



#### SECTION 4

## TENDANCES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DE LA PAUVRETÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Dans toute l'Afrique subsaharienne, les pays ont adopté l'objectif d'éradication de la pauvreté par le biais d'une série d'engagements, tels que l'objectif de développement durable 1 visant à « éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout » ou l'objectif de l'Agenda 2063 de l'Union africaine visant à atteindre un niveau de vie élevé, une qualité de vie la vie et le bien-être de tous les citoyens grâce à la réduction de la pauvreté.<sup>16</sup> Combinés, ces puissants engagements politiques et financiers devraient accélérer la réduction de la pauvreté, aider les femmes et les ménages à augmenter leurs revenus et leur richesse.

Le rapport de 2016 a fait valoir que les différentiels fondés sur la richesse dans l'utilisation des contraceptifs et la fécondité peuvent limiter les opportunités économiques pour les ménages à faible revenu, faisant des efforts pour aborder l'accès à la planification familiale une composante importante des stratégies de réduction de la pauvreté. Le rapport a mis en évidence de fortes disparités dans l'utilisation des contraceptifs, la malnutrition infantile, l'enseignement secondaire et la grossesse chez les adolescentes entre les segments les plus riches et les plus pauvres de la population.

Notre rapport actuel développe l'analyse de 2016 pour évaluer dans quelle mesure les programmes de planification familiale atteignent les femmes des ménages les plus pauvres au cours de la dernière décennie pour laquelle des données sont disponibles. Nous examinons un sous-ensemble de 12 pays avec des données DHS disponibles sur une période d'environ 10 ans. Des études antérieures ont révélé que l'équité en matière de santé reproductive entre les ménages pauvres et riches s'est améliorée au cours de la dernière décennie.<sup>17</sup> Bon nombre de ces résultats reposent sur l'indice de richesse de l'EDS, qui est spécifique à chaque pays et à chaque enquête. Par conséquent, l'utilisation du même indice pour évaluer les tendances dans le temps ou entre les pays peut conduire à des comparaisons inexactes.<sup>18</sup> A [Rapport EDS 2018](#) développé et appliqué une mesure de la pauvreté absolue à 31 pays cibles FP2020 pour générer des groupes de pauvreté comparables au sein des pays et entre eux. Elle a constaté des baisses substantielles de la pauvreté absolue dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Cependant, cette approche compare ceux qui vivent en dessous d'un

indicateur de pauvreté absolue avec ceux qui ne vivent pas, ce qui ne nous permet pas de saisir les changements plus larges de la situation économique au fil du temps.

Pour surmonter cette limitation, nous avons recalculé les groupes de richesse, en normalisant les quintiles pour permettre une comparaison dans le temps et entre les pays. Nous avons créé cinq catégories de richesse, définies comme suit:

- Ménages très pauvres.
- Ménages pauvres.
- Ménages de richesse moyenne.
- Ménages de richesse moyenne supérieure.
- Ménages très riches.

Nous avons ensuite analysé les données pour quantifier les contributions relatives des changements dans le statut économique des femmes, par rapport à d'autres facteurs, à l'augmentation du TPCm. Si les augmentations du TPCm sont largement dues à des facteurs autres que l'amélioration de la situation économique, notre analyse attribue l'augmentation au programme de planification familiale. Cette attribution des améliorations du statut non économique au programme de planification familiale est une limite de notre analyse, car d'autres facteurs (par exemple, le niveau d'éducation) contribuent certainement également à l'augmentation du TPCm. Cependant, il est peu probable que les changements de ces facteurs expliquent toutes les augmentations du TPCm non attribuées aux améliorations de la situation économique.

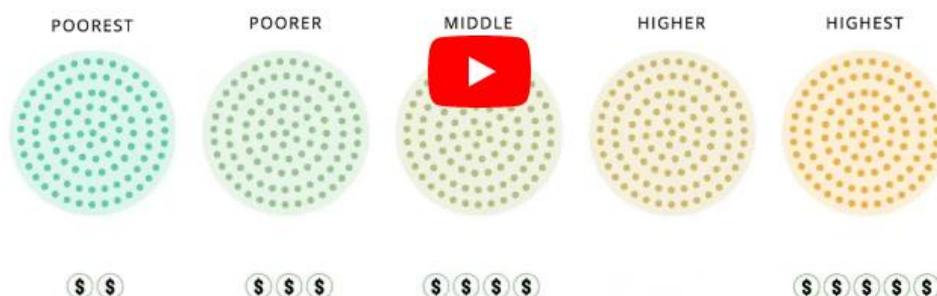
En utilisant cette approche, nous constatons que les augmentations du TPCm sont motivées non seulement par l'amélioration de la situation économique des femmes, mais également par les efforts du programme de planification familiale. En fait, les augmentations du TPCm sont souvent les plus importantes chez les femmes des ménages les plus pauvres, ce qui suggère que les programmes de planification familiale atteignent les femmes quel que soit leur statut économique

Pour une explication détaillée des méthodes, consultez notre **vidéo explicative des méthodes**.

mCPR Placeholder

**POPULATION OF TANZANIA**  
USING DHS QUINTILES

Watch Later Share



## De nombreuses femmes et ménages sont sortis des catégories de richesse les plus pauvres.

Des progrès considérables ont été réalisés dans la réduction de la pauvreté au cours de la dernière décennie, du moins avant le début de la pandémie de COVID-19. La proportion de ménages dans la catégorie de richesse très pauvre de notre analyse – et, avec elle, la proportion de femmes dans la catégorie de richesse très pauvre – a diminué dans les 12 pays (voir **Table 4**). Des pays comme le Kenya, la Tanzanie et la Zambie font partie de ceux qui ont enregistré une baisse de plus de 20 points de pourcentage des ménages dans la seule catégorie de richesse très pauvre.

**Tableau 4 : Variation en points de pourcentage de la proportion de ménages dans toutes les catégories de richesse dans certains pays**

	Très pauvre	Pauvres	Milieu Wealth	Moyenne supérieure Richesse	Richesse élevée
RDC	↓ -0.93	↓ -3.10	↑ 0.07	↑ 3.74	↑ 0.22
Éthiopie	↓ -11.24	↓ -18.38	↑ 10.57	↑ 11.35	↑ 7.71
Kenya	↓ -26.05	↓ -6.47	↑ 7.52	↑ 11.00	↑ 14.00
Libéria	↓ -19.26	↓ -11.00	↑ 2.14	↑ 12.20	↑ 15.92
Malawi	↓ -13.83	↓ -14.01	↑ 3.73	↑ 11.83	↑ 12.27
Mali	↓ -27.01	↓ -13.81	↑ 7.96	↑ 18.19	↑ 14.67
Nigéria	↓ -15.74	↑ 1.28	↑ 5.38	↑ 3.30	↑ 5.79
Rwanda	↓ -20.24	↓ -25.22	↓ -0.95	↑ 25.60	↑ 20.81
Sénégal	↓ -11.28	↓ -3.30	↑ 0.08	↑ 3.54	↑ 10.97
Tanzanie	↓ -20.97	↓ -16.03	↑ 6.53	↑ 13.69	↑ 16.78
Ouganda	↓ -20.74	↓ -18.96	↑ 5.54	↑ 14.64	↑ 19.52
Zambie	↓ -23.07	↓ -3.47	↑ 11.31	↑ 9.47	↑ 5.76

La source: Avenir Santé analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé.

## L'augmentation de l'utilisation des contraceptifs dans toutes les catégories de richesse est en grande partie le résultat des efforts du programme de planification familiale.

Dans les 12 pays, le TPCm a augmenté parmi les ménages très pauvres et pauvres de notre analyse; et dans la plupart des cas, les augmentations les plus importantes du TPCm se situaient dans ces catégories (voir **Tableau 5**). Le Rwanda a connu la plus forte augmentation du TPCm chez les ménages très pauvres (35 points de pourcentage) entre ses deux enquêtes. Le Libéria a connu une plus forte croissance dans les ménages très pauvres que dans toute autre catégorie de richesse. Le Mali et le Sénégal étaient des exceptions: dans les deux pays, les augmentations les plus importantes du TPCm étaient dans la catégorie de richesse élevée.

**Tableau 5: Variation en points de pourcentage du TPCm dans chaque catégorie de richesse dans les pays sélectionnés**

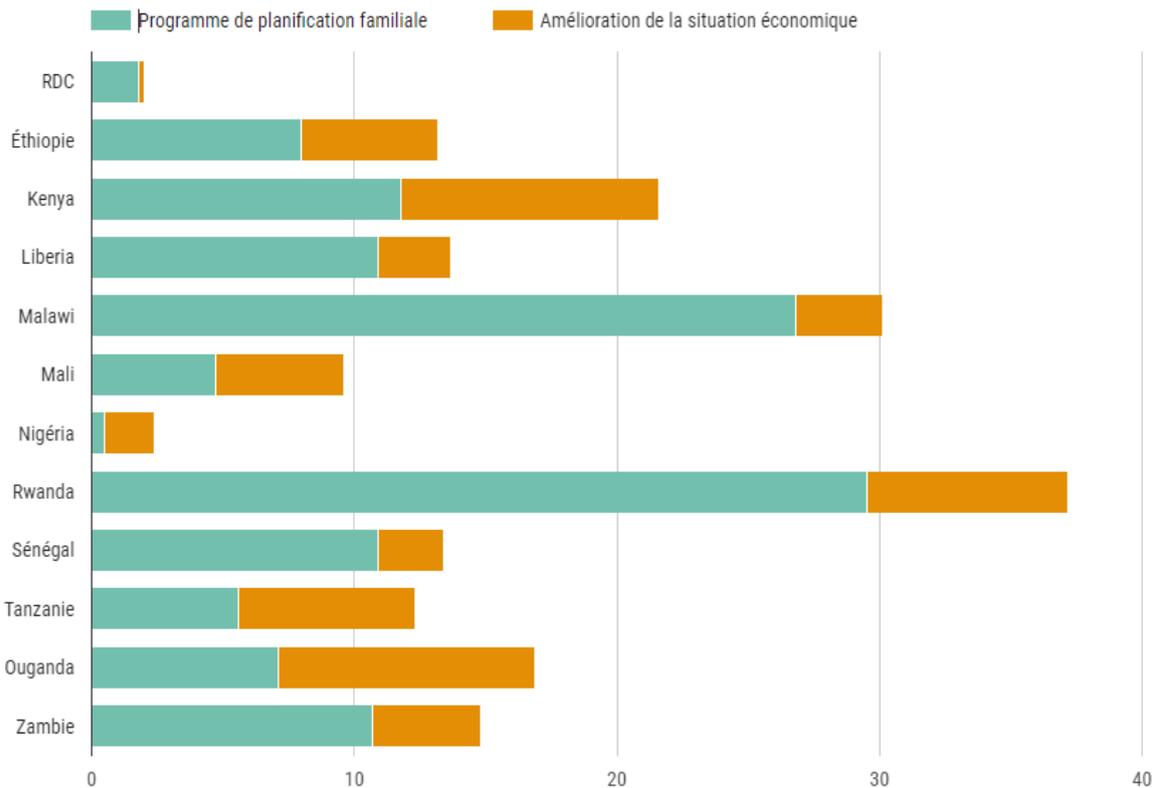
	Très pauvre	pauvre	Milieu Richesse	Moyenne supérieure Richesse	Richesse élevée	Utilisation moyenne
RDC	↑ 0.9	↑ 3.0	↑ 1.2	↑ 2.0	↑ 2.1	↑ 2.0
Éthiopie	↑ 9.3	↑ 17.6	↑ 13.4	↑ 0.3	↓ -0.2	↑ 13.3
Kenya	↑ 13.0	↑ 22.0	↑ 16.4	↑ 8.6	↑ 2.8	↑ 21.6
Liberia	↑ 19.6	↑ 11.7	↑ 13.9	↑ 8.8	↑ 4.6	↑ 13.6
Malawi	↑ 30.6	↑ 31.3	↑ 27.5	↑ 29.9	↑ 17.8	↑ 30.0
Mali	↑ 1.5	↑ 4.7	↑ 6.1	↑ 4.8	↑ 4.2	↑ 9.5
Nigéria	↑ 0.5	↑ 1.6	↓ -0.4	↑ 0.7	↑ 0.2	↑ 2.5
Rwanda	↑ 35.4	↑ 37.0	↑ 36.2	↑ 33.9	↑ 15.2	↑ 37.2
Sénégal	↑ 10.1	↑ 12.4	↑ 11.8	↑ 13.0	↑ 7.6	↑ 13.3
Tanzanie	↑ 11.0	↑ 13.3	↑ 8.9	↑ 6.2	↓ -5.0	↑ 12.3
Ouganda	↑ 13.9	↑ 15.0	↑ 11.0	↑ 5.8	↓ -1.6	↑ 17.0
Zambie	↑ 8.8	↑ 16.6	↑ 15.3	↑ 9.3	↓ -0.4	↑ 14.7

**Remarques:** Les données affichent la variation en points de pourcentage de l'utilisation moyenne des contraceptifs modernes entre les EDS pour les ménages de chaque catégorie de richesse.

**La source:** Avenir Santé analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé.

Dans huit des 12 pays (tous sauf le Mali, le Nigéria, la Tanzanie et l'Ouganda), la majeure partie de la croissance du TPCm peut être attribuée aux programmes de planification familiale. Le programme de planification familiale a représenté la grande majorité des gains du TPCm dans des pays tels que la RDC, le Malawi, le Rwanda et le Sénégal, comme **Figure 15** illustre.

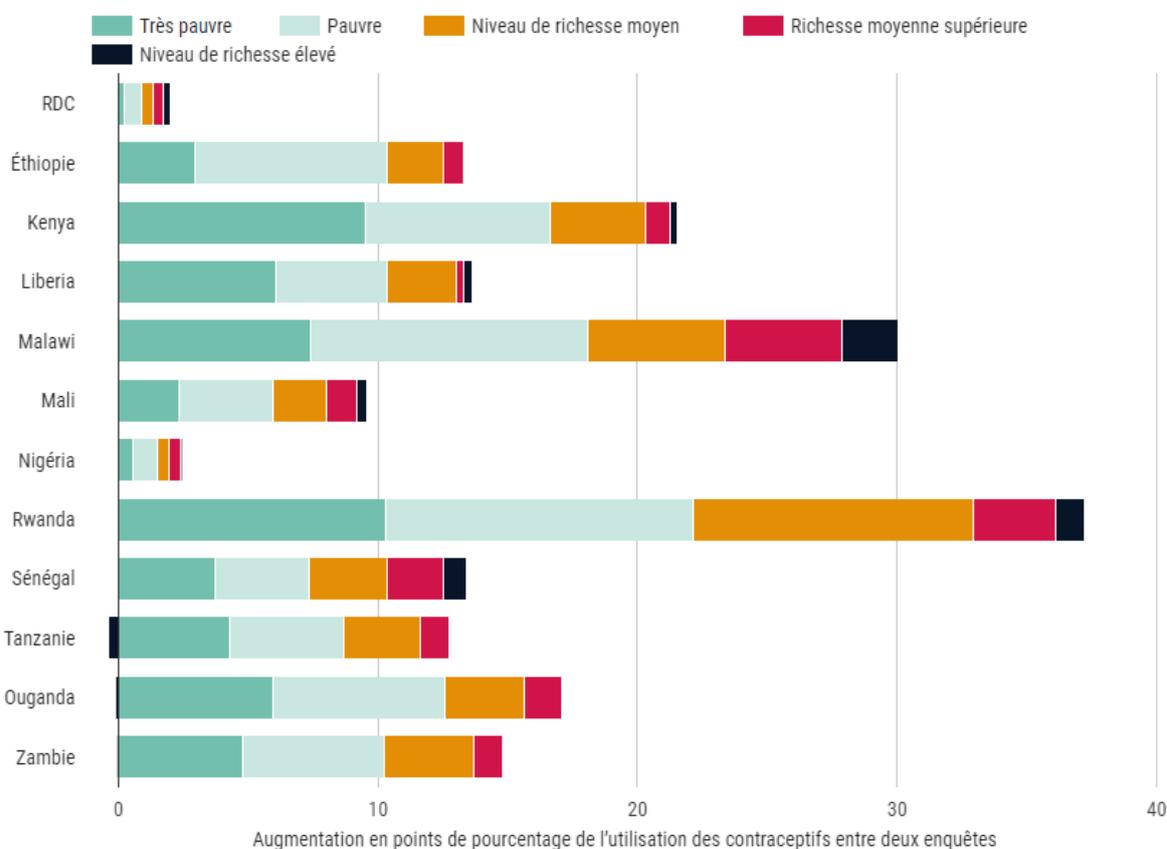
**Figure 15 : Contribution en points de pourcentage du programme de planification familiale et de la croissance économique des ménages à l'augmentation du TPCm**



**La source:** Avenir Santé analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé.

Dans les 12 pays, les femmes appartenant aux catégories de richesse très pauvres et pauvres ont été à l'origine de l'augmentation globale de l'utilisation des contraceptifs modernes, comme **Figure 16** spectacles. Les femmes des ménages très pauvres ont le plus contribué à la croissance du TPCM au Kenya, au Libéria et au Sénégal. Une telle croissance est un signe qu'au cours de la dernière décennie, les programmes de planification familiale ont été efficaces pour atteindre les femmes et les ménages, quel que soit leur statut économique, et en fait, l'adoption par les femmes de la catégorie des ménages très pauvres est un facteur clé de l'augmentation globale du TPCM.

**Figure 16 : Contribution en points de pourcentage à la variation du TPCm par catégorie de richesse**



La source: Avenir Santé analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé.

## Dans de nombreux pays, la croissance du TPCm a été plus concentrée chez les femmes des ménages les plus pauvres que l'augmentation des accouchements en établissement.

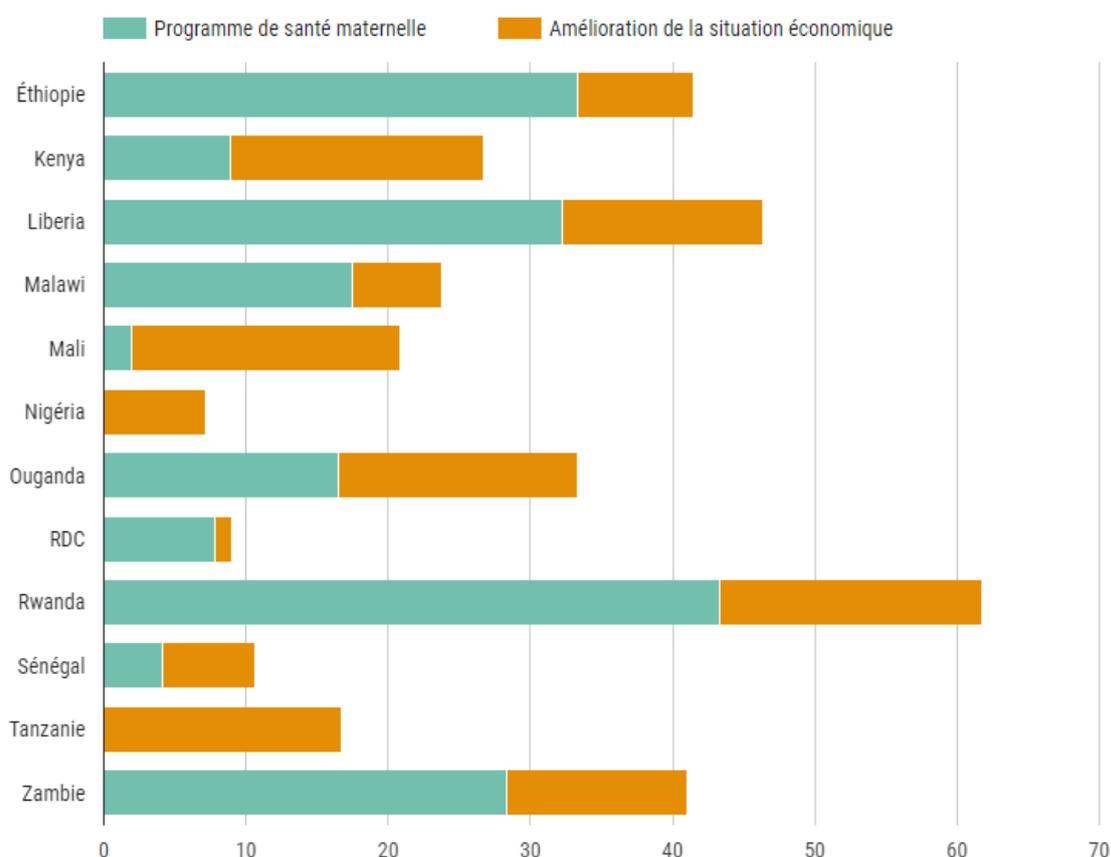
En utilisant la même méthodologie, nous avons exploré plus en détail comment les augmentations du TPCm chez les femmes dans la catégorie de richesse très pauvre de notre analyse se comparent à un autre indicateur de santé de base, le pourcentage de femmes accouchant dans un établissement de santé, également appelé accouchement en établissement. Cette analyse peut nous aider à mieux comprendre si les tendances observées dans la mCPR sont propres au programme de planification familiale ou si elles reflètent des tendances plus larges dans les programmes de santé. Comme dans l'analyse du TPCm, nous évaluons dans quelle mesure les augmentations de l'accouchement dans les établissements sont motivées par l'amélioration de la situation économique. Les augmentations qui ne

sont pas attribuées à l'amélioration de la situation économique sont attribuées à [programmes de santé maternelle ciblant l'accouchement en établissement](#).

Dans tous les pays, la prestation de soins dans les établissements de santé a augmenté parmi les ménages très pauvres. Les taux d'accouchement en établissement ont le moins augmenté chez les femmes des ménages très pauvres au Nigéria (0,9 point de pourcentage). Les gains les plus importants parmi les ménages très pauvres ont été réalisés au Rwanda, où la prestation moyenne dans les établissements de santé est passée de 19 % en 2005 à 81 % en 2015.

Dans six des 12 pays (tous sauf le Kenya, le Mali, le Nigéria, le Sénégal, la Tanzanie et l'Ouganda), la majeure partie de la croissance de la prestation des services de santé est attribuée aux programmes de santé maternelle, illustrés dans **Figure 17**.

**Figure 17: Contribution en points de pourcentage des améliorations de la santé maternelle et de la croissance économique à l'augmentation du TPCm**

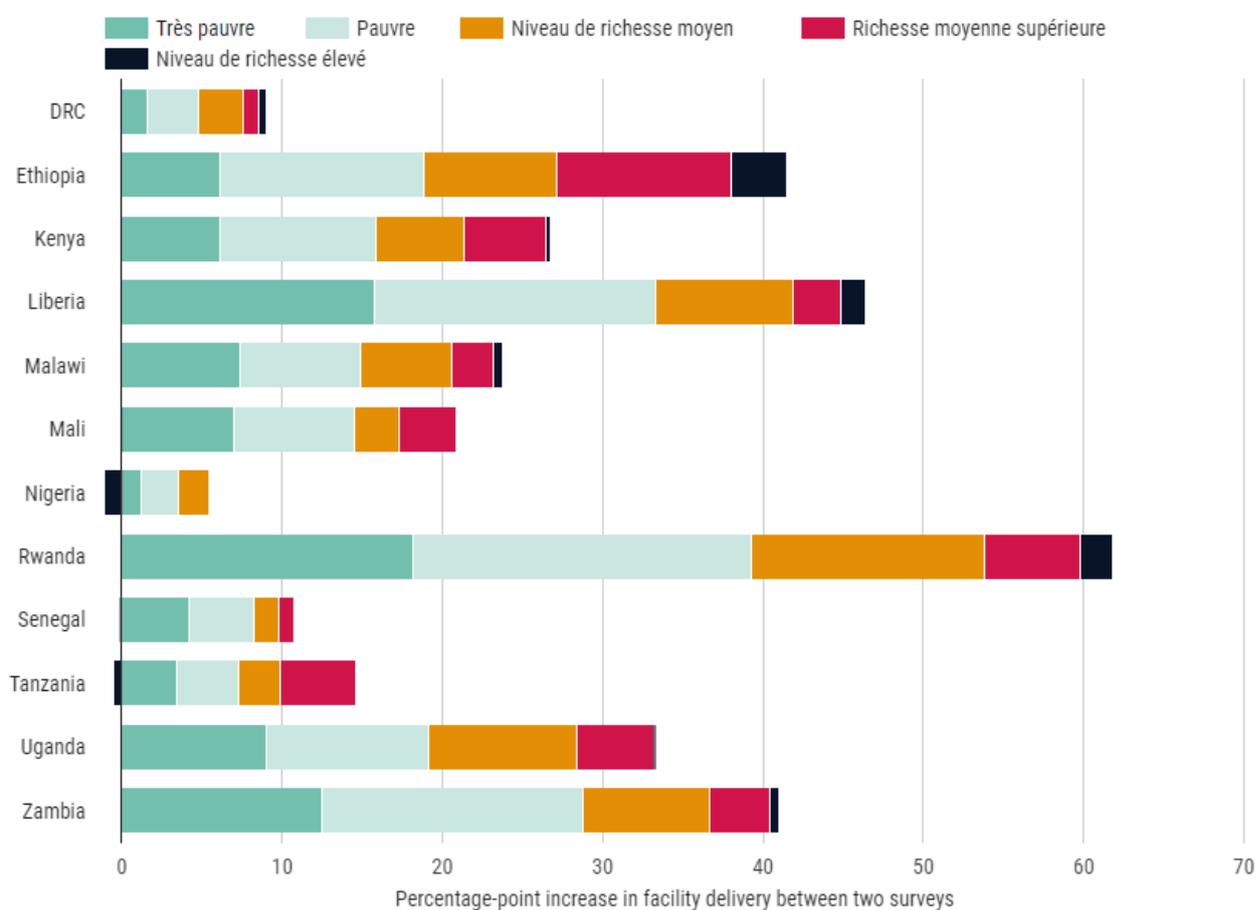


La source: Avenir Santé analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé.

En comparant **Figure 16** et **Figure 18**, nous pouvons évaluer dans quelle mesure les augmentations du TPCm et de l'accouchement en établissement étaient concentrées chez les femmes de la catégorie des ménages très pauvres de notre analyse. Plusieurs pays présentent des schémas et des caractéristiques uniques. Le Kenya, le Malawi et le Sénégal ont enregistré des gains plus importants dans l'utilisation des contraceptifs modernes que dans la prestation dans les

établissements de santé. La plupart des augmentations du TPCM ont été apportées par les ménages très pauvres et pauvres, et dans trois pays – Kenya, Libéria et Sénégal – le groupe très pauvre était le principal contributeur. En revanche, la majeure partie de la variation en pourcentage de l'accouchement en établissement est observée parmi les ménages pauvres. Ce n'est qu'au Sénégal que le groupe très pauvre est responsable du plus grand changement dans l'accouchement en établissement entre les enquêtes. La plus grande contribution aux gains du TPCM par les femmes dans les ménages très pauvres, par rapport à la contribution relative des autres catégories de richesse aux gains de prestation de services, peut indiquer que les programmes de planification familiale ont été particulièrement efficaces pour atteindre toutes les femmes, quel que soit leur statut économique.

**Figure 18 : Contribution en points de pourcentage des améliorations de la santé maternelle et de la croissance économique à l'augmentation des prestations en établissement par catégorie de richesse**



La source: Avenir Santé analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé.

Cette observation peut être due en partie aux efforts concertés au sein de la communauté de la planification familiale pour [un accès équitable à l'information et aux services](#). Les efforts visant à rapprocher les services de planification familiale des communautés et des clients, notamment en transférant les tâches à [agents de santé communautaires](#) et flexible, ciblé [approches mobiles de sensibilisation](#)—ont aidé à lever les barrières financières, logistiques et culturelles. Les efforts en cours

dans de nombreux pays pour garantir l'intégration de la planification familiale dans les régimes de couverture sanitaire universelle dans le cadre de l'ensemble des services essentiels permettront de s'attaquer davantage aux obstacles liés aux coûts d'accès qui nuisent de manière disproportionnée aux femmes des ménages les plus pauvres.

Notamment, alors que des efforts programmatiques concertés pour s'assurer que les programmes de planification familiale atteignent les femmes avec des informations et des services quel que soit leur statut économique sont importants, ces programmes doivent être mis en œuvre avec des mécanismes de responsabilisation qui protègent l'autonomie et le choix des femmes et empêchent la coercition. Les augmentations du TPCm chez les femmes des ménages les plus pauvres que nous observons dans notre analyse peuvent signaler le succès des programmes de planification familiale dans l'amélioration de l'accès équitable à la contraception, mais peuvent également justifier un examen plus approfondi pour s'assurer que ces succès ne s'accompagnent pas de pratiques coercitives.