation de services de planification familiale. L'expérience du Nigeria met en lumière les défis de la mise en œuvre de politiques démographiques dans un pays décentralisé aux ethnies et religions diverses.

L'histoire de la planification familiale au Nigeria remonte à 1964, année de la création de la Fédération nigérienne de la parentalité planifiée (*Planned Parenthood Federation of Nigeria*). Avec le soutien d'un ministre de la Santé dynamique, le Nigeria a défini sa première politique démographique en 1988, dans le but d'améliorer le niveau et la qualité de la vie, de promouvoir la santé et de faire baisser les taux de croissance démographique. Le pays cherchait aussi à réduire son indice synthétique de fécondité, de six à quatre enfants par femme à l'horizon 2000, et à rendre les services de planification familiale accessibles et économiquement abordables.¹³

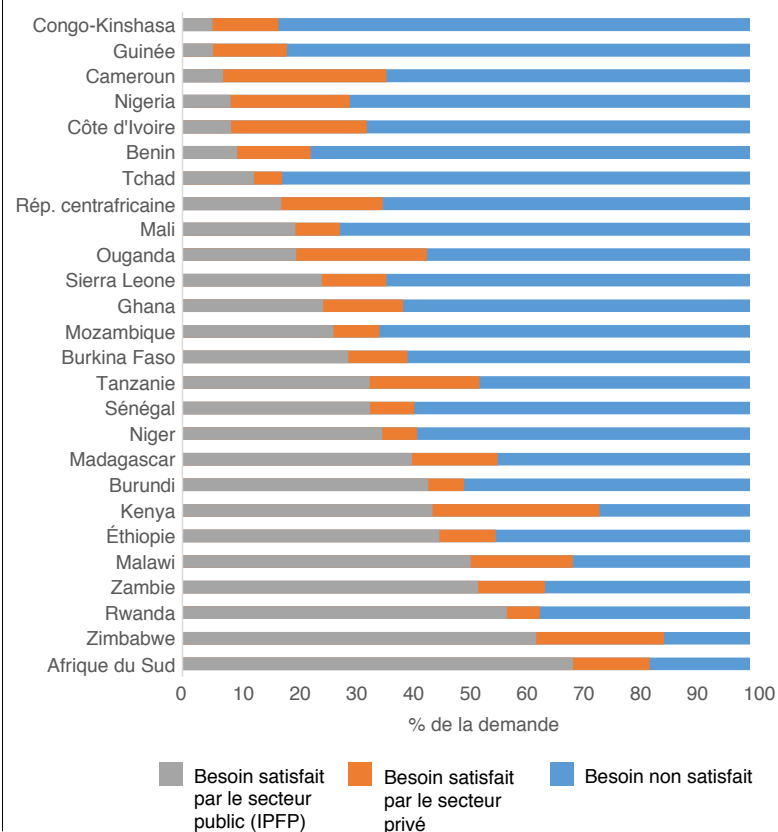
La mise en œuvre de cette politique sous le régime mili-

FIGURE 5. Tendances de la cote d'impact de la planification familiale du secteur public, 26 pays d'Afrique subsaharienne, 1990–2014

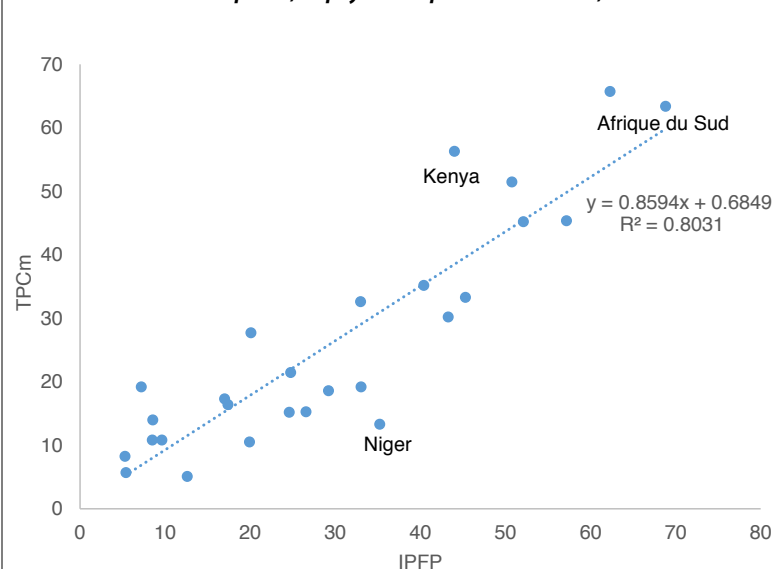


N.B.: IPFP = cote d'impact du programme de planification familiale du secteur public, produit de la proportion de la demande satisfaite et de la proportion d'utilisatrices de la contraception ayant recours aux services du secteur public; l'IPFP peut varier entre zéro (dans les pays sans programme de planification familiale public) à la valeur de la demande satisfaite (dans les pays où un programme public très accessible et de haute qualité sert toutes les clientes présentant une demande de contraception).

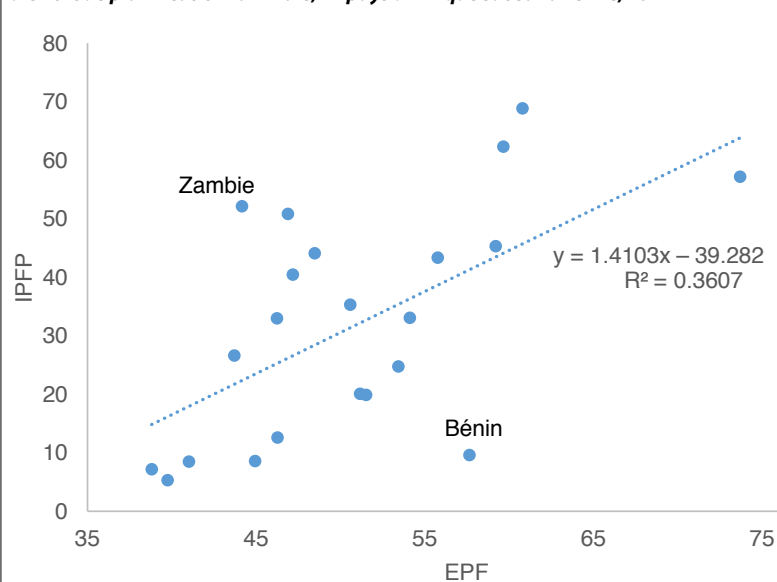
FIGURE 6. Composantes de la demande de contraception, selon la cote d'impact de la planification familiale du secteur public en ordre croissant, 26 pays d'Afrique subsaharienne, 2014



taire entre 1993 et 1998 s'est avérée faible, mais l'intérêt a resurgi après le retour au régime civil en 1998, notamment

FIGURE 7. Prévalence contraceptive moderne, selon la cote d'impact de la planification familiale du secteur public, 26 pays d'Afrique subsaharienne, 2014

N.B.: IPFP = cote d'impact du programme de planification familiale du secteur public. TPCm = taux de prévalence contraceptive moderne.

FIGURE 8. Cote d'impact de la planification familiale du secteur public, selon la cote d'effort de planification familiale, 22 pays d'Afrique subsaharienne, 2014

N.B.: IPFP = cote d'impact du programme de planification familiale du secteur public. EPF = effort de planification familiale.

en termes d'impact de l'explosion démographique sur la pauvreté et la sécurité alimentaire, et la conscience accrue des liens entre démographie, développement et environnement. En 2004, la Politique nationale sur la population pour le développement durable cherchait à accroître le TPCm d'au moins deux points de pourcentage par an¹⁴ – un objectif ambitieux qui ne reflétait pas les tendances passées et n'a pas été atteint.

En 2012, au Sommet de Londres sur la planification familiale, le ministre d'État à la Santé du Nigeria a promis d'améliorer l'accès et le recours aux services essentiels, y compris de planification familiale, et d'atteindre l'objectif

d'un taux de prévalence contraceptive (pratique moderne et traditionnelle) de 36% à l'horizon 2018. Cet objectif semble cependant hors de portée, considérant que la prévalence contraceptive n'était que de 4% en 1990 et 10% en 2013.¹⁵ Cela sans compter que les moyennes nationales dissimulent une profonde disparité régionale: en 2013, le taux de prévalence contraceptive variait entre 3% dans la région du Nord-Est et 38% dans celle du Sud-Ouest.

Les barrières culturelles – dont l'opposition des maris et l'objection religieuse – sont souvent signalées par les femmes et par d'autres comme étant des obstacles, en particulier dans le Nord.¹⁶ L'accès à la planification familiale varie aussi d'État en État, et le besoin non satisfait est répandu. La mise en œuvre du programme reste problématique. Le Forum économique mondial a observé que « les engagements du Nigeria annoncés au Sommet de Londres en 2012 ne sont pas encore pleinement mis en œuvre, malgré l'optimisme initial ».¹⁷

Dans ce contexte, les résultats de l'Initiative nigérienne de santé urbaine (subventionnée par la Fondation Bill et Melinda Gates et mise en œuvre entre 2009 et 2014) indiquent que la programmation de la planification familiale peut réussir au Nigeria.¹⁸ Le secteur privé joue un rôle important dans l'apport de contraceptifs (Figure 6, page 15), mais les efforts du gouvernement doivent être nettement renforcés pour répondre à la demande en élargissant l'accès et en assurant l'égalité. Étant donné les antécédents de négligence gouvernementale, il n'est pas surprenant que l'IPFP demeure très faible, atteignant 9% à peine en 2014 (Figure 5, page 15).

• **Éthiopie.** Le deuxième pays d'Afrique, en termes de population, présentait une progression peu encourageante, sur le plan de la planification familiale, avant 1990. Le TPCm a cependant doublé entre 1990 et 2000 (de 3% à 6%) puis, de nouveau, entre 2005 et 2011 (de 14% à 27%);¹⁹ il atteignait 35% en 2016, année de la dernière EDS. Bien que le secteur privé ait enregistré une certaine croissance, le secteur public d'Éthiopie a contribué le plus fortement à la hausse de la proportion de la demande de planification familiale satisfaite. Le pays illustre bien l'effet de l'engagement gouvernemental et de l'élargissement à grande échelle de l'accès aux services de planification familiale à travers l'amélioration des services de santé,²⁰ comme le reflète la forte hausse de l'IPFP, de 11% en 2000 à 45% en 2014 (Figure 5).

Comme dans beaucoup d'autres pays, les services de planification familiale sont proposés par la filiale éthiopienne de la Fédération internationale de la parentalité planifiée – *Family Guidance Association of Ethiopia* – depuis les années 1960; dans le service public, les services remontent aux années 1980. La première politique démographique d'Éthiopie a été formulée en 1993; les politiques ultérieures ont lié la population et la planification familiale au développement. Premier ministre à l'époque, M. Meles Zenawi n'était pas favorable à la planification familiale lors de son entrée en fonction en 1995; en 2005, il était cependant convaincu de l'importance de son rôle dans l'accélération du développe-

ment.²⁰ Il a alors habilité son ministre de la Santé, Tedros Adhanom Ghebreyesus (en poste jusqu'en 2012 et aujourd'hui secrétaire général de l'Organisation mondiale de la Santé) à mettre pleinement en œuvre la planification familiale. Dr Tedros l'a ainsi élargie en mobilisant l'appui des donateurs et en ciblant les autorités régionales infranationales pour l'allocation de ressources au projet.

Inauguré en 2003, le plan d'extension de la couverture médicale (*Health Extension Plan*) éthiopien – programme de santé phare du gouvernement – a élargi l'accès à la planification familiale en l'incluant dans le paquet de services essentiels du secteur public. L'information sur la planification familiale et les services sont ainsi devenus largement accessibles dans les milieux ruraux aussi bien qu'urbains.²¹ La promotion de la santé, la prévention et les soins curatifs primaires, y compris la planification familiale, sont assurés par des agents de vulgarisation sanitaire féminines rémunérées affectées aux postes de santé ruraux, avec l'aide d'agents de santé communautaire bénévoles;²¹ les agents de vulgarisation offrent aussi leurs services dans les zones urbaines.

Le gouvernement se trouve confronté aux défis continus de la recherche de stratégies de: réduction du besoin non satisfait; maintien d'une offre contraceptive suffisante; ralentissement de la rotation du personnel sanitaire et résolution du manque de personnel, en particulier dans les zones rurales; formation des agents de vulgarisation sanitaire au retrait de l'implant; et amélioration du suivi-évaluation.¹⁹ Malgré une forte dépendance vis-à-vis des donateurs, la création d'une ligne budgétaire consacrée aux produits de la planification familiale et la suppression de la taxe à l'importation sur les contraceptifs – toutes deux en 2007 – témoignent de l'engagement pris par l'Éthiopie pour assurer un approvisionnement suffisant à la satisfaction des besoins de planification familiale de sa population.¹⁹

• **Rwanda.** La demande satisfaite peut augmenter remarquablement quand le gouvernement s'engage en faveur de la planification familiale, comme l'illustre l'expérience du Rwanda. Entre 2000 et 2014, l'IPFP du pays est passé de 8% à 57%, enregistrant la hausse la plus rapide jamais vue dans un pays d'Afrique (voir la Figure 5, page 15). De plus, le TPCm rwandais est passé de 4% à 45% entre 2000 et 2010, menant à la qualification du programme de planification familiale du pays de « succès phénoménal ».¹⁹

Le Rwanda s'est distingué, ces 10 dernières années, sous l'effet d'une solide volonté et d'un robuste engagement politiques, de la mobilisation communautaire et de la reconstruction du système sanitaire après une période de génocide.¹⁹ Au Sommet de Londres de 2012 sur la planification familiale, le président Paul Kagame a exprimé sa vision d'accès du Rwanda au rang des pays à revenu intermédiaire, dans le contexte où les hommes et les femmes sont outillés pour planifier leur famille.²²

Le gouvernement s'est engagé sur la voie de la planification familiale dans les années 1980; en 1990, une politique démographique nationale fixait d'ambitieux objectifs de réduction de l'indice synthétique de fécondité et d'accroissement du TPCm à l'horizon 2000.^{23,24} La planification

familiale n'a plus reçu la même attention après le génocide de 1994 (donnant lieu à une baisse temporaire de l'IPFP), mais les efforts ont été ravivés vers 2005. Un système de redevabilité en matière de planification familiale, par le biais de contrats basés sur les performances,[§] maintient l'accent sur l'élargissement de l'accès aux services et sur la communication en faveur du changement comportemental à travers les médias et la communication interpersonnelle. En vertu de la politique nationale du Rwanda sur la planification familiale, il incombe à tous les ministères d'élaborer des plans d'action.²⁵ Un indicateur de performance de la planification familiale – pourcentage de la population pratiquant la contraception moderne – a été introduit en 2006 et est fréquemment cité comme prioritaire pour les responsables de district. Le gouvernement souligne aussi l'importance de disposer de services de haute qualité.²⁶

En 2005, 73% des utilisatrices obtenaient leurs services de planification familiale auprès du secteur public; en 2014, cette proportion était de 91%.²⁷ L'accès et le recours accrues à la planification familiale sont le fruit d'un programme d'assurance maladie communautaire élargi pour inclure la planification familiale et le financement de services cliniques de haute qualité basé sur les performances, ainsi que de l'élargissement des services communautaires, y compris la prestation des contraceptifs injectables par les agents de santé communautaire.

Le programme national rwandais de planification familiale se trouve toujours confronté à certains problèmes d'offre, notamment le manque d'agents sanitaires, les épuisements de stocks, la nécessité d'une formation et d'un accompagnement aptes à aider les prestataires à offrir des services de qualité et un manque de clarté concernant les politiques régissant le paiement des services au niveau local.²⁸ Bien que le TPCm ait augmenté depuis 2010, passant à 48% chez les femmes en union,²⁷ ce rythme a ralenti. Pour que le programme puisse progresser davantage, la problématique de l'offre doit être résolue. Il reste par ailleurs des défis à relever du côté de la demande aussi, car le nombre d'enfants idéal moyen demeure relativement élevé, à 3,4 enfants pour les femmes et 3,0 pour les hommes en 2014.²⁷

• **Kenya.** Les tendances de la pratique contraceptive au Kenya reflètent les variations du soutien politique et financier à l'égard du programme national de planification familiale au fil du temps. Dès 1990, le TPCm du Kenya était de 20% – bien plus élevé que dans la plupart des autres pays d'Afrique (voir la Figure 2, page 13). Cette haute prévalence était le produit d'un programme national de planification familiale relativement robuste au Kenya durant les années 1980, grâce au soutien présidentiel et à la prestation de services et de programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) conçus pour favoriser la norme de la famille peu nombreuse. Le soutien politique du gouvernement s'est poursuivi jusqu'au début des années 1990, de même que l'aide financière interna-

§Les contrats basés sur les performances font référence à des accords dans lesquels des paiements sont effectués aux ménages et aux prestataires suivant leurs résultats sur certains indicateurs prédéterminés.

tionale aux produits contraceptifs, services et campagnes d'IEC. Durant les années 1990, toutefois, le financement international a basculé vers le VIH et le sida, au détriment de la planification familiale. Cette réorientation a affecté le programme national de planification familiale, dont les donateurs soutenaient auparavant largement la mise en œuvre.²⁹ L'EDS de 1998 fait toujours état d'une prévalence en hausse mais celle de 2003 constatait une pratique contraceptive au point mort (TPCm, 33%).³⁰

Les efforts de revitalisation du programme de planification familiale kenyan, après les constats de l'EDS 2003, ont inclus le plaidoyer du Conseil national pour la population et le développement ainsi que d'autres partenaires, et un soutien financier accru de la part du gouvernement pour réduire la dépendance par rapport aux donateurs. La planification familiale a été intégrée à l'initiative Vision 2030 du Kenya lancée en 2008 et une nouvelle politique démographique a été décrétée en 2012. Une ligne budgétaire a été créée pour les produits contraceptifs, et un engagement renouvelé pour la distribution au niveau communautaire, y compris la prestation des contraceptifs injectables par les agents de santé communautaire, tandis qu'étaient aussi redynamisées les campagnes d'IEC.²⁹

La mise en œuvre du programme de planification familiale intervient désormais dans le contexte de la décentralisation instaurée par la Constitution kenyane de 2010, bien que les rôles et responsabilités aux niveaux national et des comtés restent assez ambigus. Le plaidoyer au niveau des comtés commence à produire des résultats: deux comtés apportent en effet des ressources financières à la planification familiale dans leurs budgets de l'année 2016.³¹ Fort de l'attention et de l'assistance financière gouvernementale renouvelées à l'égard du programme national de planification familiale, et avec l'élargissement des services dans les secteurs public et privé, le TPCm parmi les femmes en union est passé à 39% en 2008, puis à 53% en 2014.³² La négligence subie dans les années 1990 et la revitalisation ultérieure du programme se reflètent dans les tendances de l'IPFP, en baisse jusqu'à 26% en 2003 avant de rebondir et d'atteindre 44% en 2014 (voir la Figure 5, page 15).

DISCUSSION

D'après notre examen des tendances révélées par les indicateurs de comportement contraceptif, nous arrivons à la conclusion que le TPCm et la demande ne conviennent pas à mesurer le degré auquel les femmes sont aptes à atteindre leurs objectifs de procréation grâce à la pratique contraceptive. Deux pays peuvent, en effet, présenter un même niveau de demande ou une même prévalence, alors que la demande est largement insatisfaite dans l'un et majoritairement satisfaite dans l'autre. Le besoin non satisfait et la demande satisfaite conviennent mieux à cette fin. Le premier présente toutefois des tendances peu cohérentes, ce qui explique probablement, entre autres raisons, son rejet comme indicateur des ODD. À l'instar des ODD, nous considérons donc la demande satisfaite comme le meilleur des quatre indicateurs d'évaluation du progrès de la capa-

cité des femmes à atteindre leurs objectifs de procréation.

La cote d'IPFP apporte un complément utile aux indicateurs actuels d'évaluation des progrès de la santé reproductive, telle que mesurée par les cibles OMD et ODD afférentes. Cette cote permet aux pays de suivre l'impact de leurs programmes du secteur public et produit une mesure tangible qui permet de tenir les gouvernements responsables du respect de leurs obligations de satisfaction de la demande de planification familiale. Un avantage de l'IPFP est qu'il est dérivé de données d'enquêtes telles que l'EDS: les séries chronologiques en sont donc mesurées selon la même méthodologie dans tous les pays et toutes les enquêtes, facilitant dès lors les analyses longitudinales et transversales. En outre, l'IPFP peut être estimé au niveau infranational pour évaluer la variation en fonction de la zone géographique ou du statut socioéconomique: les zones et les groupes de population mal desservis peuvent ainsi être identifiés et les décideurs politiques disposer de données utiles à l'amélioration de l'efficacité des programmes.

L'IPFP ne donne cependant pas une évaluation complète de l'impact des programmes publics de planification familiale. Il ne rend tout d'abord pas compte du rôle de l'assistance publique au secteur privé. Les efforts gouvernementaux profitent souvent à la pratique contraceptive dans le secteur privé à travers des mesures telles que l'établissement de règlements qui facilitent la distribution et l'importation de contraceptifs, ainsi que par des activités stimulant la demande telles que les campagnes médiatiques de sensibilisation. Dans les pays connaissant de telles activités de soutien, l'IPFP tend à sous-estimer l'impact du programme public.

Ensuite, le secteur public subventionne les produits et services contraceptifs, en concurrence avec le secteur privé qui, par conséquent, peut paraître moins important qu'il ne le serait en l'absence du secteur public. Ces deux facteurs ne sont pas faciles à mesurer; nous n'avons pas tenté de le faire ici. Considérant la nature positive de l'un et négative de l'autre, nous avons plutôt supposé qu'ils se compensent l'un l'autre. En réalité, cette compensation n'est probablement pas exacte et il faut par conséquent voir dans l'IPFP un indicateur approximatif de l'impact du programme public. L'utilité du suivi de l'IPFP au fil du temps n'en est pas moins claire, étant donné l'obligation des gouvernements de promouvoir et d'assurer la planification familiale. Pour obtenir une image complète de la satisfaction de la demande contraceptive dans les pays, l'IPFP doit être complété d'une information relative à l'apport de contraceptifs par le secteur privé.

Le comportement contraceptif varie largement d'un pays d'Afrique à l'autre. D'un côté se trouve la majorité des pays à faible TPCm (moins de 10% en 2014) et, de l'autre, quelques pays à forte prévalence (plus de 60%). Notre analyse indique que les programmes de planification familiale du secteur public jouent un rôle indispensable – tel que mesuré par l'IPFP – dans la satisfaction de la demande de contraception dans plusieurs pays. Nos études de cas, concernant le Nigeria, l'Éthiopie, le Rwanda et le Kenya,

illustrent combien les tendances de l'IPFP suivent l'évolution de la mise en œuvre dans chaque pays. Au Kenya et au Rwanda, on observe les effets du soutien chancelant du gouvernement pendant les années 1990, suivis d'investissements renouvelés finalement fructueux. La faible et plane cote IPFP du Nigeria reflète la faiblesse de l'engagement du gouvernement. En revanche, l'Éthiopie démontre que l'investissement dans un programme de planification familiale à l'échelle nationale, bénéficiant d'un plein appui politique, peut réussir même dans l'un des pays les plus pauvres du continent.

Comme l'indiquent nos estimations de l'IPFP, beaucoup d'Africains vivent encore dans des pays où les programmes de planification familiale du secteur public sont faibles ou inexistants. Les raisons en sont l'opposition sociale et religieuse, ainsi que le manque de ressources et de volonté politique. De plus, même si les programmes de planification familiale ont été mis en œuvre avec succès hors d'Afrique, la crainte d'un impact moindre en Afrique subsaharienne est parfois exprimée, en raison des croyances pronatalistes fréquentes dans la région. Nos estimations indiquent qu'il s'agit là d'inquiétudes pour la plupart sans fondement. Dans les quelques pays d'Afrique où d'importants investissements ont été consentis aux programmes de planification familiale du secteur public, de nettes augmentations de l'IPFP et de la pratique contraceptive ont suivi.

RÉFÉRENCES

1. ONU, Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2014, 2014, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2014/French2014.pdf>.
2. Division de statistique, Département des affaires économiques et sociales, ONU, Objectifs de développement durable, 2016, <http://unstats.un.org/sdgs/>.
3. Cleland J et al., Family planning: the unfinished agenda, *The Lancet*, 2006, 368(9549):1810-1827.
4. Sedgh G, Singh S et Hussain R, Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(3):301-314.
5. Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU, Model-based estimates and projections of family planning indicators 2016, 2016, http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml.
6. Bradley SEK et al., Revising Unmet Need for Family Planning, *DHS Analytical Studies*, 2012, Calverton, MD, États-Unis: ICF International, No. 25.
7. Westoff CF, New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning, *DHS Comparative Reports*, 2006, Calverton, MD, États-Unis: Macro International Inc., No. 14.
8. Kuang B et Brodsky I, Global trends in family planning programs, 1999-2014, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(1):33-44.
9. Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, Conseil économique et social, *Observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, 2016, <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QsmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQIQejF41Tob4CvIjeTiAP6sGFQkiaelvlbb0AekmaOwLISMhUFGYyUrwWsGFKv6ndFcXIN3WTeFoa5kKnbcbT>.
10. Measure Evaluation, Source of supply (by method), 2016, https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/fp/source-of-supply-by-method.
11. Mauldin WP et Ross JA, Family planning programs: efforts and results, 1982-89, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(6):350-367.
12. 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.
13. Robinson RS, Negotiating development prescriptions: the case of population policy in Nigeria, *Population Research and Policy Review*, 2012, 31:267-296.
14. Nigerian National Population Commission (NPC), Population policy, 2012, <http://www.population.gov.ng/index.php/population-programmes/population-policy>.
15. NPC et ICF International, *Nigeria Demographic and Health Survey 2013*, 2014, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR293/FR293.pdf>.
16. African Institute for Development Policy, *Assessment of Drivers of Progress in Increasing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: Case Studies from Eastern and Southern Africa*, 2013, https://www.afidpe.org/?wpfb_dl=12.
17. Forum économique mondial (FEM), *Prospects for Reaping a Demographic Dividend in Nigeria*, 2014, http://www3.weforum.org/docs/GAC/2014/WEF_GAC_NigeriaCaseStudy_2014.pdf.
18. Speizer IS, *Key Findings of NURHI Impact Evaluation: Measurement, Learning & Evaluation Project*, Presentation at the end of (Phase I) project meeting, 2015, http://www.nurhitoolkit.org/sites/default/files/tracked_files/Key%20Findings%20of%20NUHRI%20Project%20Impact%20Evaluation%20%28MLE%29.pdf.
19. Olson DJ et Piller A, Ethiopia: an emerging family planning success story, *Studies in Family Planning*, 2013, 44(4):445-459.
20. USAID/Africa Bureau et al., *Three Successful Sub-Saharan Africa Family Planning Programs: Lessons for Meeting the MDGs*, 2012, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00HQSV.pdf.
21. Workie NW et Ramana GNV, The Health Extension Program in Ethiopia, *Universal Health Coverage Studies Series (UNICO)*, 2013, No. 10, Washington, DC: Banque mondiale.
22. Kagame P, Keynote address, paper presented at the London Summit on Family Planning, Londres, 11 juillet 2012.
23. May JF, Mukamanzi M et Vekemans M, Family planning in Rwanda: status and prospects, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(1):20-32.
24. Solo J, *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*, Chapel Hill, NC, USA: IntraHealth International, 2008, https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/files/media/family-planning-in-rwandahow-a-taboo-topic-became-priority-number-one/fp_in_Rwanda.pdf.
25. Say L et al., *Accelerating Universal Access to Reproductive Health*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2011, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/Rwanda_access_rh.pdf.
26. Basinga P et al., Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda, *World Bank Policy Research Working Paper*, Washington, DC: Banque mondiale, 2010, No. 5190, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/19900/WPS5190.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
27. National Institute of Statistics of Rwanda, ministère de la Santé et ICF International, *Rwanda Demographic and Health Survey 2014-2015*, 2015, <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR316/FR316.pdf>.
28. Farmer DB et al., Motivations and constraints to family planning: a qualitative study in Rwanda's Southern Kayonza District, *Global Health, Science and Practice*, 2015, 3(2):242-254.
29. Askew I et al., *Kenya's Fertility Transition: Trends, Determinants and Implications for Policy and Programmes*, Washington, DC: Conseil de la population, 2009.

30. Central Bureau of Statistics Kenya, Ministry of Health Kenya and ORC Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2003*, 2004, <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR151/FR151.pdf>.

31. Worley H, Family planning champions in Kenya celebrate success in counties, *Population Reference Bureau*, 2015, <http://www.prb.org/Publications/Articles/2015/kenya-countyadvocacy.aspx>.

32. National Bureau of Statistics Kenya, ministère de la Santé et IRC International, *Demographic and Health Survey 2014*, 2015, Nairobi: National Bureau of Statistics, et Calverton, MD, États-Unis: IFC International.

Remerciements

La recherche a bénéficié d'une subvention de la William and Flora Hewlett Foundation au Conseil de la population.

Coordonnées de l'auteur: jbongaarts@popcouncil.org.

TABLEAU ANNEXE 1. Indicateurs sélectionnés de comportement contraceptif, 26 pays d'Afrique subsaharienne, 2014

| Pays | TPC | TPCm | SP | Besoin non satisfait | Demande | Demande satisfaite | IPFP | EPF |
|---------------------|------|------|------|----------------------|---------|--------------------|------|------|
| Bénin | 16,9 | 10,8 | 42,6 | 37,0 | 47,9 | 22,5 | 9,6 | 57,7 |
| Burkina Faso | 19,6 | 18,6 | 73,7 | 28,2 | 46,9 | 39,7 | 29,2 | u |
| Burundi | 32,5 | 30,2 | 87,3 | 30,4 | 60,9 | 49,6 | 43,3 | 55,8 |
| Cameroun | 32,1 | 19,2 | 20,0 | 33,9 | 53,4 | 36,0 | 7,2 | 38,8 |
| Rép. centrafricaine | 22,8 | 16,4 | 49,3 | 29,5 | 46,5 | 35,3 | 17,4 | u |
| Tchad | 6,0 | 5,1 | 71,6 | 23,9 | 29,0 | 17,6 | 12,6 | 46,3 |
| Congo-Kinshasa | 21,5 | 8,3 | 31,1 | 40,8 | 49,1 | 16,9 | 5,3 | 39,8 |
| Côte d'Ivoire | 19,2 | 14,0 | 26,3 | 28,9 | 43,1 | 32,5 | 8,5 | 45,0 |
| Éthiopie | 34,4 | 33,3 | 82,0 | 27,0 | 60,3 | 55,2 | 45,3 | 59,2 |
| Ghana | 26,1 | 21,5 | 63,7 | 33,7 | 55,3 | 38,9 | 24,8 | 53,4 |
| Guinée | 6,8 | 5,7 | 29,4 | 25,3 | 31,0 | 18,4 | 5,4 | u |
| Kenya | 59,3 | 56,3 | 59,9 | 20,3 | 76,6 | 73,5 | 44,0 | 48,5 |
| Madagascar | 43,5 | 35,2 | 72,8 | 27,6 | 63,4 | 55,5 | 40,4 | 47,2 |
| Malawi | 53,5 | 51,5 | 73,8 | 23,3 | 74,9 | 68,8 | 50,7 | 46,9 |
| Mali | 10,9 | 10,5 | 71,6 | 27,2 | 37,8 | 27,8 | 19,9 | 51,5 |
| Mozambique | 16,5 | 15,3 | 76,6 | 28,6 | 44,1 | 34,7 | 26,6 | 43,7 |
| Niger | 14,7 | 13,3 | 85,3 | 18,8 | 32,2 | 41,3 | 35,2 | 50,6 |
| Nigeria | 15,1 | 10,8 | 28,9 | 25,8 | 36,7 | 29,4 | 8,5 | 41,0 |
| Rwanda | 52,3 | 45,4 | 90,8 | 26,5 | 72,1 | 63,0 | 57,2 | 73,7 |
| Sénégal | 20,9 | 19,2 | 80,9 | 27,8 | 47,0 | 40,9 | 33,0 | 54,1 |
| Sierra Leone | 15,8 | 15,2 | 68,4 | 27,0 | 42,3 | 35,9 | 24,6 | u |
| Afrique du Sud | 64,3 | 63,4 | 83,6 | 13,4 | 77,0 | 82,3 | 68,8 | 60,8 |
| Tanzanie | 38,2 | 32,6 | 63,0 | 29,4 | 62,3 | 52,3 | 33,0 | 46,2 |
| Ouganda | 31,0 | 27,7 | 46,6 | 36,5 | 64,3 | 43,1 | 20,1 | 51,2 |
| Zambie | 50,0 | 45,2 | 81,6 | 25,4 | 70,8 | 63,8 | 52,1 | 44,2 |
| Zimbabwe | 66,6 | 65,7 | 73,4 | 11,7 | 77,4 | 84,9 | 62,3 | 59,7 |

N.B.: u = non disponible. TPC = taux de prévalence contraceptive. TPCm = taux de prévalence contraceptive moderne. SP = proportion des utilisatrices de la contraception ayant recours aux services du secteur public. IPFP = cote d'impact du programme de planification familiale du secteur public. EPF = effort de planification familiale. Sources : références 5 et 12.