



SECTION 3

TENDANCES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

La section 2 de ce rapport a exploré les tendances de l'utilisation de la planification familiale dans les pays prioritaires de l'USAID. La section 3 examine comment ces tendances peuvent façonner les tendances récentes et projetées de la fécondité.

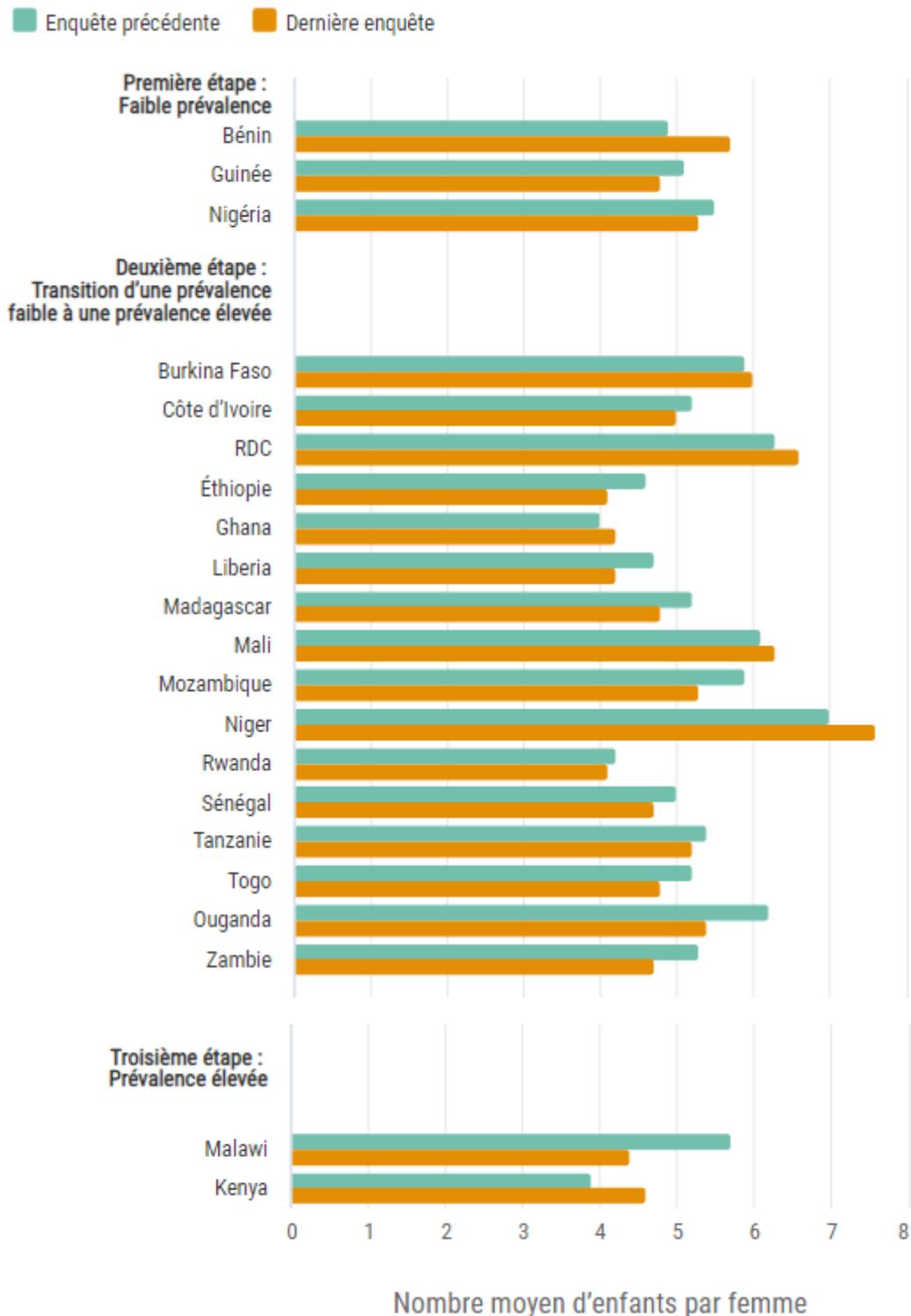
Il est important de comprendre la relation entre l'utilisation de contraceptifs et les tendances futures de la fécondité. Les tendances démographiques telles que la fécondité influencent la manière dont les pays planifient et allouent les ressources pour leur population à court, moyen et long terme. Il est essentiel que les projections démographiques reposent sur des hypothèses et des analyses solides. À l'échelle mondiale, le mCPR et l'indice synthétique de fécondité (ISF) des pays ont évolué au fil du temps de manière cohérente: à mesure que le mCPR augmente, l'ISF diminue. Certaines preuves suggèrent que la force de la relation entre la prévalence de la contraception et les taux de fécondité observés historiquement dans d'autres régions peut sembler différente en ASS, mais les résultats à ce sujet sont mitigés et les recherches existantes limitées tentent d'expliquer les facteurs spécifiques à chaque pays à l'origine de la différence.⁷

Figure 9 montre l'ISF par stade de la courbe en S pour les trois périodes d'enquête les plus récentes. Six pays où la fécondité stagne ou augmente se distinguent : le Bénin, le Burkina Faso, la RDC, le Ghana, le Mali et le Niger. Même parmi les pays où l'augmentation du TPCm est lente, la stagnation ou l'augmentation de l'ISF sont surprenantes. En examinant les transitions historiques des pays, sept pays (Cameroun, Guinée, Mozambique, Rwanda, Sénégal, Tanzanie et Zambie) ont également montré des augmentations de l'ICF pendant au moins une période d'enquête alors qu'ils étaient au stade 1 ou au début du stade 2, mais à un plus petit supérieur à celui observé dans les six pays qui se distinguent.

Nous avons exploré plusieurs facteurs susceptibles d'influencer la relation entre le TPCm et l'ISF, en particulier dans les six pays prioritaires de l'USAID qui présentent des signes de stagnation actuelle de la fécondité: la combinaison de méthodes et l'efficacité moyenne de la combinaison de méthodes, la fertilité idéale et l'infécondabilité (qui fait référence à la période après que les femmes ont donné naissance, au cours de laquelle elles courent un risque moindre de grossesse en raison de l'allaitement et/ou de l'abstinence). De nombreux facteurs peuvent

influencer les tendances de la fécondité, et cette analyse n'est pas exhaustive. Par exemple, les modèles régionaux d'âge à la première naissance et le nombre d'enfants que les femmes ont, en moyenne, avant de commencer la contraception influencent également les taux de fécondité et justifient une analyse continue.

Figure 9: Indice synthétique de fécondité selon l'étape de la courbe en S pour certains pays d'Afrique subsaharienne



Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

L'efficacité de la combinaison de méthodes est plus élevée dans les pays où le TPCm global est plus élevé, mais n'est probablement pas un facteur majeur de décrochage de la fertilité.

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, l'éventail des méthodes contraceptives se diversifie au fur et à mesure que les pays progressent dans les étapes de la courbe en S. Les pays au stade 2 et au stade 3 ont une plus grande proportion d'utilisation d'injectables et d'implants et une utilisation comparativement plus faible de méthodes à courte durée d'action. Les pays au stade 1 ont tendance à utiliser davantage les méthodes à courte durée d'action, en particulier les préservatifs et l'aménorrhée liée à l'allaitement.

Les tendances de la combinaison de méthodes, en particulier la prévalence des méthodes à courte et longue durée d'action, ont des implications pour le système de santé et les tendances de la fécondité. Alors que la demande et l'utilisation accrues de méthodes à longue durée d'action peuvent nécessiter une formation plus spécialisée des prestataires, la fourniture de ces méthodes tend à exercer une pression globale moindre sur le système de santé par rapport aux méthodes à courte durée d'action qui nécessitent un approvisionnement régulier et des contacts fréquents avec les prestataires. Les décideurs nationaux doivent déterminer si le système de santé répond à la demande de méthodes à longue durée d'action par rapport aux méthodes à courte durée d'action, dans le but de garantir que les femmes et les couples peuvent toujours choisir et accéder à leur méthode contraceptive préférée.

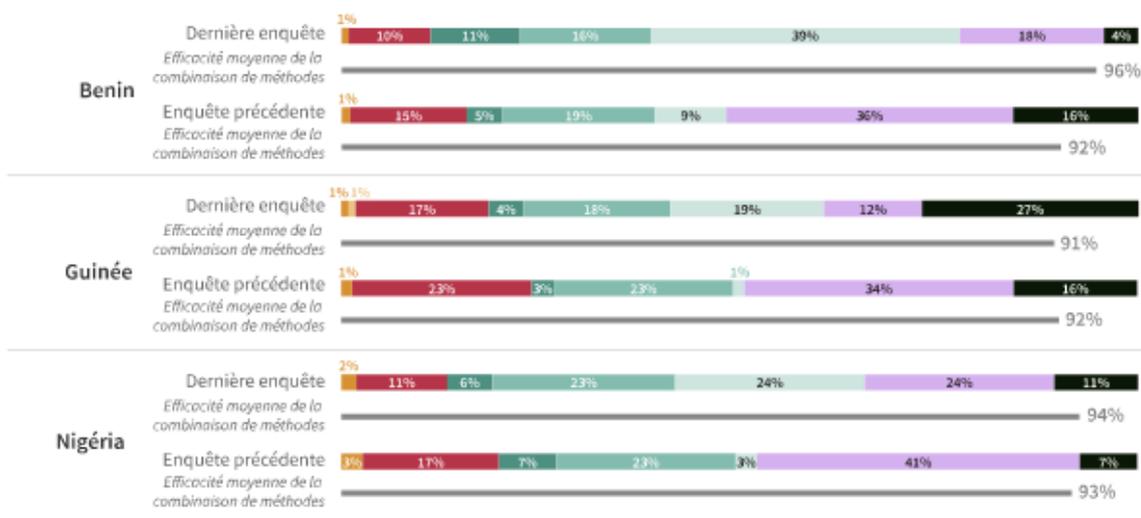
La combinaison de méthodes peut également influencer les tendances de la fécondité. Certaines méthodes sont plus efficaces pour prévenir la grossesse chez l'utilisateur moyen de la planification familiale que d'autres. Une combinaison de méthodes avec une efficacité globale plus élevée peut réduire les grossesses non désirées causées par l'échec d'une méthode de planification familiale. Nous avons calculé l'efficacité de la combinaison de méthodes en multipliant les proportions spécifiques à la méthode d'une combinaison de méthodes par son taux d'efficacité et en additionnant les produits. Les taux d'efficacité de la méthode ont été calculés en soustrayant les taux d'échec de la méthode de 100. L'échec de la méthode est la proportion de femmes qui tomberont enceintes dans un an en raison de l'échec de la méthode.

Figure 10 montre que l'efficacité moyenne de la combinaison de méthodes a augmenté dans tous les pays de l'étape 3 et la plupart des pays de l'étape 2. En ce qui concerne spécifiquement les six pays où la fécondité stagne ou augmente (Bénin, Burkina Faso, RDC, Ghana, Mali et Niger), l'efficacité moyenne des méthodes n'a diminué qu'en RDC et au Niger entre les deux enquêtes les plus récentes.

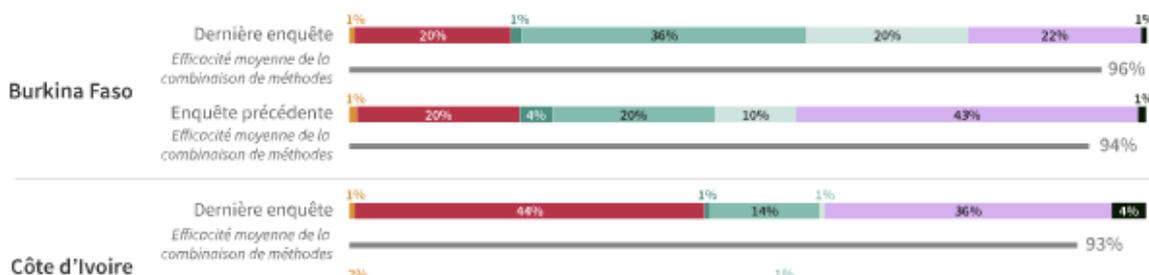
Figure 10: Efficacité des méthodes contraceptives selon l'étape de la courbe en S pour certains pays d'Afrique subsaharienne

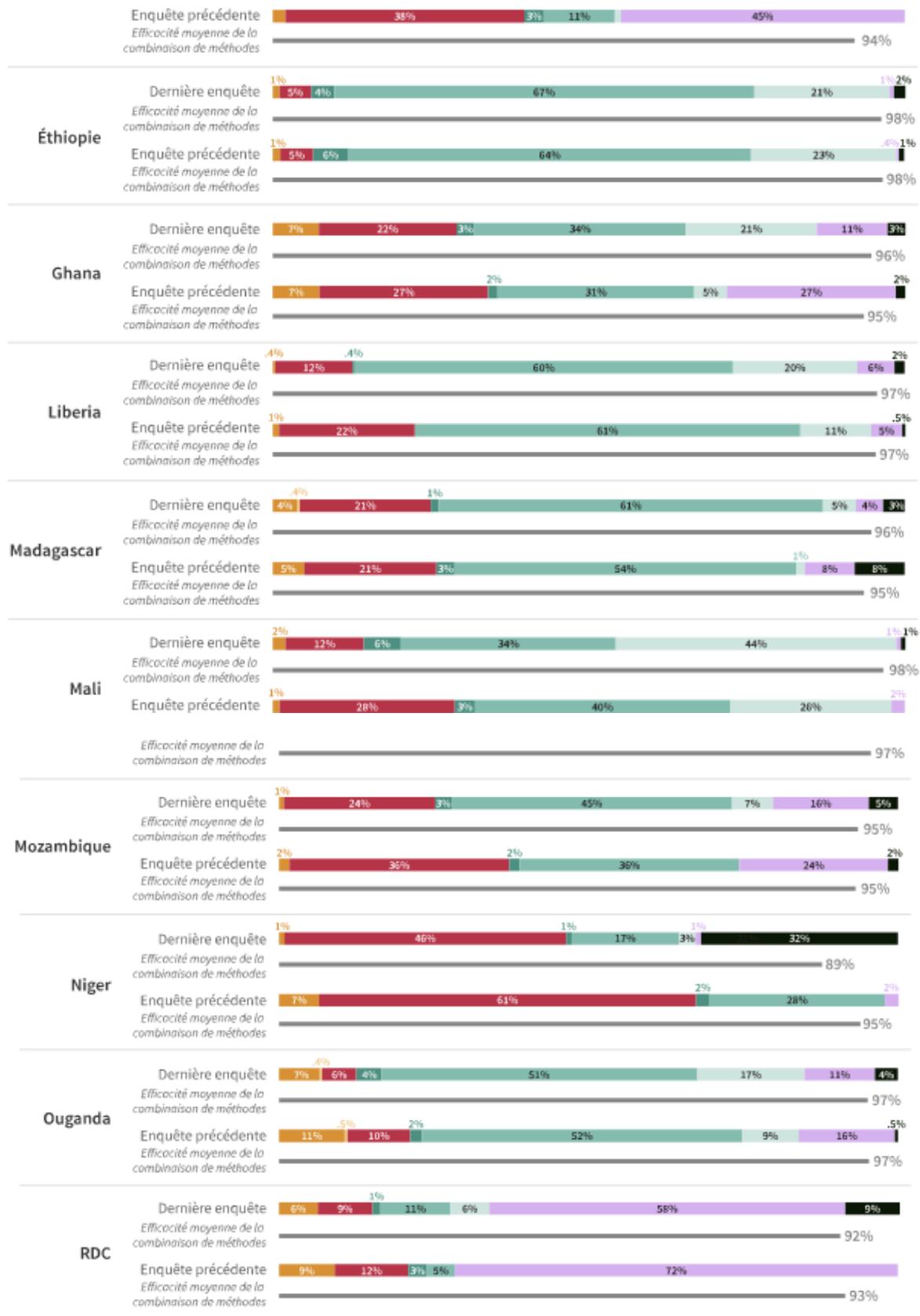


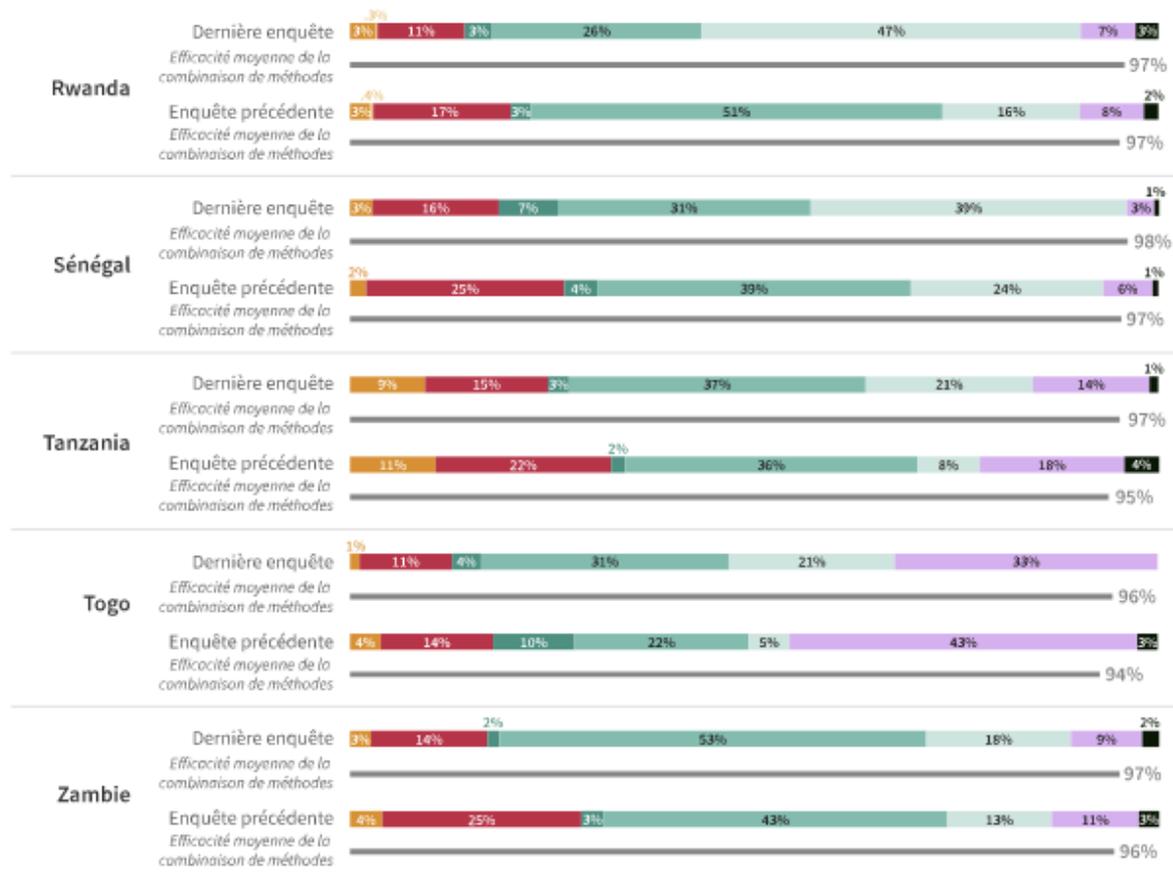
Étape 1 – Faible prévalence



Étape 2 – Transition d'une prévalence faible à une prévalence élevée







Étape 3 – Prévalence élevée



Source: Analyse par Avenir Health des enquêtes démographiques et de santé.

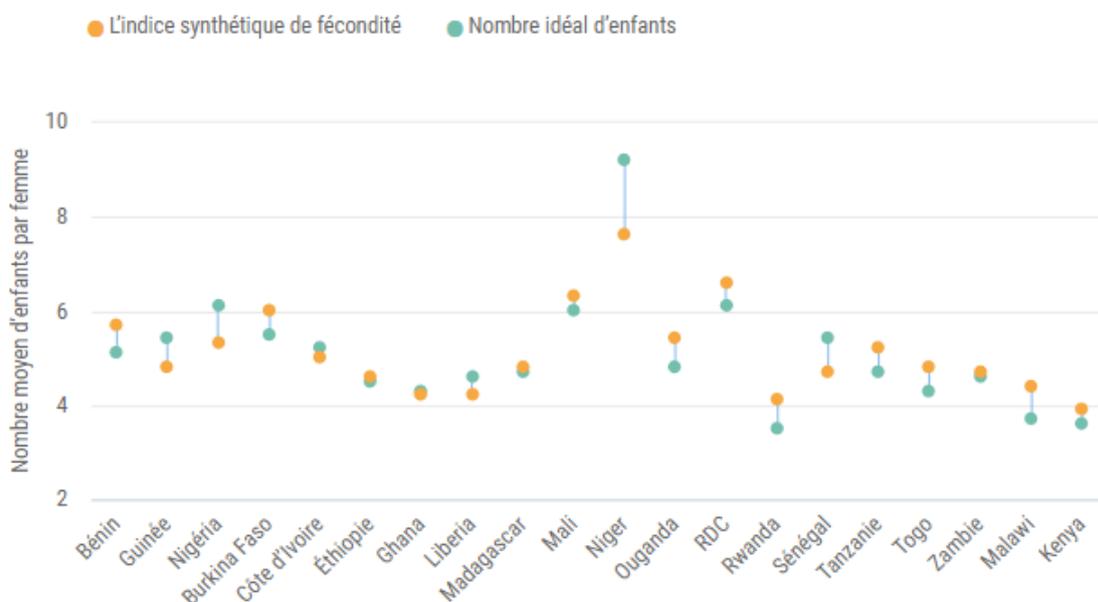
Note: Eff. = Efficacité

Une fécondité idéale élevée et l'utilisation de la planification familiale pour espacer plutôt que limiter les naissances suggèrent que la baisse de la fécondité pourrait rester plus lente en ASS par rapport aux autres régions.

Notre analyse révèle que les femmes en ASS utilisent largement la planification familiale pour espacer, plutôt que limiter, les naissances. La fécondité idéale reste supérieure à l'ISF dans la moitié des six pays où l'on observe des signes de stagnation de la fécondité.

Figure 11 montre que l'ICF est supérieur à la fécondité idéale moyenne dans la plupart des pays, ce qui suggère que la fécondité pourrait continuer à baisser dans ces pays même si les idéaux ne changent pas. Cependant, dans trois des pays où la fécondité stagne ou augmente (Burkina Faso, Ghana et Niger), le nombre idéal moyen d'enfants est supérieur à l'ISF. Dans les pays où les femmes, en moyenne, veulent plus d'enfants qu'elles n'en ont actuellement, la fécondité totale devrait rester plus élevée. Même si le TPCm augmente, les femmes peuvent être plus susceptibles d'utiliser la contraception pour espacer les naissances plutôt que de limiter les naissances.

Figure 11: Indice synthétique de fécondité et fécondité idéale selon l'étape de la courbe en S pour certains pays d'Afrique subsaharienne



Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

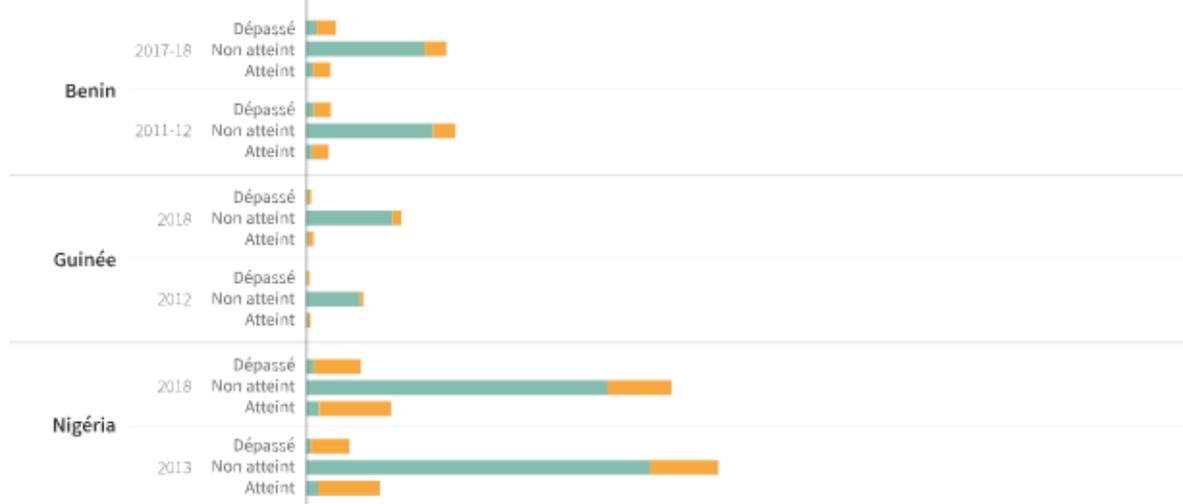
Figure 12 montre dans quelle mesure les femmes utilisent la contraception pour espacer ou limiter les naissances selon qu'elles ont atteint ou non leurs idéaux de fécondité. Plus précisément, nous avons examiné l'utilisation de la planification familiale pour espacer les naissances par rapport à la limitation des naissances chez les femmes qui ont:

- Rencontré leur fertilité idéale: le nombre d'enfants vivants est égal au nombre idéal d'enfants.
- N'ont pas atteint leur fertilité idéale: nombre d'enfants vivants est inférieur au nombre idéal d'enfants.
- Dépassé leur fertilité idéale: nombre d'enfants vivants est supérieur au nombre idéal d'enfants.

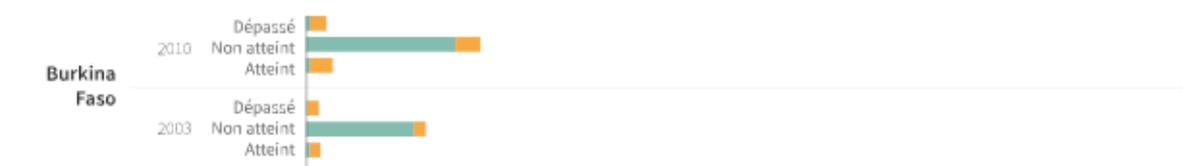
Dans tous les pays, la plus grande catégorie d'utilisatrices de contraceptifs est celle des femmes qui n'ont pas encore atteint leur fécondité idéale, c'est-à-dire qu'elles souhaitent avoir plus d'enfants. La plupart de ces femmes utilisent une méthode contraceptive pour espacer plutôt que limiter les naissances. Cette utilisation de la contraception chez les femmes qui veulent plus d'enfants est un signal important que les femmes utilisent effectivement la contraception pour atteindre leurs idéaux de fertilité grâce à un calendrier et à un espacement sains des grossesses.

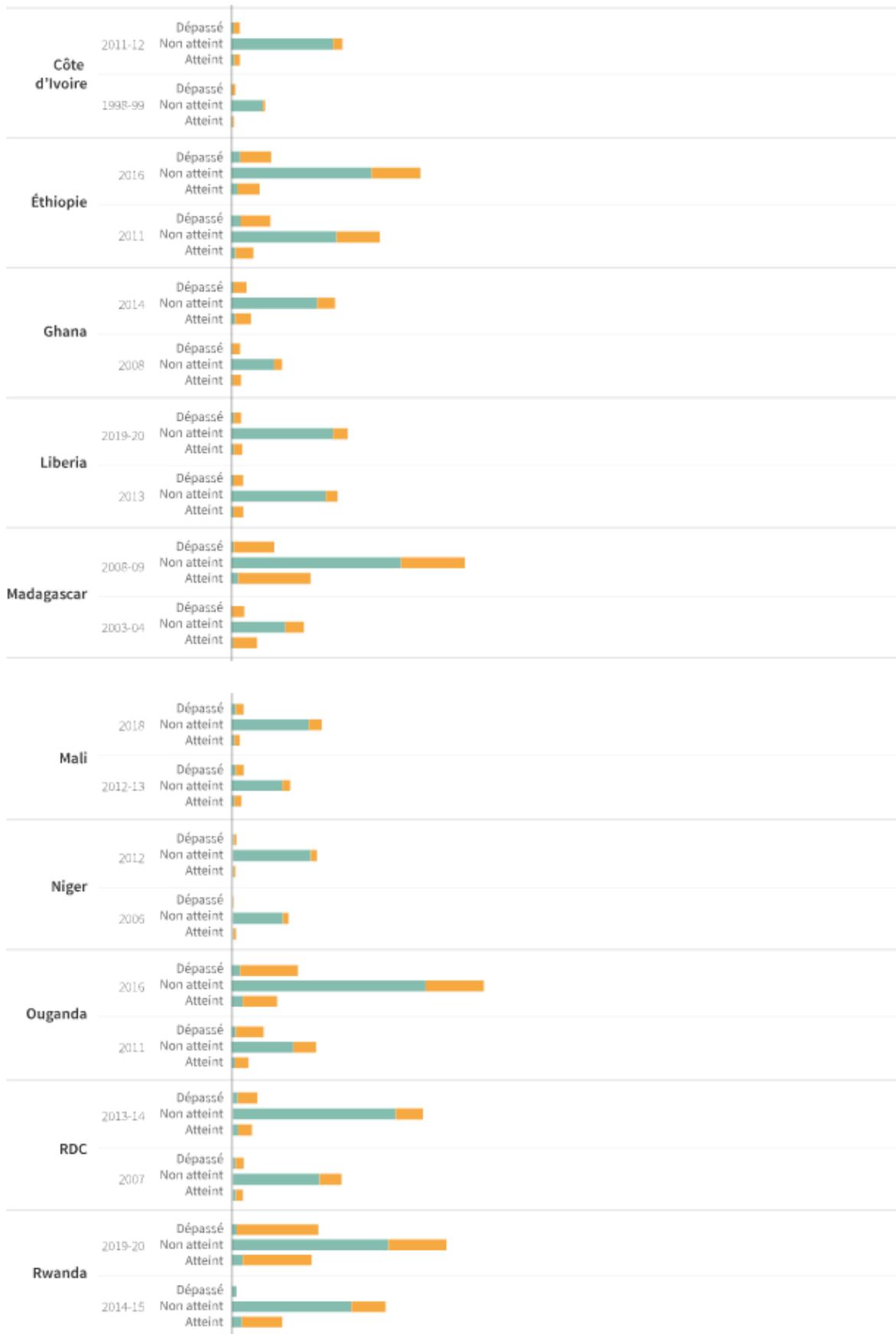
Figure 12: Utilisation de contraceptifs pour espacer les naissances ou les limiter dans certains pays d'Afrique subsaharienne, selon l'étape de la courbe en S.

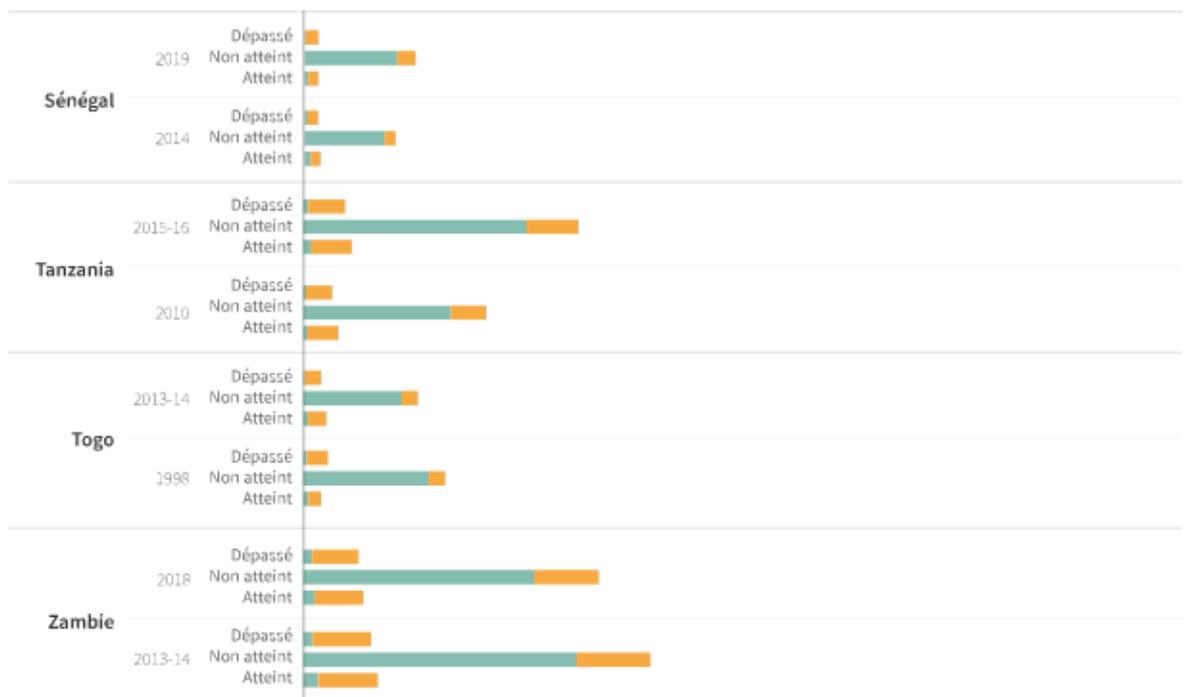
Étape 1 – Faible prévalence



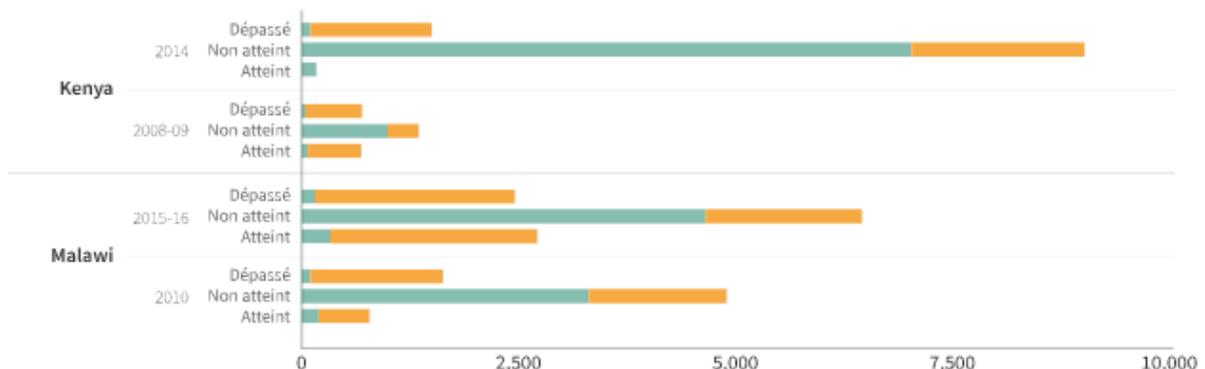
Étape 2 – Transition d'une prévalence faible à une prévalence élevée







Étape 3 – Prévalence élevée



Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

En revanche, une plus grande proportion de femmes qui ont atteint ou dépassé leur fécondité idéale utilisent une méthode contraceptive pour limiter les naissances. Cependant, étant donné que la plupart des femmes en ASS n'ont pas encore atteint leur idéal de fécondité et utilisent largement la contraception pour espacer les naissances, l'impact de l'utilisation de la contraception sur l'ISF sera plus faible que dans les régions où l'utilisation de contraceptifs pour limiter les naissances est plus importante.

Des recherches récentes indiquent qu'un changement vers la limitation des naissances pourrait être en cours dans les pays où la fécondité totale est tombée en dessous de cinq enfants par femme.⁸ Cette tendance mérite d'être observée car elle pourrait éventuellement être observée ailleurs dans la région, avec des implications pour l'accélération future de la baisse de la fécondité.

Les comportements post-partum influencent également les tendances de la fécondité dans la plupart des six pays d'ASS où la fécondité augmente ou stagne.

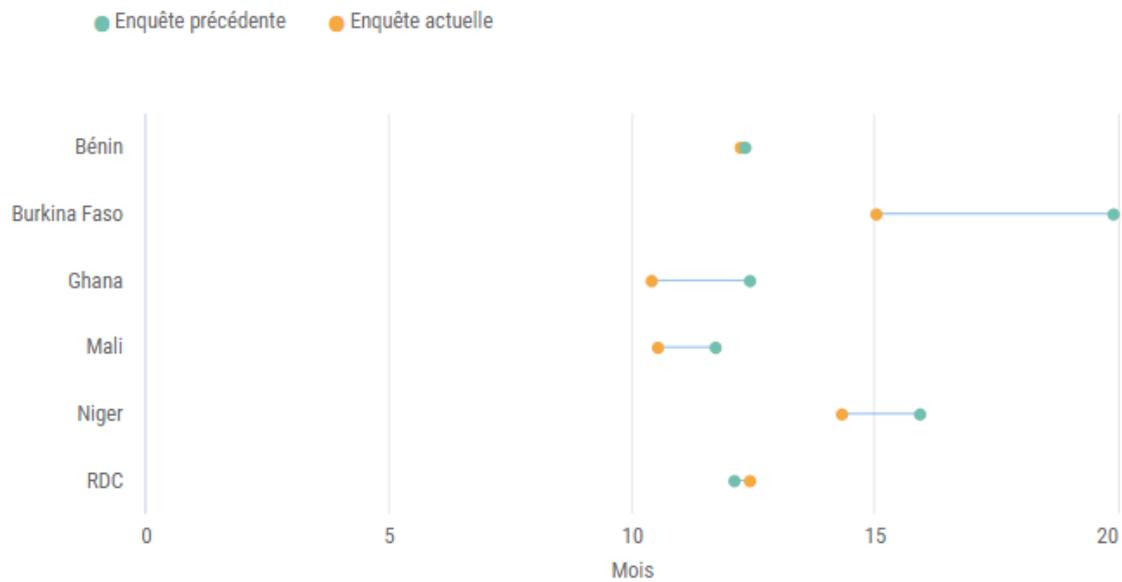
Dans les six pays où la fécondité augmente ou stagne (Bénin, Burkina Faso, RDC, Ghana, Mali et Niger), des idéaux de fécondité élevés sont un facteur clé dans trois pays (Burkina Faso, Ghana et Niger). La diminution de l'efficacité de la combinaison de méthodes de planification familiale peut également contribuer à la tendance dans deux pays (RDC et Niger). Cependant, ces facteurs ne tiennent pas compte des tendances dans les six pays et ne tiennent probablement pas pleinement compte des tendances au Burkina Faso, en RDC, au Ghana et au Niger.

Nous explorons donc si les tendances liées à la période post-partum - ou la période de temps après l'accouchement lorsque les changements biologiques que les femmes subissent associés à la grossesse reviennent à l'état non enceinte - peuvent aider à expliquer davantage les stagnations de la fécondité dans ces pays..⁹

Au cours de la période post-partum, certains comportements inhibent la probabilité pour les femmes de retomber enceintes, même sans utilisation de contraceptifs. L'allaitement maternel exclusif pendant cette période conduit à l'aménorrhée (ou à l'absence de menstruations), ce qui rend les femmes biologiquement moins susceptibles de tomber enceintes pendant environ six mois après un accouchement. Les comportements et les normes sociales autour de l'abstinence pendant la période post-partum peuvent également contribuer à la faible probabilité biologique de grossesse des femmes.

Figure 13 montre la durée médiane de l'insensibilité post-partum (le nombre de mois pendant lesquels les femmes connaissent encore l'aménorrhée ou s'abstiennent encore d'avoir des relations sexuelles après l'accouchement) à partir des deux EDS les plus récentes parmi les pays d'ASS où l'ISF augmente ou stagne. La durée médiane de l'insensibilité post-partum a diminué entre les enquêtes pour tous les pays sauf la RDC.

Figure 13: Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum (IPP) dans six pays d'Afrique subsaharienne, en mois

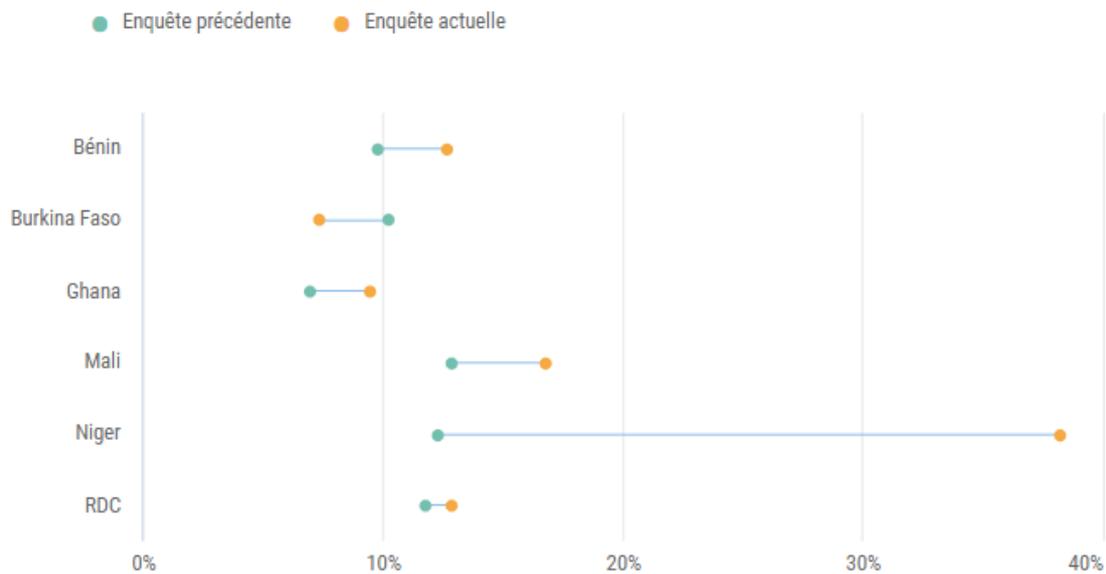


Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

Les tendances de l'utilisation des contraceptifs pendant la période d'insensibilité post-partum dans les pays peuvent influencer davantage la relation entre le TPCm et la fécondité. Pendant la période d'insensibilité post-partum, l'utilisation de contraceptifs est redondante car les comportements autour de l'allaitement et de l'abstinence empêchent déjà la grossesse. Dans les pays où une proportion notable d'utilisatrices de contraceptifs souffrent également d'aménorrhée due à l'allaitement ou parce qu'elles sont abstinentes, l'impact total de la mCPR sur les taux de fécondité sera plus faible.

Figure 14 montre la proportion d'utilisatrices de contraceptifs modernes qui sont aménorrhéiques ou abstinentes après l'accouchement pour les deux enquêtes EDS les plus récentes parmi les six pays où l'ISF est soit stagnant, soit en augmentation. La proportion d'utilisatrices de méthodes modernes qui ne sont pas à risque en raison de l'aménorrhée ou de l'abstinence post-partum a augmenté entre les enquêtes pour tous les pays sauf le Burkina Faso. Cette tendance peut en outre aider à expliquer pourquoi l'utilisation de contraceptifs modernes augmente dans la plupart de ces pays sans s'accompagner d'une baisse de la fécondité totale.

Figure 14: Proportion des femmes utilisant des méthodes modernes de planification familiale qui sont aménorrhéiques ou abstinentes après l'accouchement



Source: Les enquêtes démographiques et de santé.

Nos résultats montrent que les idéaux de fécondité, l'utilisation élevée de la contraception pour espacer plutôt que limiter les naissances et les comportements influençant la période d'insensibilité post-partum à la grossesse influencent les tendances de la fécondité en ASS.

Comme indiqué précédemment dans ce rapport, de nombreux facteurs supplémentaires peuvent influencer les tendances de la fécondité et les estimations démographiques, telles que les tendances sociodémographiques de l'éducation des filles, l'âge au premier mariage et l'urbanisation. Cependant, cette analyse renforce d'autres recherches qui trouvent des modèles uniques autour de l'utilisation de contraceptifs et de la baisse de la fécondité en ASS. Les décideurs doivent examiner attentivement les hypothèses qui sous-tendent leurs projections démographiques.

Les perturbations de l'éducation des filles causées par la pandémie de COVID-19 peuvent influencer les tendances de la fécondité.

Comme nous l'avons souligné dans la section 2, les données du HMIS et des enquêtes longitudinales spécifiques à chaque pays d'Afrique subsaharienne montrent que la plupart des femmes n'ont pas modifié leur utilisation de la contraception en 2020. En fait, l'utilisation globale de la contraception était plus élevée que prévu sur la base des tendances à long terme.¹⁰

Contrairement aux effets modérément perturbateurs de la pandémie sur la prestation des services de planification familiale, l'éducation formelle des élèves du primaire et du secondaire a été interrompue dans de nombreux pays pendant des mois et, dans certains cas, pendant plus d'un an. Sur 46 pays d'ASS dont les données sont suivies par l'UNESCO, 16 ont connu des fermetures complètes d'au moins 20 semaines.¹¹ En Ouganda, les écoles n'ont rouvert qu'en janvier 2022, près de deux ans après la fermeture.

L'impact des fermetures prolongées d'écoles sur les filles, qui bénéficient de rendements économiques plus élevés sur l'éducation que les garçons, est inquiétant et s'étend à de nombreux aspects de leur santé et de leur développement. Une étude de 2021 au Kenya a révélé que le pourcentage de filles qui ne sont pas revenues à la réouverture des écoles était le double de celui des garçons.¹² Par rapport aux filles qui ont terminé leurs études secondaires avant la pandémie, les filles des zones rurales du Kenya dont l'éducation a été perturbée par la pandémie étaient deux fois plus susceptibles de tomber enceintes alors qu'elles étaient scolarisées, trois fois plus susceptibles d'abandonner l'école et moins susceptibles de signaler leur premier sexe comme désiré.¹³ En Afrique du Sud, le ministère de la Santé de Gauteng a signalé une augmentation de près de 60 % du nombre de filles de moins de 18 ans qui accouchent au cours de la première année de la pandémie.¹⁴ Les filles et les femmes ont également souffert d'une forte augmentation des violences basées sur le genre (VBG) pendant la pandémie ; en Afrique de l'Est, les ministères du genre ont enregistré une augmentation de 48% des cas signalés.¹⁵ Dans les pays où les politiques empêchent les mères adolescentes de retourner à l'école, le risque de grossesses répétées rapides (naissances survenant dans les deux ans suivant une naissance vivante) chez les adolescentes non scolarisées peut être particulièrement élevé.

Les implications des impacts relativement modérés de la pandémie sur la planification familiale et ses impacts graves sur l'éducation des filles et la VBG justifient une exploration plus approfondie. Pour comprendre et traiter ces

tendances et effets, qui sont encore émergents, les décideurs politiques et les partenaires doivent:

- Accroître les investissements pour collecter et analyser des données comparables sur les fermetures d'écoles et les changements dans la scolarisation et la réussite des filles.
- Accroître les investissements dans le ministère de l'Éducation [Santé scolaire](#) Les cadres politiques, qui génèrent un gagnant-gagnant pour les secteurs de la santé et de l'éducation grâce à la fourniture de services clés, en particulier l'alimentation scolaire et la nutrition et [éducation complète à la sexualité](#).
- Soutenir les efforts visant à intensifier l'éducation complète à la santé sexuelle dans les écoles, notamment en engageant les organisations de la société civile et les chefs religieux à surmonter les obstacles politiques.
- Investir dans des initiatives de plaidoyer pour révoquer les politiques qui [empêcher les élèves enceintes et les mères adolescentes de retourner à l'école](#).
- Investir dans l'analyse pour comprendre les implications démographiques potentielles, y compris la fécondité, des changements dans le niveau d'instruction des filles.

Après des années de bifurcation dans les programmes de santé et d'éducation de l'USAID, [de nouveaux efforts pour rapprocher les secteurs sont prometteurs](#).

La collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour atténuer les effets de la pandémie sur le bien-être des filles est plus urgente que jamais.