BILAN DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS CERTAINS PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Rapport Sommaire

AGENCE AMÉRICAINE POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL
BUREAU POUR L'AFRIQUE, SERVICE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

OCTOBRE 2010

Introduction

Entre 2008 et 2009, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a procédé à un compte rendu de l'état d'avancement des programmes de planification familiale dans 11 pays d'Afrique subsaharienne depuis 2003. Le but de ce bilan était double : réexaminer l'état actuel des programmes de planification familiale dans ces pays, ainsi que déterminer et partager les bonnes pratiques entre les pays. Ce bilan est fondé sur des observations directes des programmes grâce à des visites dans les pays en question, et sur l'analyse des données et des renseignements disponibles auprès de l'USAID. Les 11 pays couverts par le compte rendu sont les suivants : République démocratique du Congo (RD Congo), Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Nigeria, Rwanda, Tanzanie, Ouganda et Zambie. Il s'agit là de pays prioritaires dans le cadre des programmes de l'USAID relatifs à la santé. Ensemble, ces pays représentent 59 pour cent de la population d'Afrique subsaharienne, et ceux-ci ont bénéficié de 71 pour cent des financements de l'USAID en matière de planification familiale pour l'Afrique subsaharienne au cours de l'exercice 2009.

Conclusion : au cours d'une bonne partie de la décennie, les financements globaux pour la planification familiale sont restés stationnaires, alors que les exigences non satisfaites en matière de planification familiale ont augmenté de manière régulière. L'USAID fut le principal bailleur de fonds dans le domaine de la planification familiale et celui-ci a augmenté ses financements pour ces 11 pays, ce qui a permis aux programmes de planification familiale de progresser de façon importante dans quatre de ces 11 pays. L'USAID a joué un rôle important dans le soutien aux domaines qui sont indispensables à la réussite des programmes, comme le fait susciter l'engagement des gouvernements nationaux, d'accroître la présence dans la communauté et de renforcer la prise en charge communautaire des programmes de planification familiale, de fournir des contraceptifs, ou encore de renforcer les capacités de mise en œuvre des programmes. En outre, la révocation en 2009 de la « politique de Mexico » a permis à l'USAID de renforcer son soutien aux choix individuels en matière de reproduction. Cependant, il existe encore d'importants besoins à satisfaire dans le domaine de la planification familiale, et il subsiste un fossé de taille en ce qui concerne les ressources. Le gouvernement des États-Unis est en mesure de contribuer à satisfaire cette exigence ainsi que d'atteindre les objectifs de développement y relatifs, comme la sécurité nationale, la démocratie, la réduction des inégalités et de la pauvreté, la sauvegarde de l'environnement et la sécurité alimentaire, ainsi que des améliorations en matière de santé maternelle.

Constatations : les constatations sont fondées sur des faits tirés des enquêtes démographiques et de santé (EDS) financées par l'USAID, d'études empiriques, et de visites sur le terrain. Elles sont présentées dans ce rapport en trois catégories :

a) Des informations d'ordre général, et notamment les répercussions démographiques sur les objectifs de développement ;

b) Le rendement des programmes de planification familiale ;

c) Les hypothèses futures en matière de programmes de planification familiale, et les mesures éventuelles.

I. Contexte

La situation mondiale n'a pas été favorable aux programmes de planification familiale. La décennie actuelle a vu un net changement de cap dans l'attention et les ressources accordées aux programmes de planification familiale. Cette situation peut s'expliquer en partie par l'impératif à combattre agressivement des maladies mortelles telles que le VIH/sida, ce dernier ayant augmenté le taux de mortalité et freiné la croissance de la population. L'« architecture » au niveau mondial de l'aide en matière de santé a favorisé les maladies infectieuses, et l'aide publique au développement en faveur de la santé de la reproduction est restée stationnaire de 2004 à 2007. L'aide de la Banque mondiale aux projets en matière de population a également diminué au cours de la dernière décennie.[1]

Aux côtés de quelques autres bailleurs de fonds, l'USAID a tenté de maintenir la planification familiale « dans la ligne de mire », et au cours des six dernières années, celle-ci a même doublé ses financements de planification familiale en

1. Groupe d'évaluation indépendante de la Banque mondiale. 2009. *Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor in Health, Nutrition, and Population: An Evaluation of World Bank Support since 1997.* Washington, D.C. : Banque mondiale

faveur de l'Afrique subsaharienne. S'il est vrai que ces initiatives ne furent pas suffisantes pour combler les lacunes en matière de financement ou pour réduire les contraintes dans le domaine de la main-d'œuvre, elles auront au moins empêché de rétrograder vers une situation encore pire.

Au cours de cette période, les programmes de planification familiale dans sept des 11 pays analysés (RD Congo, Malawi, Mali, Nigéria, Tanzanie, Ouganda et Zambie) se sont affaiblis, la fécondité est restée quasiment constante, tandis que le besoin non satisfait de planification familiale est resté élevé et a continué de croître.

Il y a lieu de penser que l'avenir est à l'optimisme. Le gouvernement du président Obama a révoqué la « politique de Mexico », qui était restrictive, tandis que le président et le secrétaire d'État ont tous deux exprimé leur détermination à empêcher les grossesses non désirées et à soutenir les hommes et les femmes dans leurs choix en matière de reproduction. Les conditions en Afrique subsaharienne sont en train de devenir plus favorables. En effet, la stabilisation des taux de prévalence du VIH/sida dans quasiment tous les pays a permis d'atténuer la crainte des pays de voir une croissance de population négative, et d'accroître leur acceptation des programmes de planification familiale. Les femmes africaines ont montré une préférence pour des méthodes plus pratiques comme les solutions injectables, tandis que la demande pour des méthodes permanentes et à action prolongée est également en hausse. Voilà qui pourrait révolutionner les programmes de planification familiale au cours de la prochaine décennie. Les quatre pays analysés et où les programmes de planification familiale ne se sont pas affaiblis depuis 2000 – Éthiopie, Kenya, Madagascar et Rwanda – ont montré qu'il était réalisable d'accroître rapidement les taux de prévalence des contraceptifs modernes (TPCM). Les possibilités permettant de rattraper le temps perdu au cours de la décennie commencent à apparaître, à condition que les États-Unis et d'autres bailleurs de fonds saisissent l'occasion.

Une décennie caractérisée par d'importantes augmentations de la population et par des changements sans précédent dans la pyramide des âges. La population totale des 11 pays faisant l'objet du bilan a doublé depuis 1980, ajoutant quelque 116 millions de personnes rien qu'au cours des 10 dernières années. Si l'on ne réduit pas le taux de fécondité, ce chiffre doublera à nouveau au cours des 20 à 30 prochaines années. La moitié de la population adulte est âgée de 15 à 29 ans, c'est-à-dire un nombre disproportionné de populations plus jeunes. La figure 1 (page 13) représente les changements dans la pyramide des âges en Afrique subsaharienne qui sont caractéristiques des 11 pays. De plus, depuis l'an 2000, 68 millions de personnes ont atteint l'âge de travailler, à savoir 15 ans, ce qui rend la création d'emplois extrêmement difficile.

Les changements démographiques en Afrique ont de profondes répercussions sur les objectifs de développement des États-Unis. Le compte rendu souligne les répercussions sur les cinq objectifs nationaux et internationaux suivants :

- *Moins de sécurité, plus de fragilité :* la surpopulation des jeunes, conjuguée à l'urbanisation rapide et à la pénurie d'eau et de terres arables, accroît le risque de fragilité et de conflits.[2] Selon l'analyse de l'USAID, les 11 pays examinés courent tous le risque d'instabilité sociale (figures 2-4, pages 13-14)).

- *Régimes pleinement démocratiques :* l'instauration d'un régime pleinement démocratique est bien moins probable dans les pays ayant une structure d'âges peu élevés que dans les pays où la structure des âges est plus mûre (figure 5, page 15).[3] Ce thème fait l'objet de recherches approfondies, et les signes tangibles en appui à cette conclusion sont de plus en plus nombreux.

- *Plus d'équité, moins de pauvreté :* l'éducation des jeunes filles est un élément crucial pour réduire la pauvreté et construire une société développée. Comme c'est le cas ailleurs, l'expérience dans les 11 pays montre qu'un taux de fécondité élevé parmi les femmes plus jeunes les tient éloignées de l'école. De plus, les variations en matière de fécondité parmi les différentes tranches de revenus perpétuent les inégalités en limitant les perspectives éducatives et économiques des ménages plus pauvres. Les données des EDS en provenance de 11 pays dressent un tableau sévère : à Madagascar, au Malawi et en Ouganda, près de 50 pour cent de femmes indigentes âgées de 15 à 19 ans étaient enceintes de leur

2. R. Cincotta et al. 2003. *The Security Demographic: Population and Civil Conflict after the Cold War.* Washington, D.C.: Population Action International. Analyse couvrant les années 2000 à 2010.

3. E. Leahy et al. 2007. *The Shape of Things to Come: Why Age Structure Matters to a Safer, More Equitable World.* Washington, D.C.: Population Action International.

premier enfant, à comparer aux 10 à 20 pour cent parmi les femmes plus aisées (figure 6, page 15).

- *Sauvegarde environnementale et sécurité alimentaire :* la répercussion de la croissance de la population sur la sécurité alimentaire est double : elle accroît la demande en aliments rien que par le nombre d'habitants plus élevé, et elle réduit la capacité à produire des denrées alimentaires à cause de la dégradation environnementale et de la disponibilité limitée de terres arables par habitant (figure 7, page 16). Selon les études dans six des 11 pays, la croissance de la population a eu une incidence sur l'érosion du sol, les pénuries en eau, et sur les pertes en matière de biodiversité, et cela a augmenté la demande en nourriture.[4]

- *Santé maternelle :* sur les 11 pays faisant l'objet du bilan, c'est au Rwanda que l'on trouve le taux de mortalité maternelle le plus élevé, suivi par la RD Congo, le Nigeria et le Malawi. Les grandes familles où les grossesses sont rapprochées contribuent à la mortalité maternelle élevée en Afrique subsaharienne (figure 8, page 16), même s'il est vrai que de récentes études montrent un important déclin dans la mortalité maternelle, surtout au Rwanda. Le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) estime que la planification familiale à elle seule pourrait réduire la mortalité maternelle d'un taux allant jusqu'à 40 pour cent.[5] Une étude récente de l'USAID a également montré qu'entre 1985 et 2005, le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement aurait été plus élevé de 42 pour cent si l'utilisation des méthodes de planification familiale n'avait pas augmenté.[6]

La planification familiale a une incidence sur la croissance économique et devrait être utilisée comme outil de développement. La croissance de la population et la pyramide des âges sont des paramètres fondamentaux qui devraient façonner la stratégie de développement d'un pays. En effet, un pays ayant une structure d'âges peu élevés aura différentes exigences (par exemple, l'accent y sera davantage mis sur l'éducation et l'emploi) par rapport à un pays ayant une structure d'âges plus élevés (où il faudrait par exemple plus de soins pour une population plus âgée). L'adoption de la planification familiale a une incidence à la fois sur la croissance de la population et sur la pyramide des âges ; c'est pourquoi la planification familiale devrait également être utilisée comme outil de développement.

Il faut concrétiser les dividendes démographiques. Les jeunes peuvent être un formidable élan pour le développement, à condition qu'on leur en donne l'occasion. Une pyramide des âges plus équilibrée avec une surpopulation de jeunes permettra aux pays de tirer parti au mieux des jeunes en développant une population active dynamique. A cet égard, les politiques appropriées en matière d'échanges commerciaux et de croissance économique au cours des 30 prochaines années seront essentielles. En Asie de l'Est, ce phénomène, appelé « dividendes démographiques », a contribué à hauteur de près d'un tiers de la croissance économique au cours des 30 dernières années.

II. Rendement des programmes de planification familiale

Les 15 constatations du bilan constituent des éléments de base pour pouvoir apporter d'importantes améliorations aux programmes de planification familiale appuyés par l'USAID. Les domaines d'améliorations proposées dans ce bilan sont fondés sur les pratiques prometteuses adoptées par les différents pays par le biais des programmes soutenus par l'USAID.

1. Le rendement des programmes au niveau national présente d'importantes différences dans les 11 pays au cours de la dernière décennie. Généralement, une augmentation des TPCM engendre un déclin de fécondité, bien que cette relation ne soit ni parfaite ni immédiate, et ce, pour deux raisons. Tout d'abord, l'utilisation de contraceptifs réduit également les taux d'avortement, et deuxièmement, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est un indicateur retardé, étant donné que les augmentations de TPCM engendrent un déclin de fécondité sur une période d'environ cinq ans. Le TPCM est donc utilisé comme un indicateur de l'état d'avancement. En se fondant sur les expériences antérieures concernant les programmes de planification familiale, une augmentation d'un

4. Population Reference Bureau. "Integrating Population, Health, and Environment" briefs for Ethiopia (2007), Kenya (2007), Rwanda (2009), Tanzania (2007), and Uganda (2009); Madagascar: "Linking Population, Health, and Environment in Fianarantsoa Province, Madagascar" (2006).

5. FNUAP. 2009. Statement on the Occasion of World Population Day 2009, Thoraya Ahmed Obaid, directeur général du Fonds des Nations unies pour la population.

6. Stover et J. Ross. 2006. "Effects of Family Planning on Maternal Deaths, 1985-2005." USAID. Health Policy Initiative.

pour cent par an des TPCM est considérée comme un « bon » résultat. En appliquant ce critère à la dernière décennie, les programmes nationaux des pays faisant l'objet du bilan, dans le cadre duquel fonctionnent les programmes soutenus par l'USAID, pourraient se classer en trois groupes:

- *Progrès rapides (augmentation annuelle du TPCM comprise entre 1 et 9 pour cent) :* Éthiopie, Kenya, Madagascar (avant le coup d'État militaire de 2009), Rwanda

- *Progrès encourageants (augmentation annuelle du TPCM comprise entre 0,5 et 1 pour cent)* : Malawi, Zambie, Tanzanie

- Progrès lents (augmentation annuelle du TPCM inférieure à 0,5 pour cent) : RD Congo, Mali, Nigeria, Ouganda[7]

Indépendamment du rythme de déclin de la fécondité, tous les pays repris dans les catégories ci-dessus (à l'exception du Nigeria) ont connu des augmentations plus prononcées en matière de TPCM dans les zones rurales que dans les zones urbaines. La figure 9 (page 17) reprend les catégories ci-dessus en montrant pour chaque pays la croissance annuelle moyenne des TPCM.

2. Le VIH/sida a eu une incidence sur le rendement des programmes de planification familiale au niveau national. Le fait que trois des quatre pays ayant enregistré des progrès rapides dans le domaine de la planification familiale (Éthiopie, Madagascar et Rwanda) présentent également de faibles taux de prévalence du VIH/sida (moins de 5 pour cent) – surtout depuis le début de la décennie – n'est pas une coïncidence. Seul le Kenya a enregistré un taux de prévalence en matière de VIH/sida supérieur à 5 pour cent. D'un autre côté, les pays ayant montré des signes de progrès après quelques années de stagnation (Malawi, Tanzanie et Zambie) ont enregistré des taux de prévalence plus élevés en matière de VIH/sida (entre 5 et 10 pour cent). Cependant, un taux de prévalence VIH/sida plus faible ne se traduit pas nécessairement par un meilleur rendement de la planification familiale ; en effet, à l'exception de l'Ouganda, les pays ayant réalisé de faible progrès dans le domaine de la planification familiale avaient non seulement des taux de prévalence VIH/sida relativement faibles, mais connaissaient également des obstacles de nature sociale, politique et culturelle à la mise en œuvre des programmes de planification familiale. En dépit de ces éléments, la crainte de l'Afrique – à savoir que le VIH/sida augmenterait le taux de mortalité et interromprait la croissance de la population – était omniprésente au début de la décennie. De plus, sept des 11 pays, indépendamment du taux de prévalence en matière de VIH/sida, ont bénéficié d'importants financements pour lutter contre le VIH/sida et ont été obligés de canaliser les ressources humaines, y compris les compétences de gestion, pour pouvoir utiliser ces fonds, réduisant ainsi leurs capacités pour la planification familiale.

3. À cause des données insuffisantes, l'évaluation quantitative du rendement des programmes de l'USAID est limitée. Les EDS, très dignes de foi, contiennent des données relatives aux TPCM, mais ces enquêtes ne sont effectuées que tous les cinq ans et les données ne sont pas nécessairement désagrégées jusqu'au niveau des zones des projets de l'USAID. C'est pourquoi les missions de l'USAID se servent des estimations des années-couples de protection (ACP) – tirées annuellement des statistiques des différents services ou d'autres rapports des zones de projets – comme indicateur pour signaler les progrès réalisés. L'ACP a de sérieuses limitations en tant qu'indicateur parce que celui-ci est parfois fondé sur la distribution et non sur l'utilisation des contraceptifs. En outre, les missions de l'USAID n'en font pas systématiquement rapport. L'USAID pourrait instaurer l'ACP comme indicateur commun nécessaire pour suivre annuellement le rendement en matière de planification familiale. Il pourrait constituer un outil de gestion pour les missions de l'USAID et faire partie des systèmes d'information de gestion en matière de planification familiale et de santé au niveau national à mesure que ceux-ci évoluent

Étant donné l'indigence des données, ce bilan a eu recours à deux critères pour pouvoir évaluer le rendement des programmes de l'USAID dans les grandes lignes : tout d'abord, déterminer si oui ou non l'affectation des ressources par l'USAID était conforme aux priorités des programmes, et deuxièmement, déterminer dans quelle mesure l'USAID a contribué aux composantes des programmes qui sont essentielles à la réussite de ceux-ci (point 5 ci-dessous). Ces évaluations montrent que l'USAID a eu une incidence à la fois marquée et positive sur les programmes nationaux de planification familiale. Le niveau de cette incidence variait selon les circonstances au niveau national.

7. Bien que l'augmentation annuelle des TPCM en Ouganda soit supérieure à 0,5 pour cent, ce pays se classe malgré tout dans les pays à « progrès lents » à cause d'un indice synthétique de fécondité stationnaire ne montrant aucun signe d'amélioration.

4.L'affectation par les missions de l'USAID des budgets de planification familiale s'est faite de manière stratégique et conformément aux priorités des programmes nationaux. Les affectations budgétaires des missions de l'USAID devraient indiquer, dans les grandes lignes, les stratégies et les priorités de la mission par rapport aux exigences des programmes. Les affectations en matière de planification familiale pour les exercices 2007 et 2008 ont montré que l'ensemble des missions a accordé la plus haute priorité à satisfaire la demande existante pour des services contraceptifs, puisque 55 à 60 pour cent du budget ont été affectés à la prestation de services et à l'approvisionnement en contraceptifs. La deuxième priorité en importance était la communication, à laquelle entre 14 et 16 pour du budget ont été affectés. Cependant, dans les pays où les progrès ont été lents, les missions de l'USAID ont affecté une part plus importante de leur budget (de 20 à 30 pour cent) à la communication plutôt qu'à d'autres catégories budgétaires. En effet, ces pays avaient besoin d'un effort plus grand pour transformer la demande latente en contraceptifs en une utilisation réelle de ceux-ci, et par conséquent, il a été nécessaire de procéder à des investissements relativement plus importants dans le domaine de la communication. En troisième position des affectations budgétaires les plus importantes, on trouve l'analyse des politiques, qui a représenté 16 pour cent des affectations totales pour l'exercice 2007 et 11 pour cent pour l'exercice 2008. Ces chiffres montrent qu'à mesure que les programmes renforcent le soutien, les missions ne voient pas la nécessité d'affecter des financements importants à l'analyse des politiques. Un très faible pourcentage (1 pour cent) fut affecté à la gouvernance et aux finances pour l'exercice 2007, contre une affectation quelque peu plus élevée (mais toujours faible), à savoir 3 pour cent, pour l'exercice 2008. Eu égard à l'importance d'améliorer la gestion et d'atteindre la pérennité, les missions devraient régulièrement passer en revue l'efficacité et le caractère adéquat de ces affectations budgétaires.

5. L'USAID a contribué de manière marquante à la réussite de sept composantes clés des programmes. Ces composantes se présentent comme suit :

- Engagement au niveau national
- Prise en charge par la communauté et accès aux services
- Disponibilité des contraceptifs
- Développement des capacités de mise en œuvre dans les pays – ressources humaines et gestion
- Communication
- Environnement propice à la planification familiale
- Coûts et financement

Les contributions de l'USAID à ces différentes composantes variaient dans les pays faisant l'objet du bilan, et dépendaient du contexte des programmes.

6. C'est l'engagement qui influait le plus sur la réussite des programmes. Le bilan a souligné le point de vue selon lequel un soutien et un encadrement à la fois explicites et durables à l'égard de la planification familiale par les membres les plus influents de la société – à savoir les dirigeants politiques au niveau national et communautaire, et les chefs religieux au niveau local – sont indispensables à la réussite des programmes de planification familiale. Ce soutien et cet encadrement ont effectivement représenté une part importante des réussites enregistrées au Rwanda, à Madagascar, en Éthiopie et, plus récemment, au Kenya. La communauté internationale a reconnu que l'USAID avait réussi à créer un engagement dans ces pays grâce à son travail analytique et à un dialogue de haut niveau sur les politiques. Les missions de l'USAID dans les pays où les progrès sont lents ou encourageants sont en passe de créer des engagements similaires, avec des résultats qui commencent à se concrétiser. Ce processus doit être accéléré dans l'ensemble des pays, et surtout dans ceux où les progrès sont lents.

7. Les caractéristiques des programmes ayant réalisé des progrès rapides sont les partenariats avec les communautés et l'accès aux services de planification familiale à grande échelle. Trois des quatre pays ayant enregistré des « progrès rapides » (Éthiopie, Madagascar et Rwanda) ont noué des partenariats avec les communautés en mettant en œuvre leurs programmes de planification familiale et en créant un sentiment de prise en charge des programmes par les membres de la communauté. Ce processus a également été lancé au Kenya. Pour amener rapidement leurs programmes à l'échelle supérieure, ces pays ont créé une main-d'œuvre au niveau de la communauté en recrutant de nombreux volontaires et travailleurs communautaires, et en renforçant l'accès aux services à tous les niveaux du système de santé, en particulier au niveau communautaire. En outre, ils ont reconnu les

communautés à leur juste valeur pour leurs résultats dans le domaine de la planification familiale. Dans d'autres pays, ce processus a été lent, mais les pays où le rendement des programmes est encourageant (et en particulier le Malawi) sont sur le point d'amener leurs programmes communautaires à l'échelle supérieure.

8. L'intégration de la planification familiale ainsi que de la santé de la mère et de l'enfant dans les programmes VIH/sida a été lente, et la planification familiale est le parent pauvre des programmes de santé de la mère et de l'enfant dans la plupart des missions. Les politiques gouvernementales dans les 11 pays nécessitent des services intégrés. Les missions de l'USAID se sont montrées prudentes lorsqu'il s'agissait d'intégrer la planification familiale ainsi que la santé de la mère de l'enfant dans les programmes relatifs au VIH/sida à cause des restrictions reprises dans le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le VIH/sida (PEPFAR) sur l'utilisation de fonds VIH/sida à la planification familiale. C'est pourquoi l'étendue du soutien pour les initiatives en matière de VIH/sida et de planification familiale variait selon les missions, en fonction de leur appréciation de ces règles. Une étude de l'USAID couvrant quatre des 11 pays a montré que le Rwanda et le Kenya étaient plus avancés sur le plan de l'intégration que l'Éthiopie et l'Ouganda.

L'intégration de la planification familiale à d'autres programmes de développement en est encore à ses premiers balbutiements, étant donné que seules trois missions (Rwanda, Madagascar et RD Congo) ont intégré la santé et la planification familiale aux programmes environnementaux, tandis que d'autres sont sur le point de le faire. Il conviendrait également d'explorer l'intégration ou encore les liens avec les activités pertinentes d'autres programmes, comme par exemple ceux relatifs aux jeunes, aux aspects hommes-femmes, à l'éducation, à la démocratie ou à la gouvernance.

À mesure que l'intégration se poursuit, deux facteurs doivent être pris en compte. Tout d'abord, il est nécessaire que les programmes s'adaptent grâce à des stratégies différenciées et personnalisées à des fins d'intégration qui soient fondées sur la situation spécifique du pays ou sur sa situation épidémiologique. Même au sein d'un pays donné, la situation peut varier d'une zone à l'autre. La cartographie spatiale devrait fournir un point de départ solide pour les différentes stratégies. Deuxièmement, la responsabilisation des résultats de la planification familiale dans un système intégré est primordiale, puisque sans cela, on risque de ne tenir aucun compte des services de planification familiale ou bien ceux-ci risquent d'être dilués. Dans certains cas, un programme vertical dans le cadre d'un système intégré global pourrait aider à maintenir le cap sur la planification familiale.

9. Le secteur privé, en particulier par le biais des programmes de marketing social financés par l'USAID, a fait preuve de son efficacité, même dans les conditions les plus difficiles, et a les aptitudes requises pour élargir sa portée. Les programmes de marketing social financés par l'USAID et mis en œuvre dans le secteur privé ont montré des résultats à la fois dans la mobilisation des communautés et dans la prestation de services, même lorsque les conditions étaient difficiles. Le programme de marketing social a fourni environ 70 à 80 pour cent des contraceptifs dans les différents pays où l'engagement était faible et où les programmes avançaient lentement. L'USAID pourrait donc encourager les gouvernements à nouer des partenariats avec le secteur privé et à développer le marketing social ainsi que les activités du secteur privé lucratif afin de renforcer les programmes et d'atteindre la pérennité à long terme.

10. La disponibilité des contraceptifs s'est améliorée, mais il reste encore à atteindre la sécurité contraceptive. Outre un financement insuffisant, une mauvaise logistique s'est avérée être une contrainte de taille aux augmentations des TPCM. L'USAID a été au premier plan lorsqu'il s'agissait de fournir des contraceptifs et d'aider les pays à améliorer leurs systèmes logistiques. Résultat : les pays qui ont réalisé des progrès rapides dans l'augmentation des TPCM n'ont connu aucune rupture de stock de contraceptifs. Dans d'autres pays, il y a rarement des ruptures de stocks dans les entrepôts, mais il subsiste des problèmes pour amener les contraceptifs aux points de prestation de services. Ces problèmes sont en train d'être traités par l'ensemble des 11 missions ; au sein de certaines de ces missions, on est en train d'envisager d'élargir le rôle du secteur privé, en particulier dans la distribution des contraceptifs jusqu'aux points de prestation de services.

Un autre problème relatif à l'approvisionnement en contraceptifs est que le choix des méthodes penche en faveur des pilules et des préservatifs masculins, mais ces méthodes ont un niveau d'abandon potentiellement élevé. La demande pour des produits injectables est en augmenta-

tion, et les missions de l'USAID sont en train d'aider les pays à modifier les politiques pour permettre aux travailleurs communautaires d'administrer les produits injectables, ce qui a déjà été fait au Malawi, à Madagascar et en Ouganda. De plus, la demande pour des méthodes permanentes et à action prolongée, comme la stérilisation et les implants, est également en augmentation. Les missions accordent une priorité élevée à aider les pays à fournir ces services. Ces initiatives pourraient prendre de l'ampleur à mesure que davantage de ressources sont mises à disposition.

11. Les systèmes de santé doivent être renforcés, surtout dans le domaine des capacités organisationnelles et de gestion, si l'on veut davantage améliorer l'utilisation des ressources existantes ainsi que le rendement des programmes. Les quatre pays ayant enregistré des progrès rapides dans les programmes de planification familiale ont renforcé la gestion des programmes afin de sensibiliser efficacement les communautés. Il s'agissait notamment d'améliorer la supervision et de veiller à ce que les systèmes logistiques pour les produits de base soient adéquats, et aussi que la responsabilisation en matière de planification familiale et l'attention accordée à ce thème existent dans une structure organisationnelle décentralisée. Par exemple, le Rwanda a renforcé la gestion des programmes grâce à l'adoption d'un financement basé sur la performance, tandis que le Kenya s'appuie sur le renforcement des programmes de lutte contre le VIH/sida à mesure que la planification familiale est intégrée. Ces initiatives pourraient être reproduites dans d'autres pays, et l'USAID pourrait affecter des ressources plus importantes à la gouvernance et à la gestion des programmes relatifs à la santé et à la planification familiale.

La Global Health Initiative (GHI) du gouvernement américain met l'accent sur le renforcement des systèmes de santé, et cela permettra certainement d'améliorer le rendement des programmes de planification familiale. Toutefois, pour pouvoir garantir que cela se produira, l'USAID devrait veiller à ce que les structures organisationnelles des programmes disposent d'un centre de coordination pour la planification familiale, et que la gestion des programmes nécessite une responsabilisation à l'égard des résultats. Une approche pratique à l'égard des améliorations en matière de gestion – une commune à la fois, en ayant recours aux institutions de gestion au niveau local – sera précieuse. On pourra également utiliser les nouvelles technologies, telles que les téléphones portables et les systèmes d'information géographiques, pour amener les programmes de planification familiale à la pointe des techniques modernes de gestion, de mise en œuvre et de suivi des programmes.

12. Il faut une approche à la fois globale et systématique à l'égard de la communication et de la mobilisation sociale. Quasiment toutes les missions soutiennent les programmes de communication et de mobilisation sociale en matière de planification familiale. Dans les pays où les augmentations de TPCM sont faibles, les missions ont davantage mis l'accent sur la communication que sur les autres aspects. Les missions devraient toutes adopter une approche plus globale et systématique à l'égard de la communication et de la mobilisation sociale afin d'améliorer les taux de prévalence des contraceptifs, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, à mesure que de nouvelles méthodes contraceptives sont introduites, la communication avec les clients sera d'une importance vitale pour en expliquer les avantages et les effets secondaires. Deuxièmement, transformer la demande en utilisation réelle exige une communication personnelle pour aider une personne à faire un choix selon les circonstances et les préférences personnelles. Troisièmement, la qualité des soins sera extrêmement importante si l'on veut poursuivre l'utilisation des préservatifs. Écouter régulièrement ce que les clients en pensent constitue un bon point de départ pour améliorer la qualité des soins. Et quatrièmement, la révolution informationnelle actuellement en cours a de quoi améliorer considérablement la communication et introduire de nouvelles méthodes de mobilisation sociale. Ces éléments ne demandent qu'à être explorés et utilisés dans l'ensemble des 11 pays.

13. Il faut des efforts plus vastes si l'on veut créer des conditions propices au développement des programmes. Les capacités en matière de recherche et d'évaluation dans l'ensemble des pays pourraient être améliorées grâce à la participation des institutions locales. Apprendre des expériences antérieures de manière fréquente et systématique peut constituer un excellent point de départ pour améliorer les programmes.

Étant donné les corrélations qui existent entre la planification familiale et un large éventail d'autres secteurs (depuis la croissance économique à l'agriculture, en passant par la démocratie, la gouvernance et l'éducation), il pourrait être possible de mettre au point des programmes intersectoriels qui se renforceraient mutuellement et qui pourraient à la fois contribuer aux programmes de planification familiale et

en bénéficier. En outre, l'éducation des jeunes gens et jeunes filles est d'une importance cruciale au développement économique, et la planification nécessite des initiatives intersectorielles. Il est nécessaire de relier ces initiatives à celles qui sont mises en œuvre pour les orphelins et les enfants vulnérables dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH/sida.

14. Le caractère inadéquat des financements, des coûts et de la durabilité est une contrainte de taille au développement des programmes. Même s'il est vrai que le financement de l'USAID pour la planification familiale a doublé au cours des six dernières années, les niveaux de financement au niveau mondial restent insuffisants par rapport aux exigences. Il est toutefois encourageant de voir que les gouvernements de cinq des 11 pays faisant l'objet de ce bilan ont commencé à contribuer au financement de la planification familiale, même si les montants sont loin d'être suffisants et que l'on continuera vraisemblablement à dépendre des bailleurs de fonds. Voilà qui nous amène à nous demander si les programmes seront durables, et l'USAID pourrait aider les pays à répondre à cette question en :

- Procédant régulièrement à des comptes rendus en matière de santé au niveau national, ainsi qu'à des comptes rendus subsidiaires en matière de santé de la reproduction
- Introduisant et en développant les programmes d'assurance santé au niveau communautaire dans lesquels est comprise la santé de la reproduction
- Passant en revue les politiques qui offrent des contraceptifs gratuitement, et en effectuant des études sur l'élasticité des prix
- Améliorant l'utilisation des ressources existantes par le biais d'une analyse coût-efficacité

15. Il faut renforcer les capacités internes de l'USAID si l'on veut développer les programmes de planification familiale. Sept des 11 pays ont mis l'accent sur le programme PEPFAR, et tous ont mis l'accent sur l'initiative du président des États-Unis contre le paludisme (PMI). Bien que les responsables de santé dans pays soient fortement engagés à l'égard de la planification familiale, ils doivent lutter pour gérer de multiples portefeuilles. De nombreuses missions n'ont pas été en mesure d'amener le personnel dirigeant à consacrer suffisamment de temps aux programmes de planification familiale. L'engagement aux niveaux supérieurs (comme l'ambassadeur ou le directeur de la mission) varie d'un pays à l'autre. Les missions devraient envisager de créer de nouveaux postes et de nommer du personnel dirigeant à plein temps qui se consacrerait aux questions de population et de planification familiale. En outre, elles pourraient mettre en place des groupes intersectoriels pour faire participer d'autres secteurs aux programmes de planification familiale. Le gouvernement des États-Unis pourrait associer ses ambassadeurs et ses responsables de haut niveau au plaidoyer des programmes de planification familiale afin de contribuer à créer un engagement aux plus hauts échelons des gouvernements d'accueil.

III. L'avenir

Le moment de la planification familiale est arrivé et il faut le saisir. Le contexte international pour la planification familiale est devenu propice à la définition d'objectifs ambitieux et à la prise de mesures audacieuses. Cette partie du document présente des options pour la définition d'objectifs pour les cinq à 15 prochaines années.

Hypothèses pour les améliorations futures de programmes : étant donné que les besoins non satisfaits sont toujours élevés dans l'ensemble des 11 pays (figure 10, page 17), l'USAID a commandité une étude auprès du Futures Institute pour estimer le coût et l'effort nécessaires pour répondre aux besoins actuels non satisfaits. Cet institut a proposé deux hypothèses[8]. La première définit l'objectif ambitieux consistant à répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception d'ici 2015, ce qui nécessiterait une augmentation annuelle des TPCM de trois pour cent, soit un taux considérablement plus élevé que la moyenne de la décennie. Quant à la deuxième hypothèse, celle-ci est fondée sur une supposition plus réaliste, à savoir répondre aux besoins non satisfaits d'ici 2025 grâce à une augmentation annuelle de l'utilisation des contraceptifs d'environ 1,4 pour cent, c'est-à-dire un accroissement marginal par rapport à la dernière décennie.

8. J. Stover. 2009. *The Future Cost of Family Planning in Eleven Priority Countries in Sub-Saharan Africa*. Glastonbury, Conn.: Futures Institute.

On estime que le coût cumulé jusqu'en 2015 pour l'hypothèse numéro 1 est de 4 milliards de dollars, soit une moyenne annuelle de 567 millions de dollars pour la période de sept ans allant de 2009 à 2015. Quant à l'hypothèse numéro 2 (répondre aux besoins non satisfaits d'ici 2025), on estime que le coût cumulé sera de 3 milliards de dollars.

Le milliard de dollars supplémentaire en coûts contractés dans la première hypothèse serait plus que compensé par les économies prévues en matière de coûts de soins de santé et, ce qui est plus important, par le fait de maintenir les mamans et les enfants en vie. Répondre aux besoins non satisfaits d'ici 2015 permettrait :

- d'éviter la mort de 31 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans, réduisant ainsi la mortalité infantile de 45 pour cent
- d'empêcher 87 millions de grossesses non désirées
- d'éviter 18 millions d'avortements
- de réduire la mortalité maternelle de 20 pour cent
- de réduire le nombre d'enfants séropositifs de 56.000
- d'économiser 2,4 milliards de dollars en frais de vaccination des enfants
- de réduire la population d'âge scolaire d'environ 33 millions d'ici 2025, c'est-à-dire lorsque les avantages auront atteint le point culminant, ce qui permettra de diminuer le nombre de professeurs requis de 748.000, donnant ainsi lieu à un total d'économies de coûts d'environ 1,5 milliard de dollars d'ici là[9]

Mesures éventuelles : poursuivre l'hypothèse ambitieuse consistant à répondre aux besoins non satisfaits d'ici 2015 nécessiterait un niveau sans précédent d'efforts et de ressources aux niveaux international et national. Les éventuelles mesures clés pourraient être les suivantes :

- *Renforcer l'engagement aux niveaux international et national :* le gouvernement des États-Unis pourrait exercer son influence en tant que membre du G20 et en tant que partie prenante au sein de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international pour prendre les rênes afin d'attirer l'attention aux niveaux mondial et national sur l'importance des programmes de population et de planification familiale en Afrique, et aussi afin de mieux sensibiliser les gens à ces programmes et de renforcer leur engagement à ceux-ci.
- *Faire de la planification familiale un élément fondamental des stratégies d'aide au développement et d'aide à l'étranger* : le gouvernement des États-Unis pourrait tirer profit des grands programmes de développement, tels que le Millennium Challenge Account ainsi que d'autres initiatives présidentielles, pour renforcer les programmes de planification familiale.
- *Veiller à ce que l'on accorde suffisamment d'importance à la planification familiale dans le cadre de la Global Health Initiative* : contrairement au précédent gouvernement américain, la GHI a affecté des ressources supplémentaires à la santé de la mère et de l'enfant ainsi qu'à la planification familiale. Sa mise en œuvre pourrait permettre de garantir que l'importance accordée aux programmes de planification familiale soit maintenue.
- *Permettre la flexibilité dans l'utilisation des ressources pour les programmes de planification familiale* : à mesure que des ressources financières supplémentaires pour la santé sont apportées aux missions de l'USAID, il faudrait également leur permettre une plus grande flexibilité dans l'utilisation de ces ressources en fonction des priorités des différents pays, si l'on veut responsabiliser les missions à l'égard des résultats.
- *Améliorer la conception et la mise en œuvre des programmes* : les missions de l'USAID pourraient améliorer davantage les programmes de planification familiale en aidant les pays à :
  - *Considérer la planification familiale en tant qu'outil de développement :* améliorer les capacités des ministères des Finances et de la Planification pour fonder les stratégies de développement sur les changements en matière de croissance de la population et de la pyramide des âges, et pour influencer ces facteurs par le biais des programmes de planification familiale.

9. Analyse effectuée par Ania Chaluda pour les 11 pays faisant l'objet de ce bilan. Août 2009. Education and Data Policy Center, Academy for Educational Development.

- *Mettre au point une politique pour les jeunes axée sur l'emploi :* pour que les jeunes deviennent une force positive au développement, il convient d'aider les pays à adopter des politiques et des programmes qui permettront de les préparer à répondre aux exigences d'une population active au 21e siècle. Le plaidoyer et les services de planification familiale devraient faire partie de ces initiatives, puisqu'un taux élevé de fécondité parmi les adolescents pourrait continuer à créer des pressions démographiques.

- *Faire en sorte que la planification familiale fasse partie des programmes relatifs à l'environnement et à la sécurité alimentaire :* reconnaître que la croissance de la population est un élément primordial de l'équation consistant à réduire la dégradation environnementale et à atteindre la sécurité alimentaire.

- *Instaurer ou créer des systèmes permettant de surveiller le rendement et les résultats des programmes :* en investissant davantage dans la planification familiale, il conviendra de mettre l'accent sur les rapports et la surveillance des programmes ainsi que sur les résultats de ceux-ci.

- *Créer un engagement solide au niveau des pays :* continuer à créer un engagement à tous les échelons du gouvernement et à tous les niveaux de la société civile.

- *Renforcer la prise en charge par les communautés et nouer des partenariats avec celles-ci :* intensifier, affiner et adapter les processus consistant à nouer des partenariats avec les communautés et à renforcer la prise en charge par celles-ci.

- *Améliorer la disponibilité des contraceptifs aux points de prestation de services :* améliorer les systèmes de prévision, logistiques et de préparation de rapports afin que les clients aient facilement accès à des services de qualité et à un large éventail de méthodes, y compris les méthodes permanentes et à action prolongée.

- *Traiter le problème du manque de main-d'œuvre :* à court terme, améliorer l'affectation et la productivité, tandis que les initiatives de renforcement des systèmes de santé s'attaqueront aux solutions à long terme.

- *Accorder une priorité élevée aux améliorations de la gestion à tous les niveaux :* évaluer les exigences en matière de gestion et aider les communautés, les centres de santé ainsi que les bureaux locaux à apporter des améliorations grâce à une approche pratique.

- *Rendre les partenaires responsables du renforcement des capacités des institutions locales :* passer en revue les initiatives des partenaires existants en matière de renforcement des capacités afin de déterminer leur caractère adéquat, ainsi que les mesures qui doivent être prises pour les améliorer.

- *Créer un environnement plus propice à la planification familiale :* renforcer les capacités de recherche et d'évaluation des institutions nationales en matière de formation continue, et soutenir les programmes multisectoriels qui mettent l'accent sur l'éducation des jeunes filles et sur la mobilisation des jeunes.

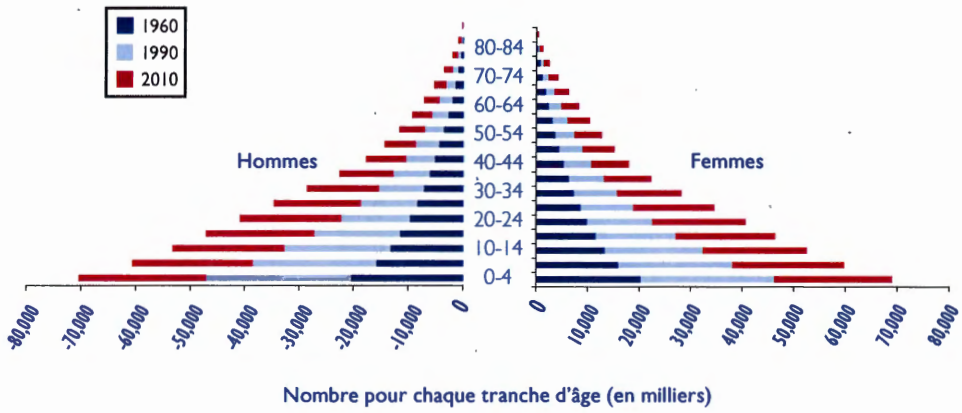
- *Aller vers la viabilité financière :* commanditer des études sur l'élasticité des prix par rapport à la demande en contraceptifs ainsi que sur le rapport coût-efficacité des différentes interventions afin de mettre au point des politiques et des programmes qui déboucheront sur des programmes durables.

- *Renforcer les capacités internes des missions :* veiller à ce qu'il y ait du personnel de haut niveau se consacrant à la planification familiale, et mobiliser des missions entières afin de soutenir les programmes intersectoriels en matière de planification familiale.

• *Fournir des ressources supplémentaires :* répondre aux besoins non satisfaits dans les 11 pays faisant l'objet de ce bilan d'ici 2015 nécessitera 567 millions de dollars par an au cours des sept prochaines années. Cette somme représente une augmentation de plus de 300 pour cent du financement de l'USAID par rapport au niveau de 2010, à savoir 175 millions de dollars.

Figure 1

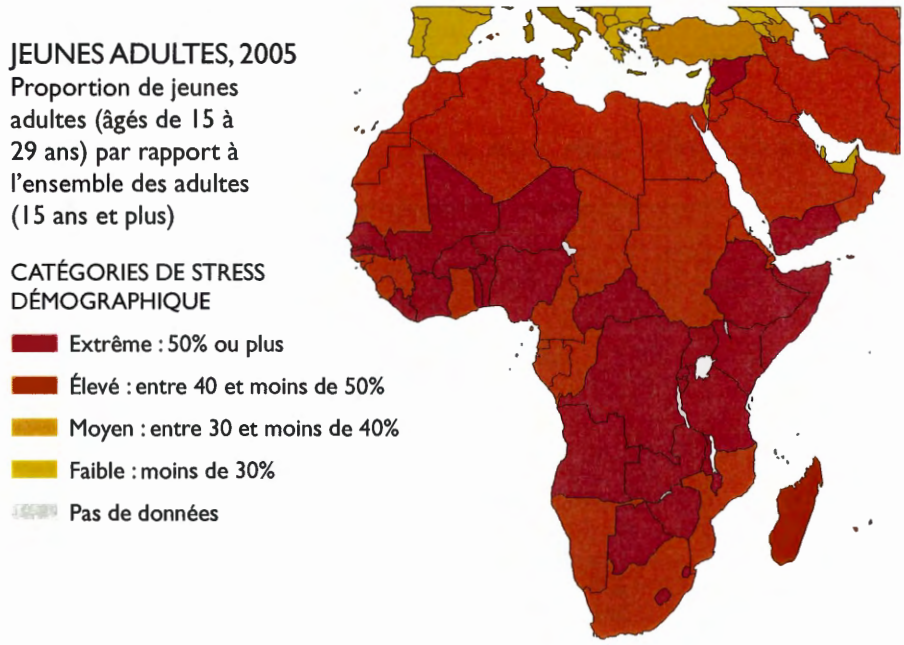
Croissance de population phénoménale, pyramides des âges pour l'Afrique subsaharienne en 1960, 1990 et 2010



Source : Nations unies 2009. Perspectives de la population mondiale. Base de données révisée de la population datant de 2008.

Figure 2

Carte montrant la surpopulation de jeunes en tant que facteur de risque pour le stress démographique



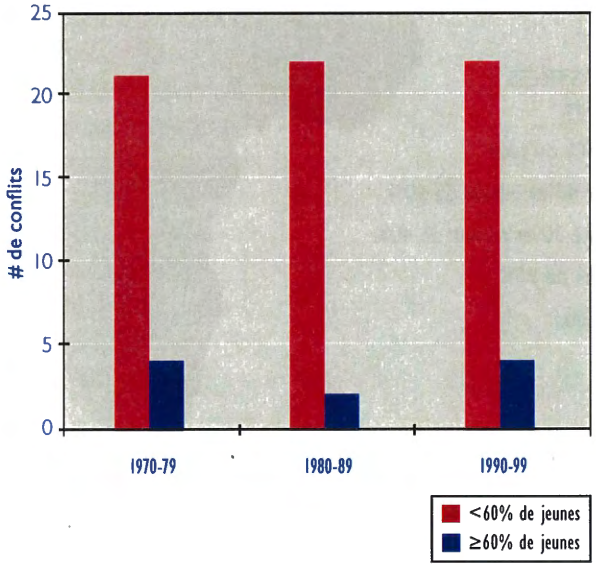
Source : R. Cincotta et al. 2003.The Security Demographic: Population and Civil Conflict after the Cold War. Washington, DC: Population Action International

Figure 3

Évaluation du risque démographique					
Les pays caractérisés par un niveau très élevé de risque démographique de voir un conflit civil éclater					
Pays	**% de jeunes adultes (âgés de 15 à 29 ans) au sein de la pop. adulte (population âgé de 15 ans et plus)**	**% de la croissance de la population urbaine par an**	**Hectares de terres cultivables disponibles par personne**	**Volume d'eau fraîche disponible par personne**	**Nombre de décès d'adultes en âge de travailler (% sur une période de 5 ans)**
RD Congo	52,3	4,9	0,14	22.878	7,4
Éthiopie	50,3	4,6	0,14	1.483	7,1
Kenya	55,5	4,6	0,14	913	9,3
Madagascar	48,0	4,9	0,19	18.307	4,0
Malawi	51,2	4,6	0,18	1.352	11,2
Mali	54,5	5,1	0,34	7.321	5,2
Nigeria	50,2	4,4	0,24	2.196	5,6
Rwanda	53,5	4,2	0,13	581	9,6
Tanzanie	53,1	5,3	0,13	2.372	8,6
Ouganda	55,2	5,7	0,25	2.389	6,9
Zambie	56,5	2,7	0,48	9.508	15,2
Source : R. Cincotta et al. 2003. The Security Demographic Population and Civil Conflict after the Cold War. Washington, DC: Population Action International.					

Figure 4

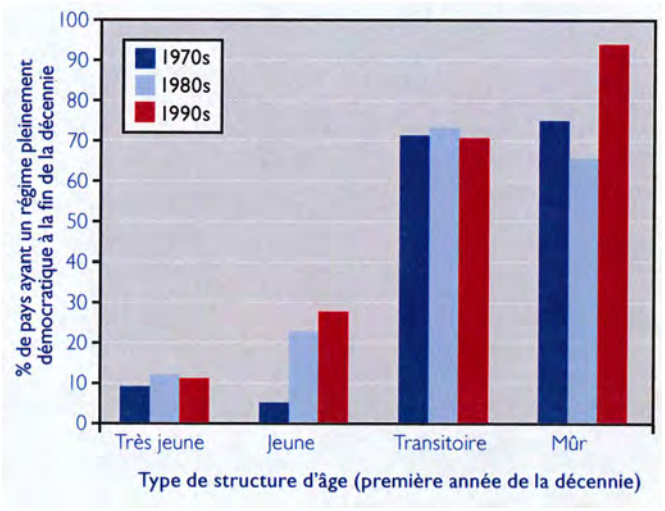
Nombre de conflits civils ayant éclaté par structure d'âge, 1970-1999



Source : Richard Cincotta et Elizabeth Leahy. 2006-2007. Woodrow Wilson Center. "Population Age Structure and Its Relation to Civil Conflict: A Graphic Metric." *ESCP Report, Issue 12.*

Figure 5

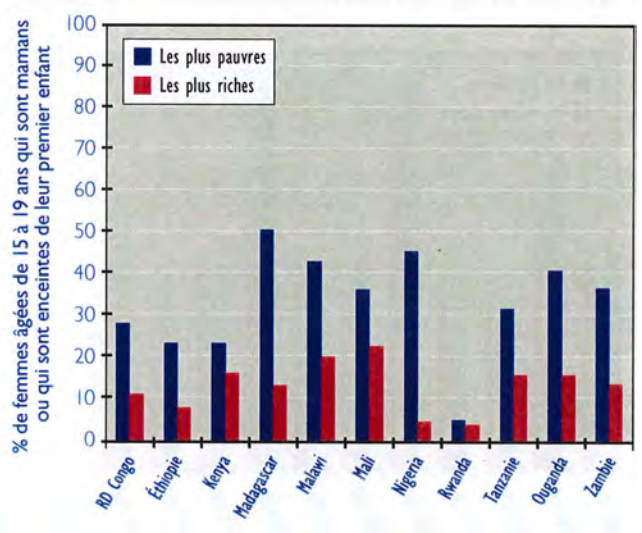
Gouvernance et structure d'âge



Source : Action International. 2007. *The Shape of Things to Come.*

Figure 6

Fécondité et revenus, femmes âgées de 15 à 19 ans



Source: EDS la plus récente. 2004-2009

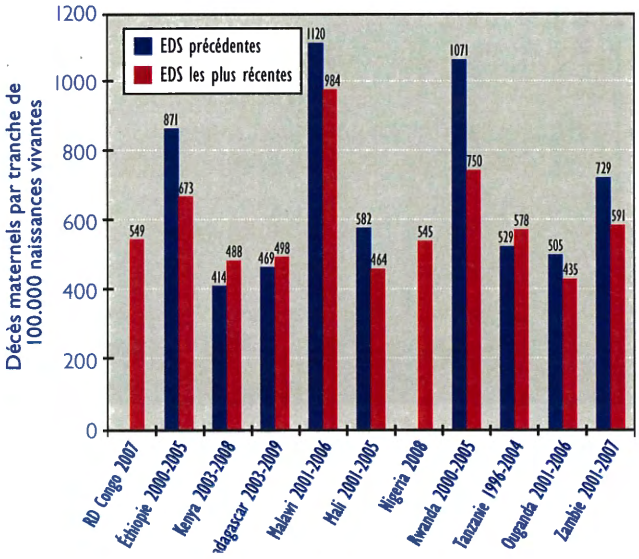
Figure 7

Éléments de l'insécurité alimentaire

Source : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, juin 2009.

Figure 8

Tendances de la mortalité maternelle, 1996-2009



Source : EDS. 1996-2009. Les données comparables pour la RD Congo et le Nigeria ne sont pas disponibles.

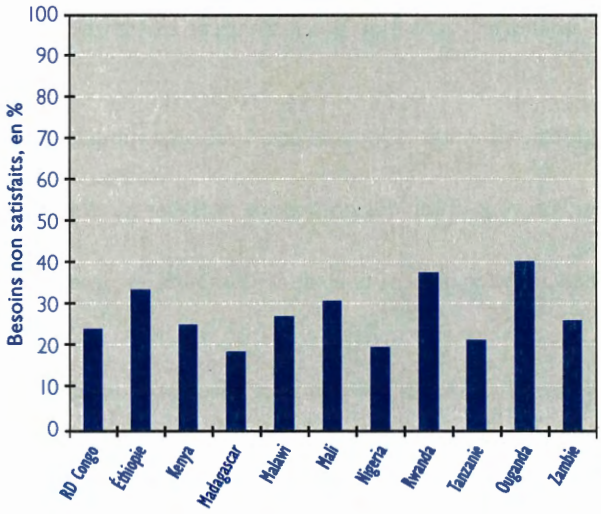
Figure 9

Augmentations annuelles moyennes en TPCM entre les deux dernières enquêtes (en %), 1999-2009	
Progrès rapides	**Augmentation moyenne**
Éthiopie 2000-2005	6.0
Kenya 2003-2008	1.5
Madagascar 2003-2009	2.3
Rwanda 2005-2007	8.5
Progrès encourageants	
Malawi 2000-2004	0.6
Tanzanie 1999-2004	0.5
Zambie 2001-2007	0.8
Progrès lents	
RD Congo 2001-2007	0.3
Mali 2001-2006	0.1
Nigeria 2003-2008	0.3
Ouganda 2001-2006	0.8

Source : les deux enquêtes EDS les plus récentes. 1999-2009. Les données 2001 pour la RD Congo proviennent des enquêtes par grappes multi-indicateurs (EGMI).L'augmentation annuelle pour l'Éthiopie a été calculée à partir des données de l'enquête de base L10K de 2008 et à partir de l'EDS de 2005. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) n'est pas incluse dans les TPCM.

Figure 10

Besoins non satisfaits, par pays



Source : EDS la plus récente, 2004-2009.

Constatations du bilan des programmes de planification familiale :

1) Le rendement des programmes au niveau national présente d'importantes différences dans les 11 pays au cours de la dernière décennie.

2) Le VIH/sida a eu une incidence sur le rendement des programmes de planification familiale au niveau national.

3) À cause des données insuffisantes, l'évaluation quantitative du rendement des programmes de l'USAID est limitée.

4) L'affectation par les missions de l'USAID des budgets de planification familiale s'est faite de manière stratégique et conformément aux priorités des programmes nationaux.

5) L'USAID a contribué de manière marquante à la réussite de sept composantes clés des programmes.

6) C'est l'engagement qui influait le plus sur la réussite des programmes.

7) Les caractéristiques des programmes ayant réalisé des progrès rapides sont les partenariats avec les communautés et l'accès aux services de planification familiale à grande échelle.

8) L'intégration de la planification familiale ainsi que de la santé de la mère et de l'enfant dans les programmes VIH/sida a été lente, et la planification familiale est le parent pauvre des programmes de santé de la mère et de l'enfant dans la plupart des missions.

9) Le secteur privé, en particulier par le biais des programmes de marketing social financés par l'USAID, a fait preuve de son efficacité, même dans les conditions les plus difficiles, et a les aptitudes requises pour élargir sa portée.

10) La disponibilité des contraceptifs s'est améliorée, mais il reste encore à atteindre la sécurité contraceptive.

11) Les systèmes de santé doivent être renforcés, surtout dans le domaine des capacités organisationnelles et de gestion, si l'on veut davantage améliorer l'utilisation des ressources existantes ainsi que le rendement des programmes.

12) Il faut une approche à la fois globale et systématique à l'égard de la communication et de la mobilisation sociale.

13) Il faut des efforts plus vastes si l'on veut créer des conditions propices au développement des programmes.

14) Le caractère inadéquat des financements, des coûts et de la durabilité est une contrainte de taille au développement des programmes.

15) Il faut renforcer les capacités internes de l'USAID si l'on veut développer les programmes de planification familiale.