



SECTION 2

PROGRÈS DU PROGRAMME, RÉSILIENCE ET INNOVATION EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

À partir de 2010, le Bureau de l'USAID pour l'Afrique a examiné les progrès des programmes de planification familiale dans les pays prioritaires de l'USAID en ASS à intervalles réguliers de cinq ans. La section 2 de notre rapport met à jour l'analyse de 2016 *Favoriser la croissance économique, l'équité et la résilience en Afrique subsaharienne : le rôle de la planification familiale*, avec un accent continu sur les 22 pays prioritaires de l'USAID dans la région, qui représentent environ les trois quarts de la population de l'ASS.

Depuis que le Bureau de l'Afrique a entrepris pour la première fois des examens réguliers des programmes à partir de 2010, le paysage mondial de la mesure a considérablement changé. Les approches de mesure qui, historiquement, se concentraient exclusivement sur les indicateurs de progrès au niveau de la population, tels que les «nouveaux utilisateurs de la planification familiale» ou le taux de prévalence de la contraception moderne (TPCm), sont en train d'être repensées, avec une plus grande attention portée à des mesures de progrès du programme plus centrées sur la personne qui donnent la priorité la satisfaction du client, le choix et l'autonomie. Jusqu'à ce que ces paramètres soient systématiquement intégrés dans les efforts de collecte de données représentatifs au niveau national, le TPCm reste la principale référence des progrès du programme dans de nombreux pays.

L'analyse de la section 2 conserve la métrique *augmentation moyenne annuelle en points de pourcentage du TPCm entre les deux dernières enquêtes*, utilisé dans les rapports 2010 et 2016. Pour refléter les changements drastiques dans le paysage de la planification familiale en ASS au cours de la dernière décennie, nous examinons les progrès du programme dans le contexte des positions des pays le long de la *Courbe S* de mCPR faible à élevé. Cette section soutient également les responsables de la planification familiale et les parties prenantes dans leurs efforts pour améliorer les programmes nationaux de planification familiale en analysant les résultats de *Indice composite national pour la planification familiale* (NCIFP) dans le cadre des engagements nationaux pris dans le cadre du partenariat FP2020. Enfin, nous considérons la pandémie de COVID-19 comme un perturbateur potentiel des progrès du programme de planification familiale.

L'utilisation de contraceptifs modernes continue d'augmenter de manière significative en Afrique subsaharienne.

Les pays sont organisés en quatre catégories de progrès basées sur les augmentations annuelles moyennes en points de pourcentage du mCPR entre les deux enquêtes démographiques et de santé (EDS) les plus récentes:

1. Progression rapide (augmentation annuelle du mCPR de plus de 2 points de pourcentage et/ou mCPR de $\geq 40\%$:
Mozambique, Malawi, Kenya, Rwanda, Madagascar, Éthiopie, Zambie.
2. Progrès encourageants (augmentation annuelle du TPCm de plus de 1 et ≤ 2 points de pourcentage) :
Ouganda, Mali, Niger, Sénégal^a, Guinée.
3. Progression lente (augmentation annuelle du TPCm $\geq 0,5$ et $\leq 1,0$ point de pourcentage):
Ghana, Burkina Faso, Tanzania, Benin, Liberia, Togo.
4. Peu ou pas de progrès (augmentation annuelle du TPCm de $< 0,5$ point de pourcentage):
Nigéria, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo (RDC).
5. Pas de données : Soudan du Sud.

Tableau 1 : L'augmentation annuelle moyenne en points de pourcentage du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) dans certains pays d'Afrique subsaharienne montre que plus de la moitié des pays se situent dans les catégories des progrès encourageants et rapides.

Progrès rapide (augmentation annuelle > 2 points de pourcentage et/ou mCPR ≥ 40 %)		
Mozambique	2011-2015*	3.5
<i>Malawi</i>	<i>2010-2015/16**</i>	2.9
<i>Kenya</i>	<i>2008/09-2014**</i>	2.5
Rwanda	2015-2019/20**	2.4
<i>Madagascar</i>	2004-2008/09	2.2
Ethiopia	2016-2019**	1.73
Zambia	2013/14-2018**	0.68
Encourager le progrès (augmentation annuelle de 1 à 2 points de pourcentage)		
Ouganda	2011-2016	1.8
Mali	2012/13-2018	1.3
<i>Niger</i>	<i>2006-2012</i>	1.2
Senegal	2014-2019***	1.0
Guinea	2012-2018	1.0
Progression lente (augmentation annuelle de 0,5 à 1 point de pourcentage)		
<i>Ghana</i>	<i>2008-2014</i>	0.9
<i>Burkina Faso</i>	<i>2003-2010</i>	0.9
<i>Tanzania</i>	<i>2010-2015/16</i>	0.8
Benin	2012-2017/18	0.8
Liberia	2013-2019/20	0.7
<i>Togo</i>	<i>1998-2013</i>	0.6
Aucun progrès (augmentation annuelle de 0 à 0,4 point de pourcentage)		
Nigeria	2013-2018	0.4
<i>Côte d'Ivoire</i>	<i>1999-2011/12</i>	0.4
<i>DRC</i>	<i>2007-2013/14</i>	0.3

*Mozambique 2015 AIS

** Indique les pays dont le TPCm est supérieur ou égal à 40 %

*** Le Sénégal est le seul pays qui met en œuvre une Enquête démographique et de santé (EDS) continue. Pour une comparaison cohérente, nous évaluons la période de 5 ans entre l'EDS de 2014 et l'EDS continue la plus récente de 2019.

Les pays en italique n'ont pas de nouvelle enquête depuis le rapport 2016.

Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

Plus de la moitié des pays prioritaires de l'USAID en Afrique subsaharienne réalisent des augmentations annuelles du mCPR d'au moins un point de pourcentage par an ou maintiennent un mCPR total supérieur à 40 %.

Depuis le rapport de 2016, le Mozambique est entré dans la catégorie des progrès rapides et l'Éthiopie a atteint un TPCm de plus de 40% (40,5). Le Mali et la Guinée ont accéléré les augmentations du TPCm, passant respectivement des catégories Lent et Pas de progrès à la catégorie Progrès encourageants. Le Bénin est passé de la catégorie Pas de progrès à la catégorie Progrès lents.

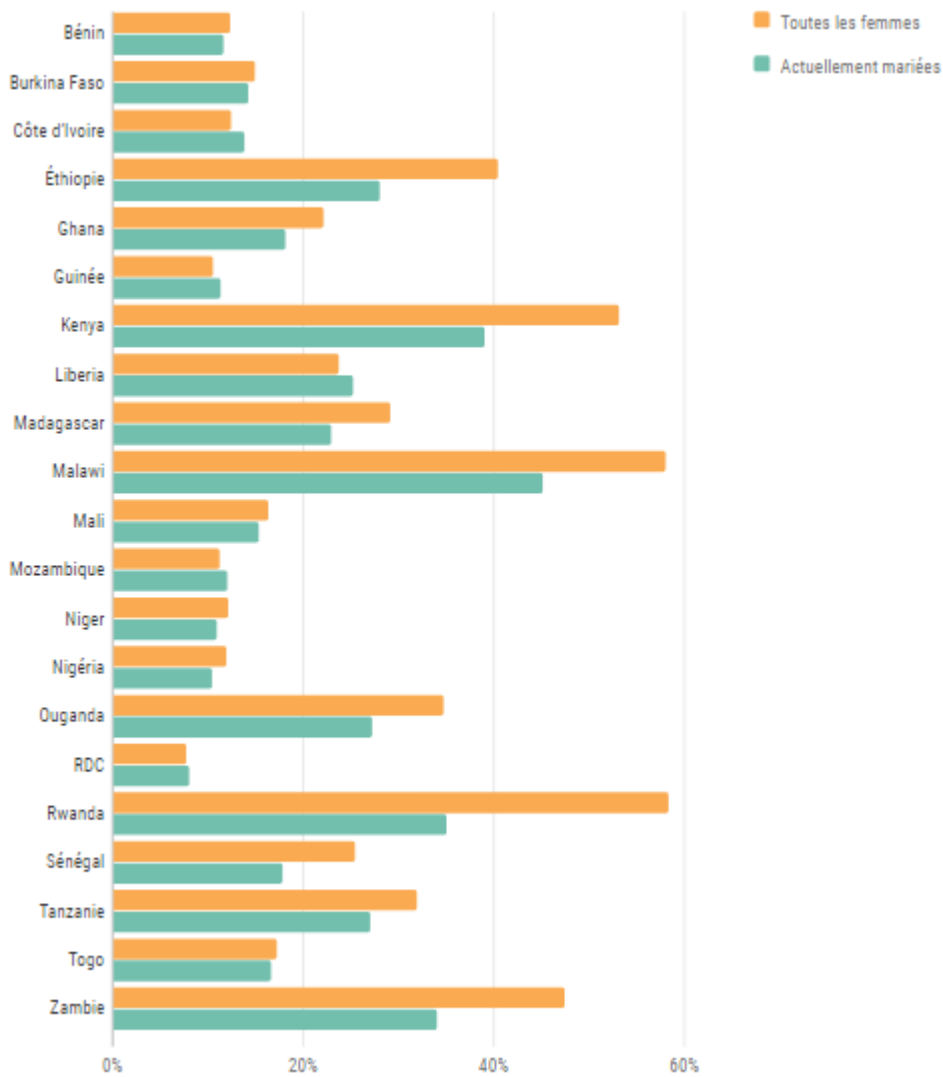
En revanche, le rythme de croissance du TPCm a ralenti au Sénégal et au Libéria. Le Nigeria reste dans la catégorie Pas de progrès. [More about this source text](#) [Source text required for additional translation information](#) [Send feedback](#) [Side panels](#)

Notamment, 10 pays n'ont pas mené ou publié de nouvelle EDS depuis le rapport de 2016. L'absence de nouvelles enquêtes est en partie due à la pandémie de COVID-19, qui a bloqué la collecte de données dans la région alors que les pays s'efforçaient d'atténuer les risques pour la santé et la sécurité associés à l'envoi d'enquêteurs dans les communautés locales. Pour certains pays, dont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Madagascar et le Niger, leurs données datent maintenant de plus de dix ans.

Les tendances de la prévalence de la contraception, tant parmi les femmes mariées que parmi tous les échantillons de femmes, sont présentées dans **Figure 1** Dans l'ensemble, le mCPR continue d'augmenter en ASS:

- Un seul pays (RDC) a un TPCm inférieur à 10% (comme indiqué ci-dessus, la RDC n'a pas publié de nouvelle EDS depuis 2013/14).
- Douze pays ont des mCPR de plus de 20 %, contre huit pays lors de la dernière revue.
- Sept pays ont des mCPR de plus de 30 %, contre cinq pays lors de la dernière revue.
- Cinq pays ont des mCPR de plus de 40%, contre quatre pays lors de la dernière revue
- Trois pays ont des mCPR supérieurs à 50 %.

Figure 1 : TPCm chez femmes mariées et chez toutes les femmes sur la base de l'enquête la plus récente, selon le TPCm global



Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

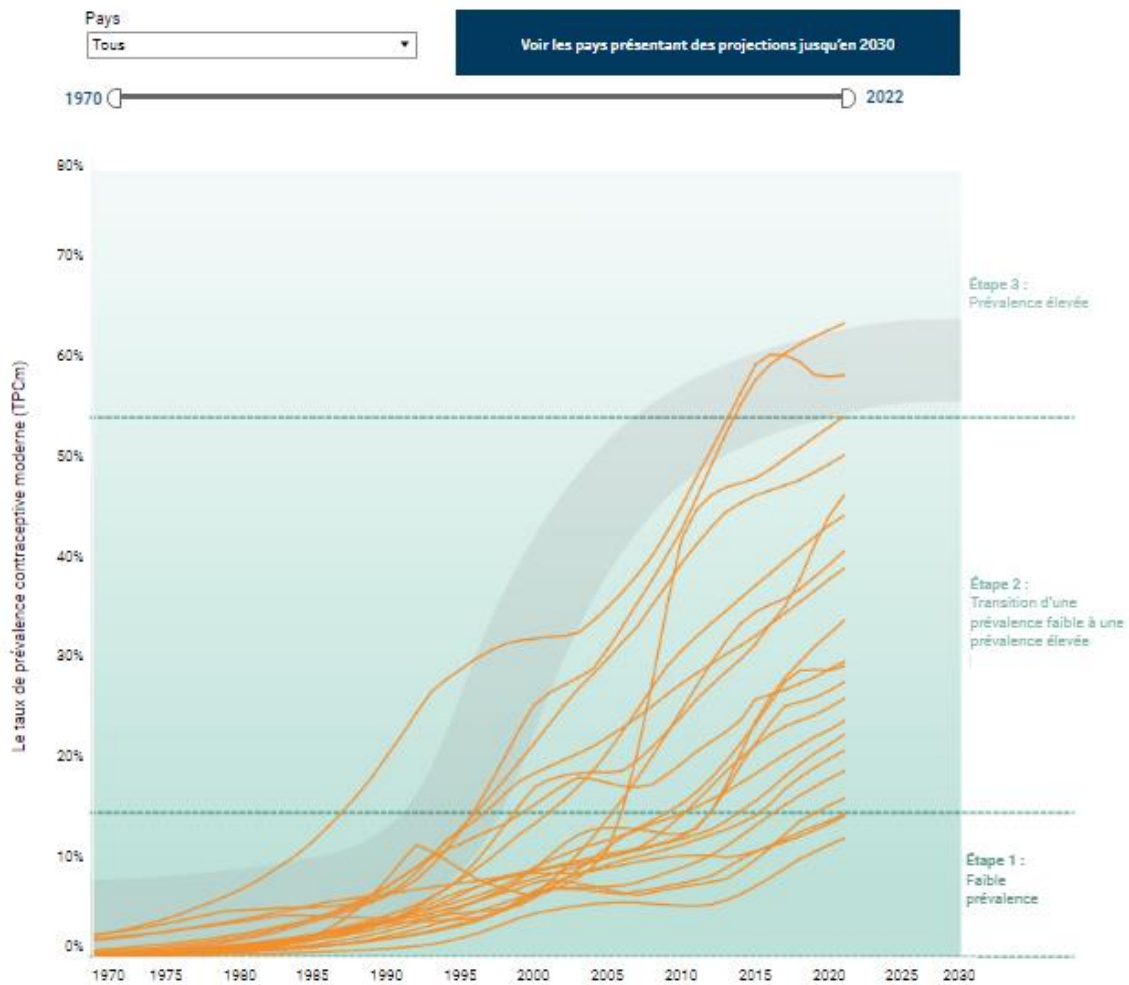
La plupart des pays prioritaires de l'USAID en ASS ont atteint un stade où des augmentations rapides du TPCm sont possibles avec les bons investissements.

Depuis 2010, le paysage des programmes de planification familiale en ASS a radicalement changé. Dans le contexte de ce changement, l'indicateur *d'augmentation annuelle moyenne en points de pourcentage du TPCm* peut masquer d'importantes variations de croissance dans différents environnements programmatiques.

Les données historiques révèlent que le mCPR croît généralement dans un [Modèle en forme de S](#), connu sous le nom de courbe en S de planification familiale. La courbe en S se caractérise par une croissance lente et peu de changement annuel lorsque le mCPR est bas (stade 1); une opportunité de croissance rapide lors de la transition d'un TPCm faible à élevé (étape 2); et une croissance lente lorsque le mCPR atteint des niveaux élevés dans une population (étape 3). Alors que tous les pays passent par ce schéma général, la durée et la vitesse de croissance du TPCm observées à chaque étape (et, par conséquent, la forme spécifique de la courbe d'un pays) varient.⁴ Comprendre la position des pays le long de la courbe en S peut éclairer les priorités du programme et aider les décideurs à fixer des objectifs ambitieux mais réalisables basés sur le potentiel de croissance. Dans ce rapport, nous utilisons la catégorisation de la courbe en S pour examiner d'autres aspects de la performance du programme en plus de l'adoption de la planification familiale.

Lorsque l'USAID a lancé le premier examen du programme de planification familiale en 2010, seuls 10 pays prioritaires étaient à l'étape 2.^b Au moment de cette mise à jour, 16 pays sont maintenant en phase 2, et deux pays, le Kenya et le Malawi, sont entrés en phase 3. **Figure 2** montre la courbe en S pour chaque pays en utilisant des estimations se terminant par l'année de leur enquête la plus récente. Les projections sont représentées par les lignes pointillées.

Figure 2: Illustration de la courbe en S de la planification familiale pour les pays prioritaires de l'USAID en Afrique sub-saharienne, de 1970 à 2020 et projections jusqu'en 2030



Remarques: Les données postérieures à 2020 représentent des projections utilisant les données d'enquête disponibles.

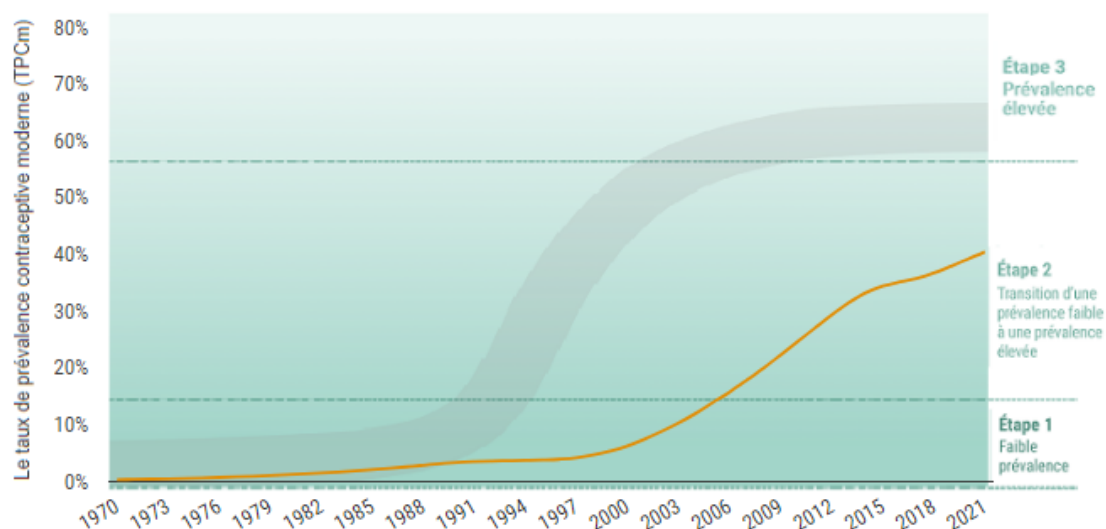
Source: Les données jusqu'en 2019 sont basées sur les données d'enquête disponibles. Les données pour la période 2020-2030 proviennent de [l'Outil d'estimation de la planification familiale de Track20](#).

Un large éventail de schémas de croissance est évident parmi les pays au stade 2. Des pays tels que l'Éthiopie et la Zambie ont enregistré des augmentations rapides du TPCm au cours de la dernière décennie, mais pourraient constater un ralentissement du taux d'augmentation à l'approche du stade 3. Ces pays devront peut-être évaluer les priorités du programme en fonction de leur contexte, y compris [surmonter les obstacles à la poursuite de la contraception](#) parmi les utilisateurs actuels, en appliquant une plus grande personnalisation des approches de prestation de services et en augmentant les investissements dans [apporter des services aux communautés difficiles à atteindre](#) où la demande de planification familiale n'a pas encore été satisfaite.

Les pays situés au bas de l'étape 2, tels que le Mali et le Niger, n'ont pas encore exploité le potentiel de croissance rapide du TPCm, mais disposent d'une importante fenêtre d'opportunité pour le faire. Les progrès accélérés dans ces pays commencent souvent par des initiatives de plaidoyer pour [générer un soutien politique de haut niveau](#). Tous les pays atteignant des augmentations rapides du TPCm au cours de la phase 2 ont fait des investissements substantiels dans [distribution communautaire de la planification familiale](#). Atteindre le stade 2 de la courbe en S ne garantit pas une croissance rapide. Le rythme de la croissance dépend d'approches politiques et programmatiques axées sur les données qui répondent de manière stratégique et efficace à la demande croissante de planification familiale. Les fluctuations de la croissance du TPCM le long de la courbe de chaque pays soulignent l'importance d'un suivi continu du programme pour identifier les périodes de croissance rapide, lente ou stagnante et adapter les interventions en conséquence.

Pour mieux comprendre les différentes trajectoires de croissance que les pays peuvent atteindre au cours de l'étape 2, nous pouvons examiner les exemples de l'Éthiopie et de la Tanzanie.

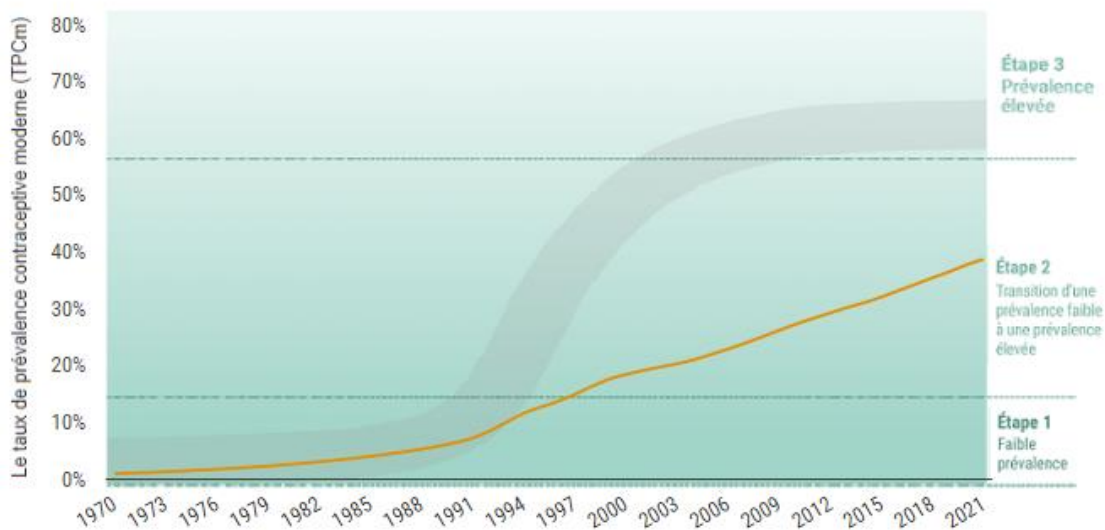
Figure 3 : Courbe en S de la planification familiale en Éthiopie



L'Éthiopie fournit un exemple de pays qui a réussi à maintenir une croissance rapide du mCPR au cours de l'étape 2. Lorsque l'Éthiopie est sortie de l'étape 1, les augmentations du mCPR ont suivi une courbe ascendante abrupte. Cette courbe abrupte est le signe d'un programme qui a répondu de manière efficace et efficiente à la demande croissante de planification familiale. Les investissements importants de l'Éthiopie dans la distribution communautaire de la planification familiale ont probablement contribué de manière significative à une croissance rapide et soutenue tout au long de l'étape 2. Alors que l'Éthiopie approche de l'étape 3, un investissement accru dans la qualité des soins et la supervision de soutien des

prestataires peuvent contribuer à améliorer la satisfaction des clients à l'égard des services de planification familiale.

Figure 4 : Courbe en S de la planification familiale en Tanzanie



La Tanzanie est un exemple d'augmentation plus lente du mCPR au fil du temps. La Tanzanie est entrée dans la phase 2 vers 1998, près d'une décennie avant l'Éthiopie. Après une brève période d'augmentation rapide, il a maintenu une tendance TPCm plus linéaire, avec une courbe plus plate par rapport à la croissance exponentielle de l'Éthiopie. Malgré des idéaux de fécondité moyenne similaires, la demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes de contraception est plus faible en Tanzanie (53 %) qu'en Éthiopie (61 %).

Chaque étape de la courbe en S a des implications différentes pour les priorités du programme de planification familiale et la définition des objectifs. Au stade 1, les pays peuvent voir les meilleurs retours sur investissement pour les interventions qui traitent des normes sociales autour de l'utilisation de la planification familiale. Des changements significatifs du TPCm étant peu probables au cours de cette période, les indicateurs mesurant les changements dans la demande et l'accès à la planification familiale sont importants. À l'étape 2, mesurer la croissance du TPCm en tant qu'indicateur clé du programme peut avoir un sens, car les pays s'efforcent de répondre rapidement à la demande croissante. À l'étape 3, les objectifs et les stratégies de mesure doivent donner la priorité aux indicateurs d'équité et aux engagements financiers du gouvernement alors que les pays à ce stade s'efforcent d'atteindre la durabilité et l'équité à long terme dans les différents sous-groupes.

L'accélération des gains des programmes de planification familiale et le renforcement de leur réactivité aux priorités communautaires nécessitent une plus

grande disponibilité et utilisation des données pour la prise de décision aux niveaux infranationaux.

Les analyses futures de la performance des programmes seront plus utiles si elles sont examinées au niveau de l'unité administrative la plus basse pour laquelle des données fiables sont disponibles. Cependant, peu d'enquêtes représentatives au niveau national disposent d'échantillons suffisamment grands pour permettre des estimations fiables au niveau de l'unité administrative la plus basse (souvent le district, le comté ou le niveau municipal). Pour remédier à ces limitations des données d'enquête, les pays et les donateurs peuvent mobiliser des ressources pour augmenter la taille de l'échantillon des enquêtes, mais cette approche est à la fois longue et coûteuse. Alternativement, les analystes peuvent appliquer des approches de modélisation aux données d'enquête existantes pour générer des estimations pour de petites unités géographiques. Investir dans ce type de renforcement des compétences des agents de données des ministères de la santé et des conseils nationaux de la population augmentera l'utilité des données DHS pour la prise de décision infranationale.

Les limites des données provenant d'enquêtes représentatives au niveau national soulignent également l'urgence d'investir dans des systèmes d'information de gestion sanitaire (HMIS) solides. Les données du SIGS sont générées par les établissements de santé au niveau local, mais les préoccupations concernant la qualité et la cohérence des données tendent à limiter leur utilisation dans la prise de décision. Un investissement et une utilisation accrues de ces données conduiront à des améliorations de la qualité. Des données HMIS de haute qualité sont essentielles pour des programmes locaux et hautement personnalisés qui seront plus réactifs aux besoins et aux priorités des clients.

La plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont enregistré une faible augmentation de l'utilisation des contraceptifs chez les adolescents, mais les possibilités d'élargissement de l'utilisation dans ce groupe d'âge varient selon les pays.

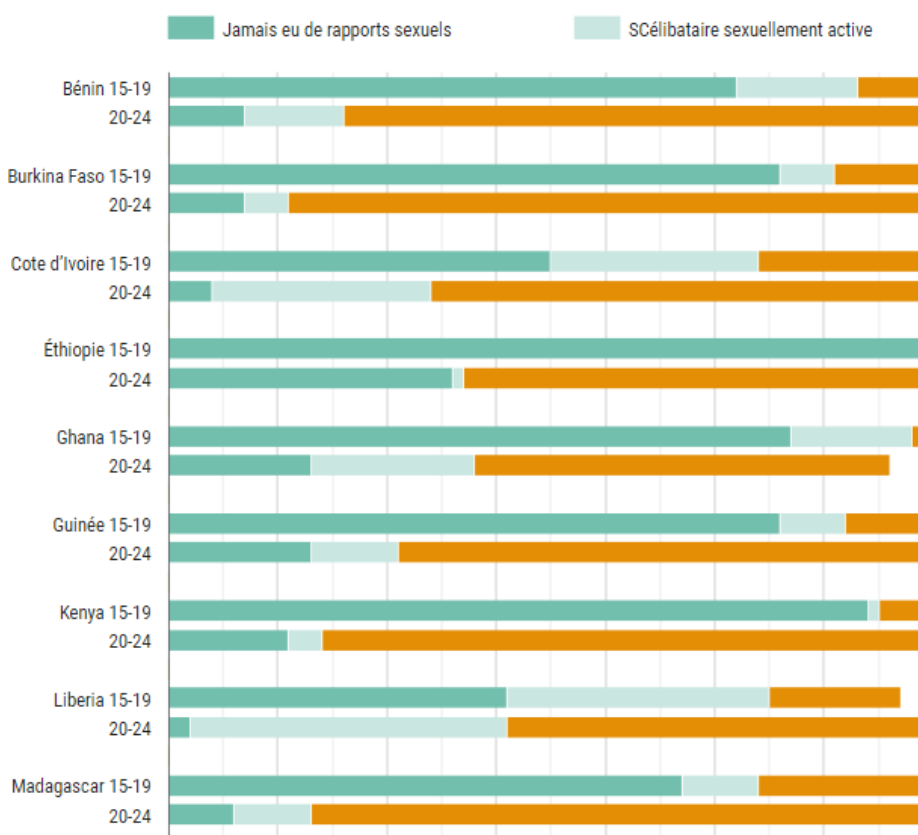
Veiller à ce que les jeunes aient accès aux contraceptifs les aide à atteindre leurs objectifs personnels, professionnels et reproductifs. La communauté mondiale de la planification familiale reconnaît largement que les jeunes ont des besoins et des défis uniques en matière de contraception par rapport aux femmes plus âgées. Ainsi, des pays du monde entier se sont engagés à promouvoir les droits des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive. Cependant, l'opposition de la communauté à l'activité sexuelle chez les jeunes non mariés et les attentes de

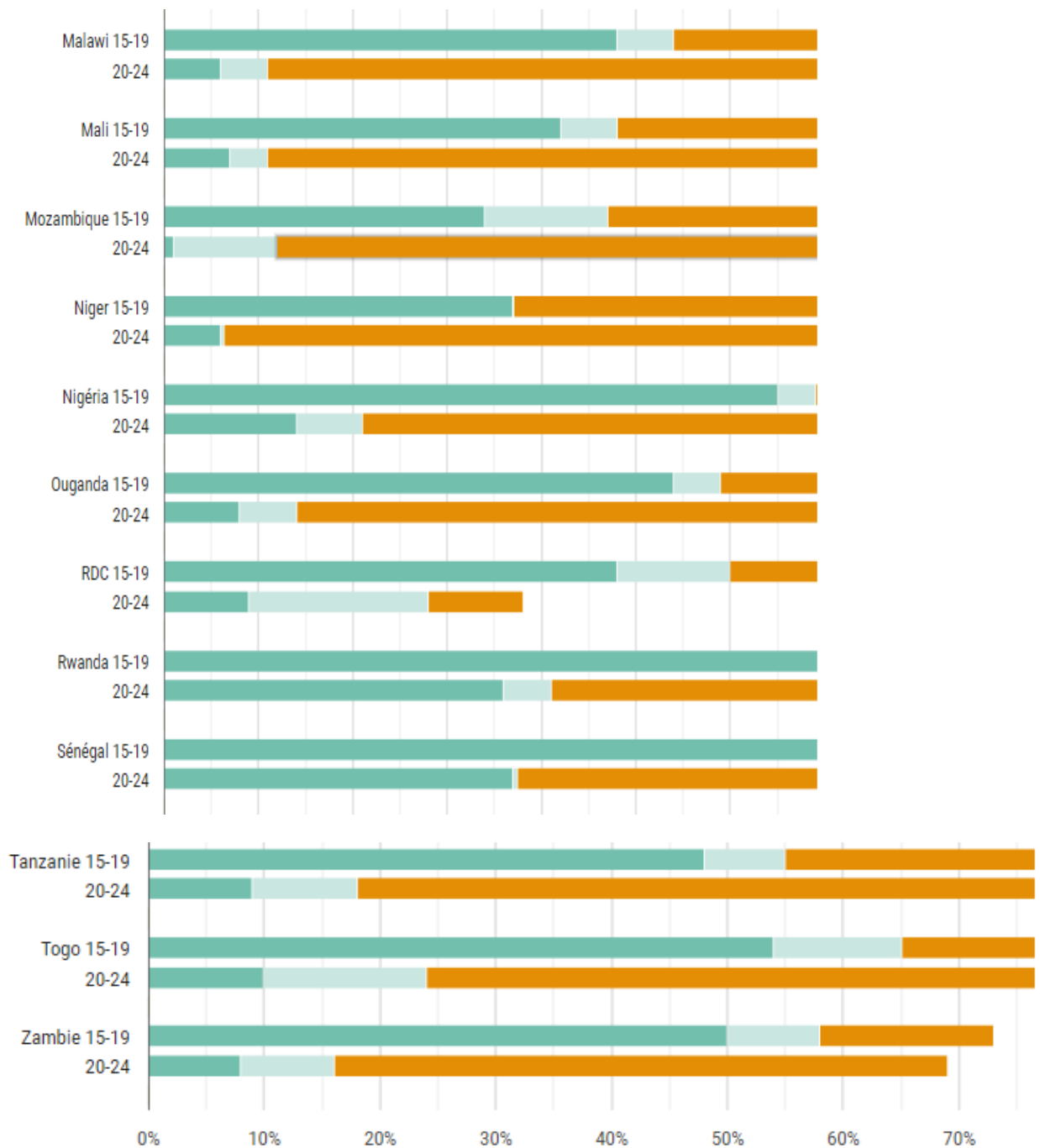
prouver la fertilité peu après le mariage restent des contraintes dans de nombreux contextes.

Alors que les initiatives mondiales accordent de plus en plus la priorité aux jeunes, les possibilités d'augmenter le TPCm au sein de ce groupe peuvent être limitées. Pour fournir un contexte supplémentaire, nous avons examiné le TPCm par âge (en examinant à la fois les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes de 15 à 24 ans), l'état matrimonial et l'activité sexuelle (voir la figure 5). Ces dimensions supplémentaires peuvent aider les décideurs à comprendre le potentiel d'utilisation continue de la contraception parmi ce groupe démographique. L'état matrimonial et l'activité sexuelle chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans et les adolescentes âgées de 15 à 19 ans varient considérablement d'un pays à l'autre, reflétant potentiellement des tendances propres à chaque pays concernant l'âge du mariage et le sexe hors mariage. Ces facteurs influencent le recours à la contraception, en particulier chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

Figure 5: Le TPCm ventilé par tranche d'âge (15-19 et 20-24 ans), situation matrimoniale et activité sexuelle récente dans certains pays montre une variation des schémas nationaux

Âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans





Source: Les enquêtes démographiques et de santé. Les données sont tirées des deux enquêtes les plus récentes.

En moyenne, le TPCm le plus bas se trouve chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Dans des pays comme l'Éthiopie, le Rwanda et le Sénégal, où plus de 75 % des filles âgées de 15 à 19 ans déclarent n'avoir jamais eu de rapports sexuels, il faut s'attendre à ce que les taux de mCPR sont faibles. En comparaison, les pays où plus de la moitié des adolescentes déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels – comme la Côte d'Ivoire, le Libéria, le Malawi et le Mozambique – peuvent avoir un besoin plus élevé de programmes de planification familiale élargis pour répondre

aux besoins de santé des adolescentes, d'autant plus que ces les pays connaissent généralement des taux élevés de grossesse chez les adolescentes.

Tableau 2 : Pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant déjà eu des enfants, par situation matrimoniale et par activité sexuelle

Étape de la courbe en S	EDS	Pays	Demande satisfaite (toutes les méthodes, toutes les femmes)*	Informée des effets secondaires (toutes les utilisatrices)*	Aucune intention d'utiliser la contraception (toutes femmes ne voulant plus d'enfants)**
Étape 1 – Faible prévalence	2018	Bénin	36%	62%	54%
	2018	Guinée	40%	59%	71%
	2017-18	Nigéria	49%	74%	55%
Étape 2 – Transition d'une prévalence faible à une prévalence élevée	2013-14	Burkina Faso	43%	74%	45%
	2018	Cote d'Ivoire	46%	45%	50%
	2011-12	Éthiopie	63%	46%	42%
	2013-14	Ghana	52%	67%	50%
	2019-20	Liberia	50%	69%	44%
	2019	Madagascar	67%	61%	38%
	2010	Mali	43%	68%	53%
	2014	Mozambique	37%	62%	48%
	2011	Niger	47%	44%	60%
	2018	Ouganda	60%	67%	32%
	2012	RDC	46%	60%	47%
	2015	Rwanda	81%	61%	22%
		2016	Sénégal	56%	86%
2008-09		Tanzanie	66%	62%	32%
2016		Togo	43%	80%	46%
2019-20		Zambie	69%	82%	32%
Étape 3 – Prévalence élevée	2014	Kenya	77%	60%	24%
	2015-16	Malawi	75%	78%	21%

Source Les enquêtes démographiques et de santé.

* DHS Statcompiler, DHS le plus récent. Toutes les variables n'étaient pas disponibles pour la mini-EDS 2019 de l'Éthiopie, donc l'EDS standard 2016 a été utilisée

**EDS la plus récente. Toutes les variables n'étaient pas disponibles pour la mini-EDS 2019 de l'Éthiopie, donc l'EDS standard 2016 a été utilisée

Dans neuf pays (Côte d'Ivoire, Guinée, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger et Zambie), plus de 25 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont commencé à avoir des enfants. Dans la majorité des pays (15), plus de 25 % des adolescentes célibataires sexuellement actives ont commencé à avoir des enfants ; et dans six de ces pays (Côte d'Ivoire, RDC, Ghana, Libéria, Mozambique et Togo), la proportion d'adolescentes déclarant être « sexuellement actives, célibataires » est supérieure à 10 %. Alors que plus de 65 % des adolescentes non mariées sexuellement actives ont commencé à avoir des enfants au Niger et au Sénégal, la proportion d'adolescentes qui déclarent être « sexuellement actives, célibataires » est inférieure à 1 % dans les deux pays. Ces pays peuvent choisir de donner la priorité aux initiatives majeures portant sur l'éducation sexuelle complète, la conscience du corps et l'accès et l'utilisation des contraceptifs chez les jeunes, en particulier chez les adolescents.

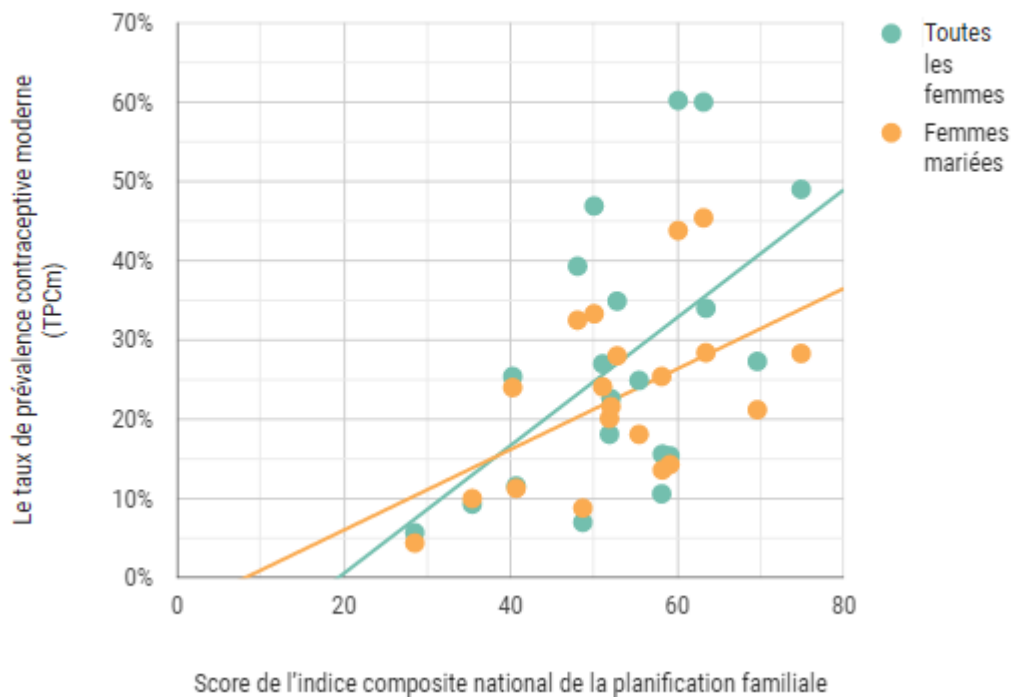
De bonnes performances dans les dimensions clés du programme de planification familiale, en particulier liées à la collecte et à l'utilisation des données, sont associées à des augmentations du TPCm.

Pour mieux comprendre les facteurs qui peuvent favoriser ou entraver l'accès et l'utilisation accrue de la planification familiale dans les pays, nous avons analysé 17 mesures incluses dans le [Indice composite national pour la planification familiale](#) (NCIFP) pour 21 des 22 pays prioritaires (les scores NCIFP du Bénin ont été exclus en raison de problèmes de qualité des données). Le NCIFP est un outil développé pour soutenir les décideurs dans leur travail d'amélioration de l'environnement propice à la planification familiale, en se concentrant sur cinq dimensions des programmes nationaux – Stratégie, collecte et utilisation des données, qualité des soins, responsabilité et équité – chacun comprenant un ensemble de éléments par rapport auxquels les parties prenantes du pays se notent.^c

Les scores du NCIFP sont recueillis auprès d'experts nationaux en planification familiale du gouvernement, du secteur privé, d'organisations non gouvernementales et confessionnelles, d'organisations universitaires et de recherche, de projets soutenus par des donateurs et d'autres acteurs influents. Une analyse des scores

mondiaux du NCIFP démontre que des scores plus élevés sont associés à un mCPR plus élevé, et que cette relation entre la performance programmatique et le mCPR est plus robuste dans les pays d'ASS (voir **Figure 6**).

Figure 6: Les classements de l'Indice composite national de la planification familiale (ICNPF) et le TPCm sont associés dans le monde entier, en particulier en Afrique sub-saharienne



Source: Analyse par le PRB de l'indice composite national de la planification familiale (ICNPF) 2017.

Nous avons examiné les engagements FP2020 ainsi que les scores du NCIFP en 2017. Nous avons également examiné les changements dans les scores entre 2014 et 2017 pour les indicateurs avec des données disponibles pour les deux années..

Dans toute l'ASS, les pays ont largement amélioré les dimensions pour lesquelles des engagements FP2020 ont été pris. Cependant, les engagements n'étaient pas exclusivement associés aux domaines d'avancement du programme. De nombreux pays ont obtenu des scores élevés dans la dimension **Stratégie**, ce qui peut avoir été soutenu par la volonté d'élaborer des plans de mise en œuvre chiffrés dans le cadre du partenariat FP2020. Pourtant, plusieurs pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Madagascar, Mali, Niger, Sénégal et Togo) ont des scores faibles à l'élément *Stratégie sur le leadership de haut niveau et le soutien au programme de planification familiale*.

While just half of countries made FP2020 commitments around **Data Collection and Use**, most countries had high scores in this dimension. But data challenges persist. In particular, countries score poorly on government collection of data from private sector providers, including on supply availability. Liberia is an exception; the government collects and integrates data on private sector commodities within the national logistics management information system (LMIS) to inform supply forecasting.

Alors que seulement la moitié des pays ont pris des engagements FP2020 autour de la **collecte et utilisation des données**, la plupart des pays ont obtenu des scores élevés dans cette dimension. Mais les problèmes de données persistent. En particulier, les pays obtiennent de mauvais résultats en matière de collecte gouvernementale de données auprès des prestataires du secteur privé, y compris sur la disponibilité de l'offre. Le Libéria est une exception ; le gouvernement collecte et intègre des données sur les produits du secteur privé dans le système national d'information sur la gestion de la logistique (SIGL) pour éclairer les prévisions d'approvisionnement.

Les engagements et les notes en matière de qualité des soins varient d'un pays à l'autre. Cependant, tous les pays, à l'exception du Burkina Faso et de la Tanzanie, ont enregistré des scores inférieurs en matière de qualité des soins dans le secteur privé par rapport au secteur public. Cette constatation mérite une enquête plus approfondie pour évaluer dans quelle mesure elle est vraie entre les pays et au sein des pays (par exemple, les scores de qualité des soins dans le secteur privé diffèrent-ils entre les milieux urbains et ruraux et selon le type de prestataire du secteur privé). Alors que presque tous les pays se sont engagés à accroître la participation ou le partenariat du secteur privé, peu de pays ont identifié des actions ou des données spécifiques nécessaires pour garantir des services de haute qualité dans les établissements privés. Le rapport du Malawi à FP2020 note que si la nécessité d'évaluer la qualité des soins dans le secteur privé est bien établie, les hôpitaux et les pharmacies privés ne disposent d'aucun processus pour communiquer les statistiques des services au gouvernement.

Certains pays ont identifié des mesures concrètes pour améliorer la qualité des soins dans le secteur privé. Après que le Service de santé du Ghana se soit engagé à inclure le DMPA-SC (une méthode contraceptive auto-injectée) dans la combinaison de méthodes disponibles dans les établissements de santé, le gouvernement a soutenu des maîtres formateurs dans les secteurs public et privé pour former les prestataires sur la façon de dispenser la méthode. La Guinée, le Libéria et le Kenya se sont engagés à investir dans le renforcement des capacités des prestataires des secteurs public et privé. Le Sénégal s'est engagé à réviser les lois régissant la prestation de services de planification familiale par les pharmaciens. Notamment, le Malawi s'est engagé à élaborer des normes nationales de supervision qui incluent la responsabilité des prestataires de services et des mesures de qualité des soins.

Alors que tous les pays se sont engagés à améliorer leur système logistique et à renforcer la formation des prestataires, les scores pour les deux variaient considérablement, avec près de la moitié des pays obtenant des scores inférieurs à la moyenne dans chaque indicateur. Mise à l'échelle des technologies numériques qui renforcent le SIMT, telles que [OpenLMIS](#), peut générer des économies de temps, de coûts et de gestion qui rationalisent l'approvisionnement et réduisent les ruptures de stock de contraceptifs.

La plupart des pays ont obtenu des scores faibles ou en baisse pour la collecte de données sur le choix éclairé et la partialité des prestataires, ainsi que pour l'existence de systèmes de dialogue entre les clients et les prestataires de santé ou les responsables locaux sur les services de planification familiale. Par exemple, la RDC a indiqué que, bien qu'elle ne dispose pas d'un système de rétroaction formel, les commentaires des clients sont recueillis par le biais de boîtes à suggestions disponibles dans certains établissements. Le Ghana utilise également des boîtes à suggestions dans les établissements et met en œuvre des entretiens périodiques avec les clients à la sortie et des enquêtes par le personnel des établissements de santé et les équipes de gestion de la santé au niveau des districts et des régions. Le Togo mène une enquête annuelle sur la disponibilité des produits et services de planification familiale, ainsi que sur la satisfaction des clients à l'égard des services. Les résultats de l'enquête sont analysés et diffusés dans toutes les régions pour éclairer l'élaboration et la mise en œuvre des plans de travail annuels.

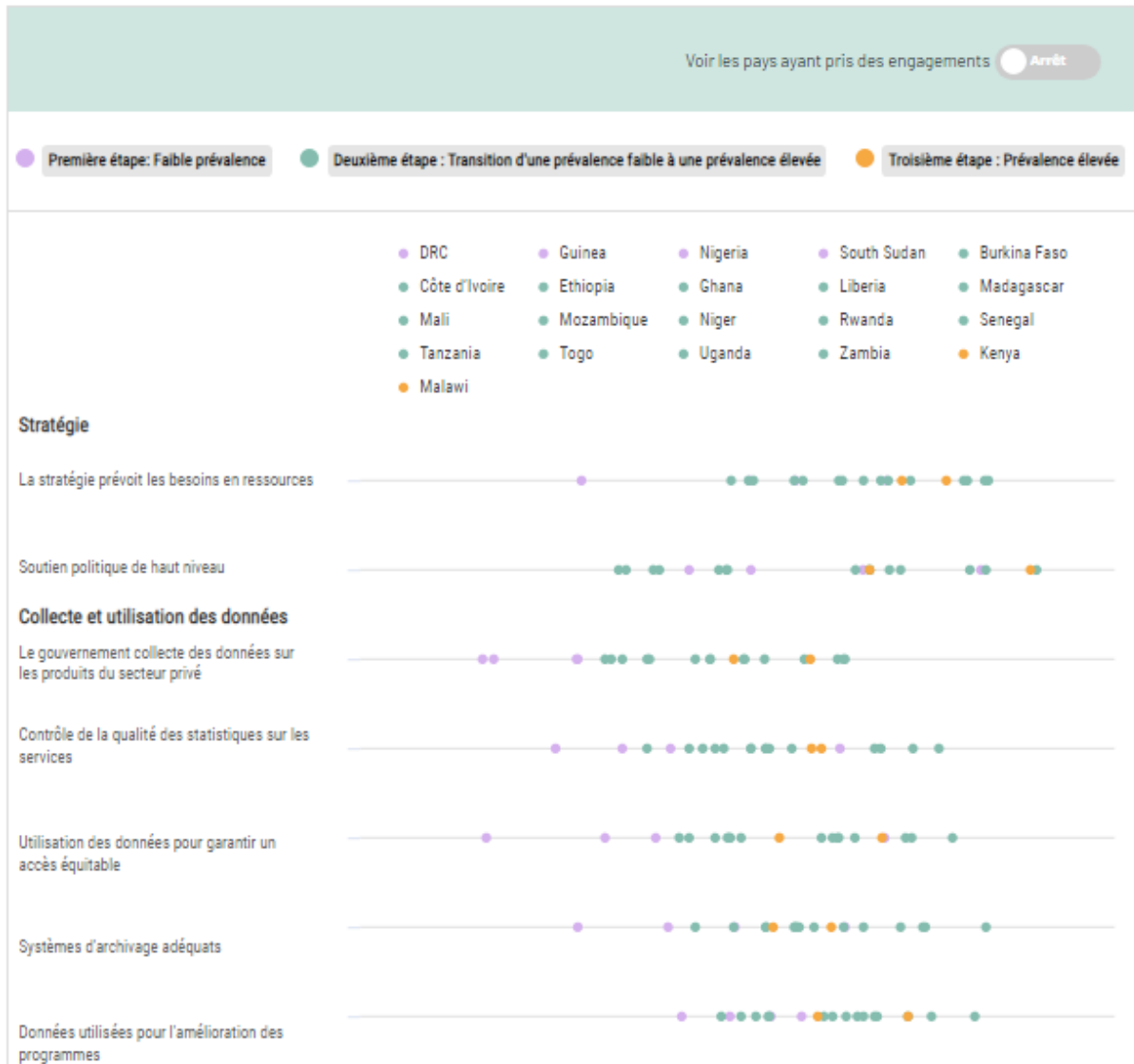
Les parties prenantes nationales signalent des difficultés de financement des structures de responsabilisation lorsque les interventions de prestation de services sont déjà sous-financées. Dans de tels environnements aux ressources limitées, [les technologies numériques qui génèrent des économies de temps et d'argent](#) peuvent aider à créer de l'espace dans les budgets pour investir dans des structures de responsabilité essentielles. De plus, les approches numériques comme [Le modèle PartME, fonctionnant à grande échelle au Ghana](#), peut être utilisé pour des plateformes de responsabilisation rentables qui soutiennent le dialogue communautaire avec les décideurs.

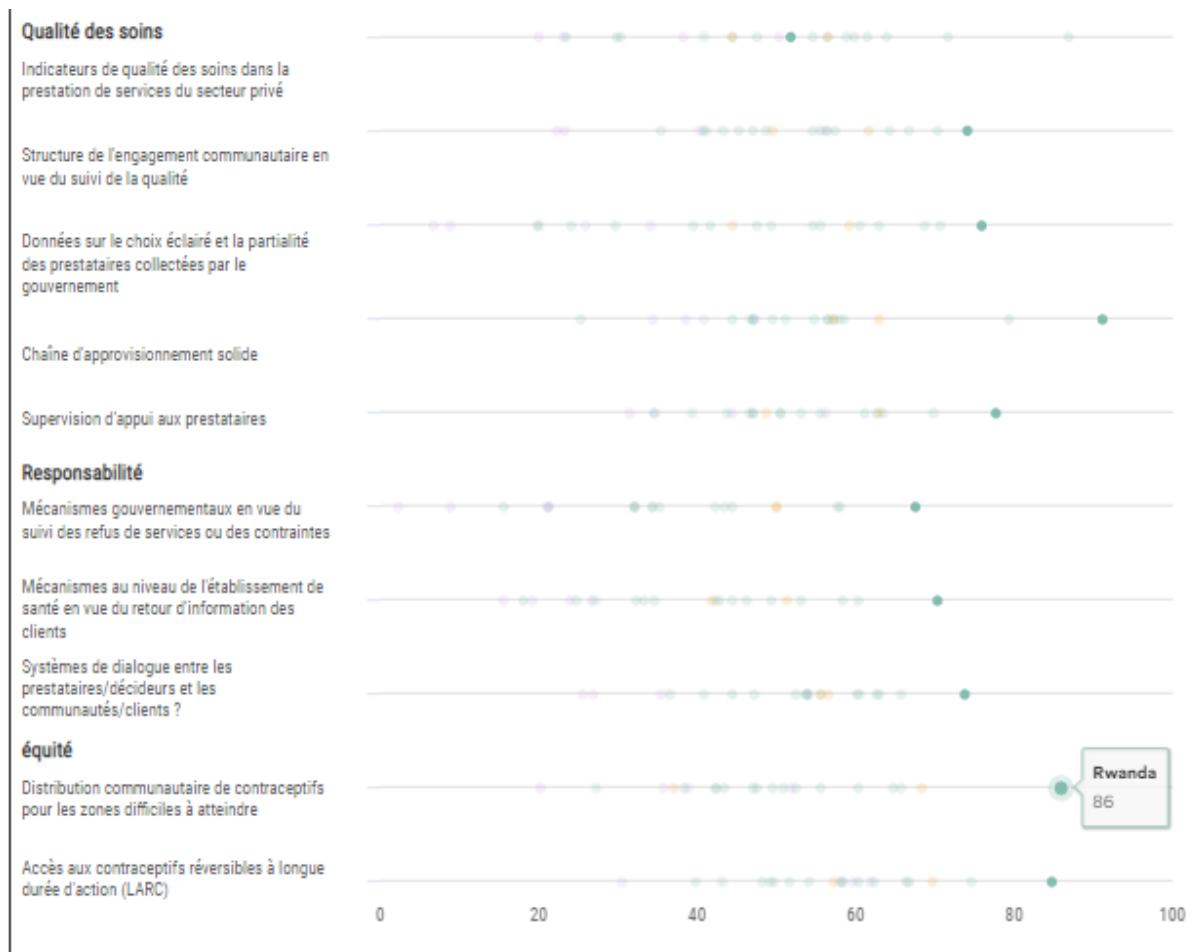
Dans la dimension **Équité**, les scores des mécanismes de distribution à base communautaire (DBC) sont particulièrement révélateurs. Alors que presque tous les pays ont pris des engagements FP2020 liés à l'établissement ou à l'intensification des programmes de distribution à base communautaire, les scores pour cet élément étaient souvent faibles ou stagnants, avec des scores élevés supérieurs à 65 points uniquement en Éthiopie, au Malawi et au Rwanda. Ces trois pays ont également obtenu des scores relativement élevés pour leurs systèmes logistiques, alors que l'inverse était vrai pour le Soudan du Sud, la Côte d'Ivoire et la RDC. D'autres facteurs qui affectent l'efficacité des programmes DBC comprennent le manque de personnel (en partie en raison d'un roulement élevé), le besoin de personnel qualifié et les

ressources limitées pour couvrir des zones géographiques étendues et souvent éloignées.

Pour mieux comprendre les facteurs programmatiques associés à l'augmentation du TPCm, nous classons en outre les pays par stade de la courbe en S (voir Figure 7).

Figure 7 : Scores de l'ICNPF pour certains pays d'Afrique subsaharienne selon l'étape de la courbe en S, 2017





Source: Indice composite national de la planification familiale (ICNPF) 2017.

Les pays de l'étape 1 ont obtenu de faibles notes pour la plupart des éléments du NCIFP en dehors de la dimension Stratégie.

"Les scores autour de la collecte et de l'utilisation des données étaient positivement associés à des augmentations du mCPR."

Les pays de l'étape 1 ont largement obtenu plus de 50, les pays de l'étape 2 ont obtenu entre 50 et 60 (à l'exception du Rwanda, un bon élève avec des scores supérieurs à 80) et les pays de l'étape 3 ont obtenu plus de 60. Les pays de l'étape 3 (Kenya et Malawi) et le Rwanda étaient les seuls les pays obtiennent un score supérieur à la moyenne dans la dimension Responsabilité. Les 17 autres pays ont obtenu un score inférieur à la moyenne dans les structures d'items pour signaler le refus de services pour des motifs non médicaux (tels que l'âge ou l'état matrimonial). Alors que de nombreux pays ont des politiques contre le déni de service pour de tels motifs, ils peuvent ne pas disposer de l'infrastructure nécessaire pour soutenir la responsabilisation.

Les programmes de planification familiale peuvent être mieux évalués grâce à des mesures centrées sur la personne, malgré les limites des mesures disponibles.

La faible performance dans la dimension de responsabilité du NCIFP peut refléter, au moins en partie, l'accent mis par les programmes de planification familiale sur l'adoption de contraceptifs au niveau de la population plutôt que sur la fourniture de services centrés sur la personne et fondés sur les droits. Appels à [réinventez cette approche de l'analyse comparative](#) le succès des programmes de planification familiale conduit à la collecte et à l'analyse de mesures nouvelles et/ou raffinées qui mettent l'accent sur l'autonomie des clients et la qualité des soins. Cette réinvention comprend des efforts qui n'ont que trop tardé pour mieux définir et mesurer le «besoin» ou la «demande» des femmes en matière de planification familiale, reconnaissant que l'intention d'éviter une grossesse n'est pas synonyme de vouloir utiliser la contraception. ⁵

Même si les efforts pour intégrer systématiquement davantage de mesures centrées sur la personne dans la collecte de données représentatives au niveau national se poursuivent, les décideurs peuvent agir immédiatement pour garantir que des mesures au-delà du mCPR sont utilisées pour évaluer la robustesse des programmes de planification familiale. Le tableau 3 présente les mesures de l'EDS concernant la demande de planification familiale satisfaite de toute méthode contraceptive, la proportion de femmes qui ont été conseillées sur les effets secondaires potentiels lors de l'accès à leur méthode actuelle et la proportion de femmes - parmi celles qui ne veulent plus d'enfants - qui ne font pas l'intention d'utiliser une contraception.

Ces métriques conservent des limites importantes. La métrique de la demande satisfaite confond sans doute le désir d'éviter une grossesse avec le désir d'utiliser la contraception. Le counseling sur les effets secondaires n'est qu'une des caractéristiques d'un counseling de haute qualité axé sur le client. Un manque d'intention d'utiliser la planification familiale chez les femmes qui ne veulent pas tomber enceintes peut être un signe que les femmes exécutent leur droit de ne pas utiliser de contraception quelles que soient leurs intentions de grossesse, ou cela peut être un signal de coercition reproductive par les partenaires, les parents- belle-famille ou autres. Pourtant, ces mesures, entre autres, peuvent contribuer à recadrer la façon dont les progrès du programme sont conceptualisés pour mieux répondre aux besoins et préférences reproductifs, personnels et professionnels des clients de la planification familiale.

Tableau 3 : Proportion d'adolescentes âgées de 15-19 ans dans la population et ayant commencé à procréer, par statut matrimonial

Pays	Adolescentes âgées de 15 à 19 ans	Célibataire sexuellement active	Mariée/en union
Bénin	Proportion de la population	11%	19%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	14%	84%
Burkina Faso	Proportion de la population	5%	32%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	15%	67%
Côte d'Ivoire	Proportion de la population	19%	21%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	26%	86%
Éthiopie	Proportion de la population	2%	17%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>		52%
Ghana	Proportion de la population	11%	6%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	26%	81%
Guinée	Proportion de la population	6%	28%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	21%	76%
Kenya	Proportion de la population	1%	12%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	32%	84%

Liberia	Proportion de la population	24%	12%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	33%	79%
Madagascar	Proportion de la population	7%	34%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	38%	69%
Malawi	Proportion de la population	6%	24%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	33%	83%
Mali	Proportion de la population	6%	42%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	29%	74%
Mozambique	Proportion de la population	13%	37%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	30%	73%
Niger	Proportion de la population	0.1%	61%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	66%	64%
Nigéria	Proportion de la population	4%	23%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	13%	74%
Ouganda	Proportion de la population	5%	20%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	32%	83%
RDC	Proportion de la population	12%	21%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	27%	77%
Rwanda	Proportion de la population	1%	2%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	34%	87%
Sénégal	Proportion de la population	0.2%	21%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	66%	58%
Tanzanie	Proportion de la population	7%	23%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	29%	80%
Togo	Proportion de la population	11%	13%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	14%	86%
Zambie	Proportion de la population	8%	15%
	<i>Ayant déjà des enfants</i>	48%	89%

Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

La pandémie de COVID-19 renforce l'importance d'investir dans des systèmes de données nationaux résistants aux chocs.

La pandémie de COVID-19 est le perturbateur potentiel le plus important pour les programmes de planification familiale depuis le dernier examen. Au début de la pandémie en mars 2020, de nombreux experts ont prédit des blocages dans les progrès du programme de planification familiale, notamment des baisses substantielles de l'utilisation des contraceptifs et des augmentations des besoins non satisfaits et des grossesses non désirées.⁶

Analyzing pandemic-related disruptions in family planning programs proved challenging, as countries struggled with conducting data collection (including for the DHS). Data collected through national HMIS became a key early source of information on potential disruptions. In March 2021, [findings from a convening examining HMIS data from multiple countries](#) indicated that, for the most part, family planning services experienced a brief period of acute disruption but quickly recovered. The timing, speed, and scale of this recovery varied, with disruptions persisting or recurring across some countries, like Niger, over multiple cycles.

Les nouvelles données sur les perturbations liées à la pandémie renforcent largement ces premiers résultats. Par exemple, [une analyse](#) des données d'enquête de six pays d'ASS (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, RDC, Kenya, RDC, Nigeria et Ouganda) mise en œuvre entre juin 2020 et février 2021 confirme que les perturbations étaient en grande partie temporaires et bien inférieures aux estimations initiales. Cependant, la pandémie en cours pourrait entraîner de futures perturbations, qu'elles soient directement provoquées par la pandémie ou indirectement par les déficits qui en résultent dans le financement national de la planification familiale. D'autre part, la pandémie a également créé une fenêtre pour l'innovation, y compris l'adoption accélérée des technologies numériques dans les programmes de planification familiale, ce qui peut avoir contribué à la résilience des programmes de planification familiale. Adaptations programmatiques réussies—y compris [formation virtuelle pour les fournisseurs](#), [places de marché en ligne soutenant les soins personnels des clients](#), et [les approches de télésanté pour la prestation de services de planification familiale](#)—peuvent améliorer l'impact et l'efficacité du programme au-delà de la pandémie.

Bien que les perturbations dans la prestation des services aient été plus limitées qu'on ne le craignait initialement, les perturbations dans la collecte des données ont été importantes et se poursuivent alors que la pandémie entre dans sa troisième année. La pandémie a stoppé le nouveau DHS à travers le monde en raison de

problèmes de santé et de sécurité. D'autres enquêtes ont été bloquées ou menées avec des échantillons limités et potentiellement biaisés (comme les enquêtes mises en œuvre par téléphone, qui peuvent atteindre de manière disproportionnée les femmes ayant des revenus plus élevés).

Ces perturbations ont attiré l'attention sur l'importance de disposer de solides systèmes nationaux de collecte de données, en particulier le HMIS, qui résistent aux chocs du système de santé.

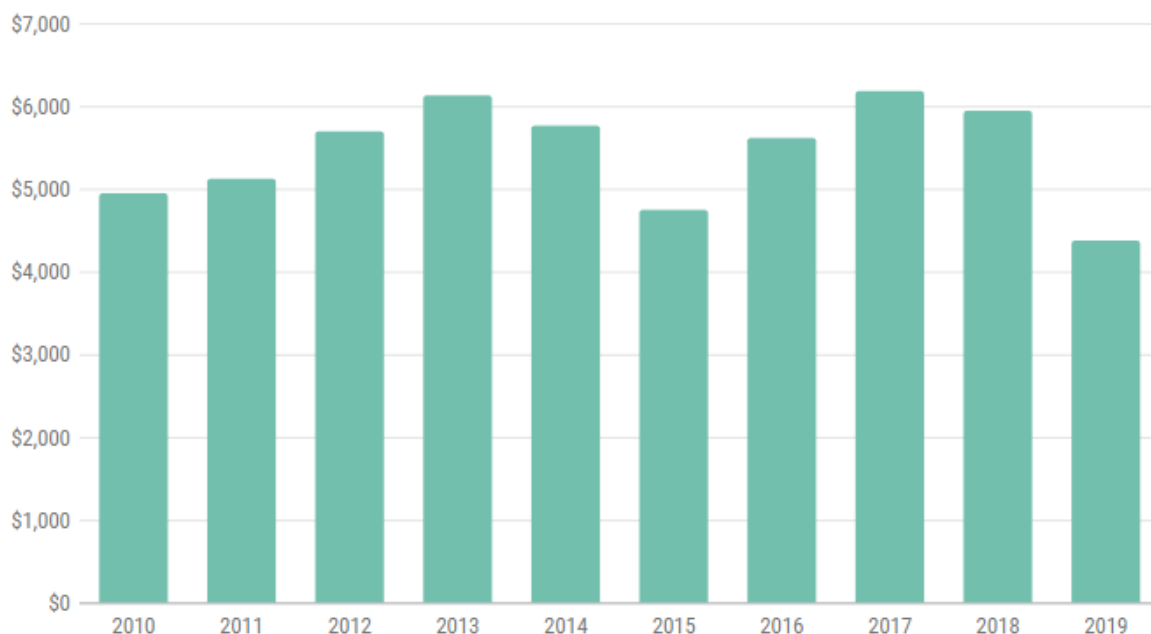
Bien que les limites des données du SIGS soient bien reconnues, y compris les défis liés à la qualité, à l'exactitude et à la fragmentation des données, les résultats des analyses des données du SIGS pendant la pandémie sont de plus en plus vérifiés par les résultats d'enquêtes. Les pays mènent des efforts pour relever les défis du SIGS, et ces efforts doivent être soutenus par l'engagement et l'investissement de la communauté des donateurs.

Le financement de la planification familiale est vulnérable à l'aube de la prochaine décennie.

Au moment du dernier rapport, le financement des donateurs pour la planification familiale avait augmenté régulièrement entre 2008 et 2014. Alors que l'USAID restait le plus grand donateur bilatéral pour l'aide à la planification familiale dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les gouvernements du Royaume-Uni et de la France sont devenus des acteurs plus importants dans l'espace.

Dans les années qui ont suivi, [les dépenses en ressources nationales pour la planification familiale semblent](#) augmenter, bien que les améliorations apportées à la manière dont ces dépenses sont suivies limitent la mesure dans laquelle les changements au fil du temps peuvent être clairement évalués. Au cours de la même période, les engagements des donateurs (y compris les engagements bilatéraux, multilatéraux et privés) en faveur de l'aide à la planification familiale en ASS ont stagné (voir **Figure 8**).

Figure 8: Engagements officiels des donateurs en faveur de la planification familiale et de la santé reproductive en Afrique subsaharienne, 2010-2019 (en millions de dollars US)



Source: Organisation de coopération et de développement économiques, [QWIDS \(Query Wizard for International Development Statistics\)](#), données consultées le 17 mars 2022.

A L'analyse 2020 de la Kaiser Family Foundation du financement des donateurs bilatéraux parmi les 10 principaux donateurs montre une baisse continue à partir de cette année. Les diminutions de l'aide bilatérale sont largement imputables au Royaume-Uni en raison de la restriction liée à la pandémie de son économie globale.

Les investissements dans la mobilisation des ressources nationales, menés par les décideurs politiques et la société civile dans tous les pays d'ASS, ont généré des engagements financiers nouveaux ou accrus pour la planification familiale. Cependant, il peut être difficile de maintenir les engagements financiers des donateurs et des pays au cours de la prochaine décennie, car les effets économiques de la pandémie continuent d'influencer les économies nationales. Dans ce contexte, il est essentiel que les programmes de planification familiale identifient et intègrent des approches qui augmentent l'efficacité de la mise en œuvre, y compris mise à l'échelle de solutions numériques éprouvées.