

LA SANTÉ REPRODUCTIVE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Par James Gribble et Joan Haffey

Depuis la fin des années 1990, l'Afrique subsaharienne a enregistré une croissance économique impressionnante, de l'ordre de 5 % par an, dépassant ainsi la moyenne enregistrée à l'échelle mondiale.¹ Toutefois, à d'autres égards, le développement de la région reste en retard. La région n'a pas atteint les niveaux requis pour bon nombre des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), une série d'objectifs adoptés par les dirigeants de notre monde lors d'un sommet de l'Organisation des Nations Unies qui s'est déroulé en 2000 et dont l'objet est la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la santé et le renforcement du développement économique.² L'Afrique subsaharienne accuse en particulier un retard dans les secteurs de la santé reproductive essentiels pour la réalisation des OMD en matière de santé maternelle et infantile. Le présent rapport examine les succès et les échecs de l'Afrique subsaharienne dans le domaine de la santé reproductive, en se concentrant notamment sur divers scénarios de la planification familiale et de la taille de la famille, de la mortalité maternelle et du VIH/sida dans les principales régions subsahariennes.

Utilisation de la planification familiale et taille de la famille

Lors des dernières années, la planification familiale a peu à peu perdu de son importance en tant que priorité à l'échelle internationale, et ce, en dépit de son impact

attesté tant sur la santé maternelle et infantile que sur le développement dans son ensemble.³ Outre la réduction des taux de fécondité (c'est à dire du nombre de naissances par femme), la planification familiale a eu un impact positif direct sur la réduction de la mortalité maternelle et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME). Ce nonobstant, pour jouir de ces progrès sanitaires, il faut que les femmes et les couples aient accès à une gamme étendue de méthodes contraceptives à tous les stades de leur vie reproductive pour leur permettre d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent au moment où ils le souhaitent.

En Afrique subsaharienne, 23 % des femmes mariées ont recours à la planification familiale — 18 % préférant une méthode moderne et 5 % optant pour une méthode traditionnelle, comme l'indiquent les deux segments en bas de chaque barre de l'histogramme à la figure 1. Cependant, un pourcentage encore plus important de femmes — 25 % — déclarent avoir un « besoin non satisfait », ce qui veut dire qu'elles souhaitent soit ne plus avoir d'enfants soit reporter leur prochaine grossesse, mais indiquent également qu'elles n'utilisent aucune méthode de planification familiale.

En Afrique subsaharienne, les taux d'emploi de la planification familiale et des besoins non satisfaits varient de manière considérable. En Afrique australe, où le taux d'emploi de la contraception est de 58 % (presque exclusivement des méthodes modernes), le taux des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est relativement modeste à 16 %. En Afrique de l'Ouest, par contre, 8 % seulement des femmes ont recours aux méthodes modernes de planification familiale, 5 % optent pour les méthodes traditionnelles et le taux des besoins non satisfaits est de l'ordre de 23 %. Il va de soi que ces moyennes occultent les fluctuations au sein des régions géographiques : en Afrique de l'Ouest, par exemple, plus de 14 % des femmes au Ghana se servent d'une méthode moderne, contre moins de 5 % des femmes en Sierra Leone. En Afrique de l'Est, les taux les plus élevés de besoins non satisfaits sont enregistrés en Ouganda avec 41 %, suivi de Madagascar avec 23 %.

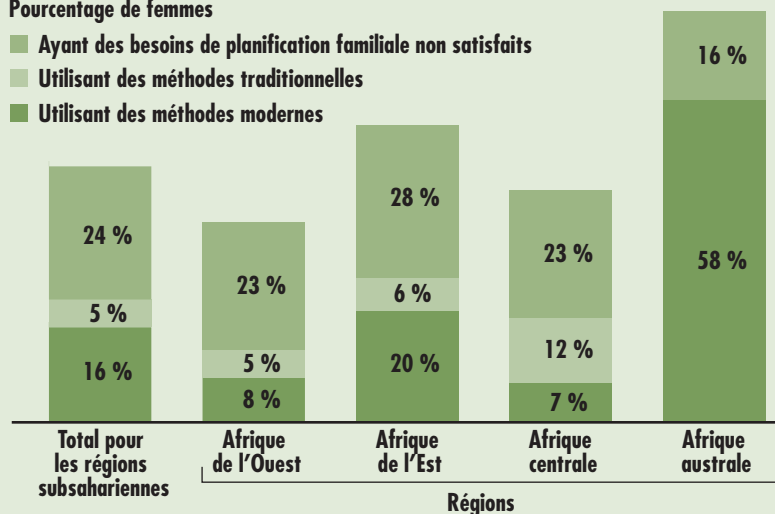
L'un des résultats directs de ce taux relativement faible d'emploi des contraceptifs et des niveaux élevés de besoins non satisfaits est l'existence continue de familles nombreuses. Aujourd'hui, en Afrique subsaharienne, les femmes ont en moyenne 5,4 enfants pendant leur existence — ce qui représente une légère diminution par rapport à la moyenne de 6,1 enfants au début de années 1990.⁴ L'Afrique centrale enregistre la moyenne la plus élevée, avec 6,1 enfants. En Afrique de l'Ouest et de l'Est, les femmes ont en moyenne 5,7 et 5,5 enfants, respectivement. Toutefois, le taux de fécondité de l'Afrique australe est nettement plus faible,

Figure 1

DEMANDE TOTALE DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES RÉGIONS SUBSAHARIENNES, 2008

Pourcentage de femmes

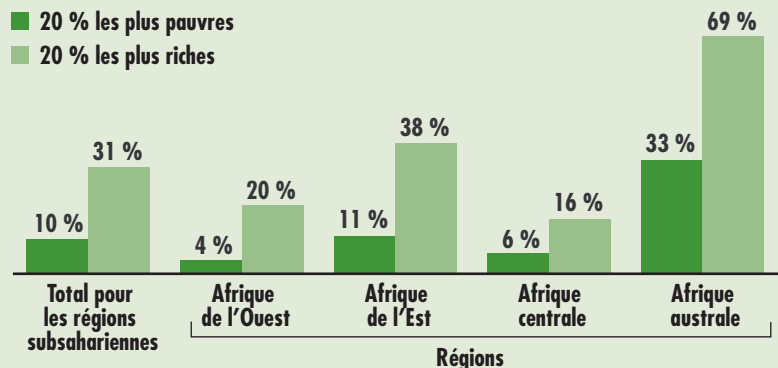
- Ayant des besoins de planification familiale non satisfaits
- Utilisant des méthodes traditionnelles
- Utilisant des méthodes modernes



SOURCE : Population Reference Bureau et African Population and Health Research Center, 2008
Africa Population Data Sheet.

Figure 2

UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES FEMMES DES GROUPES LES PLUS RICHES ET LES PLUS PAUVRES DES RÉGIONS SUBSAHARIENNES, 2008



SOURCE : D. Clifton, T. Kaneda et L. Ashford, *Fiche de données sur la planification familiale dans le monde 2008*.

soit 2,8 enfants par femme, en grande partie en raison de la forte utilisation de la contraception moderne.

L'emploi de la planification familiale est fréquemment influencé par diverses caractéristiques telles que le niveau d'éducation, le lieu de résidence et l'aisance matérielle. Les données tirées des enquêtes révèlent systématiquement que dans le contexte d'un pays donné, les femmes des groupes plus aisés sont plus susceptibles d'avoir recours aux méthodes modernes de planification familiale que leurs homologues des groupes plus pauvres. Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, trois fois plus de femmes aisées ont recours à la contraception moderne que de femmes démunies (voir la figure 2). Toutefois, à peine 31 % des femmes les plus riches en Afrique subsaharienne ont recours à la planification familiale, soit des taux inférieurs à ceux enregistrés pour les femmes les plus pauvres dans d'autres régions du monde.

En Amérique du Sud, 53 % des femmes les plus pauvres utilisent la planification familiale ; pour l'Asie, Chine non comprise, ce taux atteint 39 %.⁵

Sur le continent africain, ce sont l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest qui enregistrent les taux d'utilisation les plus faibles pour tous les groupes économiques. Moins de 10 % de toutes les femmes les plus pauvres et à peine 20 % des femmes des groupes les plus aisés de ces deux régions utilisent une méthode contraceptive — un taux inférieur à celui enregistré pour les femmes les plus pauvres de l'Afrique australe. Les femmes des groupes aisés en Afrique australe enregistrent les taux les plus élevés d'emploi de contraceptifs en Afrique subsaharienne, soit 69 %. La faible prévalence observée en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale — tous groupes socioéconomiques confondus — suggère que les programmes en place doivent fournir des informations et des services à toutes les femmes et à tous les couples pour promouvoir le recours à la contraception (voir l'encadré 1). En Afrique de l'Est et en Afrique australe, où les taux de prévalence sont plus élevés, les efforts doivent porter sur la fourniture d'informations et de services de haute qualité aux plus démunis.

Mortalité maternelle

En 2005, 536 000 femmes dans le monde sont décédées de causes liées à la grossesse et à l'accouchement qui, pour l'essentiel, peuvent être traitées ou évitées. Plus de la moitié de ces décès maternels se sont produits en Afrique subsaharienne. Pour les femmes de cette région, le risque de mourir de causes liées à la maternité est de 1 sur 22, contre 1 sur 7 300 pour les femmes des régions développées.⁶

Le ratio de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne (900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) est l'un des plus élevés de toutes les régions du monde incluses dans les estimations récemment publiées par l'Organisation mondiale de la Santé pour 2005. Au sein du continent africain, l'Afrique centrale enregistre le ratio le plus élevé (1 150), suivie de l'Afrique de l'Ouest (1 050). Les femmes de l'Afrique australe présentent le plus faible ratio de mortalité maternelle de toute l'Afrique subsaharienne, 410 ; toutefois, ce taux demeure élevé par rapport aux niveaux enregistrés à l'échelle mondiale.⁷

Encadré 1

PROGRÈS ENCOURAGEANTS DANS LE DOMAINE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE : LE MALAWI ET LE RWANDA

Bien que le recours aux méthodes modernes de contraception augmente lentement en Afrique subsaharienne, la popularité croissante des injections hormonales a un impact particulièrement remarquable sur les taux de prévalence de l'ensemble de la région. Les expériences du Malawi et du Rwanda illustrent la manière dont différentes stratégies cherchant à mieux répondre aux besoins des femmes en services génésiques peuvent contribuer à faire progresser la planification familiale.

Entre 1992 et 2008, l'emploi de contraceptifs au Malawi a enregistré une augmentation spectaculaire, passant de 7 % à 39 % des femmes mariées. Cette augmentation est attribuable, pour l'essentiel, à la poussée des contraceptifs injectables, dont l'utilisation est passée de 1,5 % en 1992 à 29 % en 2008.¹ Le programme mis en place au Malawi a résolulement adopté le concept de la formation des agents de santé des échelons plus bas pour renforcer de manière notable l'accès aux services de planification familiale tout en maintenant les normes de qualité nécessaires. Les médecins

assurent les services de stérilisation féminine, tandis que des infirmières autorisées et des infirmières sages-femmes inscrites sur les registres officiels fournissent, entre autres, les injectables et les dispositifs intra-utérins. Les distributeurs dans les communautés assurent eux aussi la fourniture d'injectables et de diverses autres méthodes temporaires, ce qui assure concrètement aux utilisatrices l'accès à une vaste panoplie de contraceptifs.²

Le Rwanda a lui aussi enregistré une croissance rapide de l'emploi des méthodes modernes de planification familiale. L'utilisation des méthodes modernes est passé de 4 % à 27 % entre 2000 et 2008.³ Les injectables représentent eux aussi une forte proportion de l'augmentation enregistrée. Les résultats obtenus au Rwanda sont attribuables à une combinaison de facteurs, dont l'engagement des dirigeants politiques à la promotion de la planification familiale, un approvisionnement adéquat, une amélioration des systèmes logistiques connexes, et une coordination entre bailleurs de fonds et agences publiques. Par ailleurs, le Rwanda a lancé un système de financement basé sur la

performance qui encourage les installations et les prestataires à atteindre les objectifs définis dans le cadre de contrats avec le gouvernement. Ce type d'accord, associé aux investissements réalisés dans la formation des prestataires à la fourniture d'une gamme complète de méthodes, a un effet tout à fait remarquable sur la réduction des besoins non satisfaits en services de planification familiale et sur l'augmentation de leur utilisation.

Références

¹ Malawi National Statistics Office et Macro International, *Malawi Demographic and Health Survey 2004* (2005), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.measuredhs.org, le 16 septembre 2008.

² Julie Soto, Roy Jacobstein et Deliwe Malema, *Repositioning Family Planning—Malawi Case Study: Choice, Not Chance* (New York : The ACQUIRE Project/EngenderHealth, 2005).

³ Julie Soto, « Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One », *IntraHealth International* (2008), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.intrahealth.org/, le 24 juillet 2008.

Les OMD visent une réduction de trois-quarts des taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Pour la plupart des pays africains, il est peu probable que cet objectif sera atteint. Le ratio moyen pour l'Afrique subsaharienne était estimé à 920 en 1990, et n'avait chuté qu'à 900 en 2005.⁸ Pour réaliser des progrès solides, la plupart des pays auront besoin d'accélérer leurs progrès en matière de prévention des grossesses imprévues et à haut risque et d'améliorer l'accès à des services prénatals et d'accouchement de haute qualité.

VIH/sida

L'Afrique subsaharienne continue à subir de manière disproportionnée l'épidémie mondiale de VIH/sida. Les taux de séroprévalence les plus élevés sont ceux enregistrés en Afrique australe qui, pourtant, enregistre de meilleurs indicateurs de santé par ailleurs que les autres régions subsahariennes. Selon les estimations actuelles, l'épidémie se serait stabilisée — souvent à des niveaux très élevés — dans l'essentiel de l'Afrique subsaharienne, où le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida est estimé à 22 millions. Ceci représente 67 % de toutes les personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale.⁹ Plus de la moitié des habitants de l'Afrique subsaharienne atteints du VIH vivent dans quatre pays : l'Afrique du Sud (5,5 millions), le Nigeria (2,9 millions), le Zimbabwe (1,7 millions) et la Tanzanie (1,4 millions).

Comme pour d'autres indicateurs de santé, les taux de séroprévalence varient de manière considérable d'une région à l'autre. En Afrique australe, par exemple, 19 % des adultes âgés de 15 à 49 ans seraient séropositifs selon les estimations. En revanche, les taux de séroprévalence chez les adultes sont estimés à 6 % pour l'Afrique australe et à 3 % en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale.¹⁰

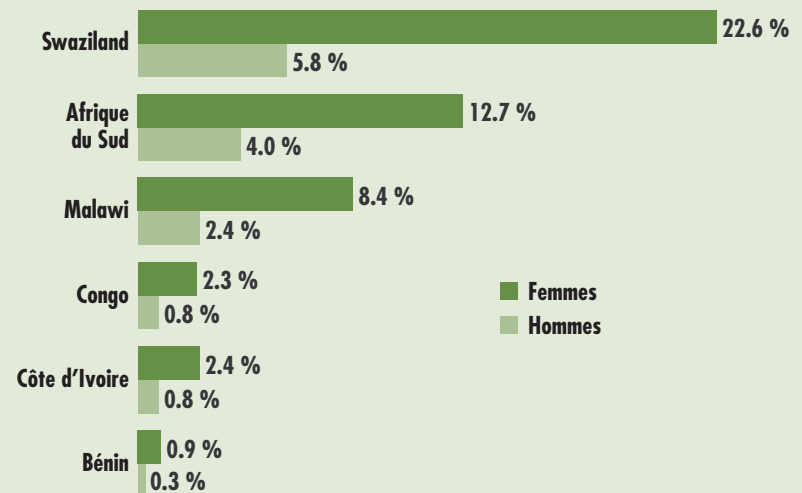
Les jeunes, et en particulier les jeunes femmes, présentent une vulnérabilité spéciale au VIH/sida (voir la figure 3). Les jeunes femmes enregistrent des taux d'infection supérieurs à ceux des hommes en raison de leur vulnérabilité physiologique, de liaison sexuelle contre de l'argent ou des cadeaux entre jeunes femmes et hommes plus âgés et du faible statut social

des femmes (voir l'encadré 2). Au Swaziland, le nombre de jeunes femmes séropositives est presque le quadruple de celui des jeunes hommes. Les taux de séroprévalence sont trois fois plus élevés chez les jeunes femmes que chez les hommes en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et au Malawi.¹¹

Les OMD lancent au monde entier un défi : celui d'enrayer et d'inverser la propagation de l'épidémie de VIH/sida d'ici 2015. Depuis 2000, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne s'est stabilisé. Ce nonobstant, le nombre total de personnes vivant avec le VIH continue à augmenter en raison des nouvelles infections qui se produisent chaque année, ainsi que des traitements du VIH qui prolongent l'existence des personnes touchées et du fait que les nouvelles infections continuent à surpasser le nombre de décès liés au sida.¹² En raison du fardeau disproportionné du VIH/sida sur la population féminine — et en

Figure 3

POURCENTAGE DE JEUNES GENS ÂGÉS DE 15 À 24 ANS ATTEINTS DU VIH/SIDA, PAYS D'AFRIQUE CHOISIS, 2007



SOURCE : ONUSIDA/OMS, Rapport de 2008 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida.

Encadré 2

LES JEUNES : UNE PRIORITÉ DES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

L'Afrique subsaharienne compte quelque 157 millions de jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans ; d'ici 2015, ce chiffre devrait atteindre 198 millions.¹ Au fur et à mesure que de plus en plus de jeunes atteignent leurs années reproductives, il sera nécessaire de renforcer les services de santé reproductive de manière proportionnelle.

Les jeunes de l'Afrique subsaharienne présentent certaines vulnérabilités particulières en matière de santé reproductive, à savoir :

- Les taux de grossesse chez les adolescentes demeurent élevés, ce qui contribue à la maladie et à la mortalité des jeunes mères et de leurs enfants. Au Tchad et au Mozambique, par exemple, plus de 70 % des jeunes de 19 ans interrogés dans le cadre de récentes Enquêtes démographiques et de santé avaient déjà eu au moins un enfant.² Les jeunes femmes enceintes sont plus à risque de

mourir de causes liées à la grossesse que leurs homologues d'âge adulte.

- Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent en outre quelque 45 % des nouvelles infections au VIH dans le monde, avec un impact disproportionné sur les femmes les plus jeunes.³
- Les rapports sexuels entre des femmes jeunes et des hommes plus âgés sont relativement courants dans bon nombre de pays. Au Nigéria, par exemple, 21 % des jeunes femmes sexuellement actives âgées de 15 à 17 ans avaient eu au moins un partenaire ayant 10 ans de plus qu'elles.⁴
- Les mutilations génitales féminines (FGM/C) menacent la santé de 3 millions de fillettes chaque année en Afrique. Selon de récentes enquêtes réalisées en Somalie et en Éthiopie, 97 % et 62 % des jeunes femmes, respectivement,

avaient subi cette procédure.⁵ Les conséquences négatives des FGM/C incluent notamment les complications à l'accouchement, le tétanos, l'incontinence urinaire, voire même la mort de la mère.

Références

- ¹ Division de la Population de l'ONU, *World Population Prospects : The 2006 Revision* (New York : ONU, 2006).
- ² Données consultées en ligne à l'adresse suivante : www.measuredhs.com, le 22 septembre 2008.
- ³ ONUSIDA/OMS, *Rapport de 2008 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida* (Genève : ONUSIDA, 2008) : 42.
- ⁴ Charlotte Feldman-Jacobs et Heidi Worley, *Cross-Generational Sex: Risks and Opportunities* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2008).
- ⁵ Données tirées des Enquêtes démographiques et de santé et des Enquêtes en grappe à indicateur multiple.

Pour de plus amples informations

Ce dossier est disponible sur le site Web du Population Reference Bureau : www.prb.org/francais. Pour obtenir des exemplaires imprimés du présent dossier, veuillez contacter : Population Reference Bureau 1875 Connecticut Ave. NW, Suite 520 Washington, DC 20009 USA Courriel : prborders@prb.org

Veuillez également vous reporter aux fiches de données suivantes, disponibles sur le site du PRB à www.prb.org ou en contactant le PRB à l'adresse indiquée ci-dessus.

Donna Clifton, Toshiko Kaneda et Lori Ashford, *Fiche de données sur la planification familiale dans le monde 2008*

Charlotte Feldman-Jacobs et Donna Clifton, *Mutilation génitale féminine/excision : Données et tendances*.

Carl Haub et Mary Mederios Kent, *Fiche de données sur la population mondiale 2008*.

Population Reference Bureau et African Population and Health Research Center, *2008 Africa Population Data Sheet*.

particulier les jeunes femmes — il est impératif de fournir des services de prévention du VIH et de santé génésique aux femmes vivant avec le VIH.

Perspectives d'avenir

A l'approche de l'échéance de 2015 — la date fixée pour la réalisation des OMD — il reste encore beaucoup à faire dans tous les domaines de la santé reproductive, notamment pour réduire la mortalité maternelle et ralentir la propagation du VIH/sida. Bien que des progrès vers ces objectifs aient été accomplis dans de nombreux pays, il existe encore des besoins considérables dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne et des opportunités de faire davantage. Les décideurs politiques et les directeurs des programmes doivent, entre autres :

- Renforcer les programmes de planification familiale de manière à assurer à toutes les femmes et à tous les couples un vaste assortiment d'options contraceptives afin de répondre aux besoins non satisfaits de ces services. La planification familiale peut permettre d'améliorer la santé des mères et des enfants, de réduire la transmission du VIH/sida et de réduire le nombre d'enfants par famille.
- Investir dans la santé maternelle afin que les femmes aient accès aux soins nécessaires à l'accouchement. La réduction de la mortalité maternelle exige le leadership des pouvoirs publics, un plus grand nombre de prestataires de services de santé ayant reçu la formation requise et l'implication de la communauté.
- Stopper la propagation du VIH/sida en traitant les nombreux facteurs socioéconomiques contribuant à l'épidémie. Par ailleurs, un engagement soutenu à l'accès aux traitements permettra d'atténuer les effets négatifs de l'épidémie sur les familles et les communautés.
- Mettre en application des stratégies efficaces répondant aux besoins des jeunes en matière de santé reproductive en renforçant l'accès aux services de santé de la reproduction et aux programmes de prévention du VIH, en éliminant les pratiques de mutilations sexuelles féminines et en appuyant les efforts visant à réduire les mariages et les grossesses précoces.

Par ailleurs, un soutien continu des gouvernements et des bailleurs de fonds renforcera les efforts visant à améliorer la santé reproductive des femmes de l'Afrique subsaharienne. Les variations observées d'une région à l'autre et au sein même des régions confirment que des stratégies efficaces et des programmes de grande qualité font toute la différence.

Références

- ¹ Ministère des Affaires étrangères du Japon, « Déclaration des dirigeants du Sommet du G8 de Hokkaido Toyako, Hokkaido Toyako, 8 juillet 2008 », consulté en ligne à l'adresse suivante : www.g8summit.go.jp/eng/, le 2 août 2008.
- ² Organisation des Nations Unies (ONU), *Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement* (New York : ONU, 2007) : 4, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG2007.pdf, le 24 juillet 2008.
- ³ Banque mondiale, *2008 World Development Indicators* (Washington, DC : Banque mondiale, 2008) : 35.
- ⁴ Division de la Population des Nations Unies, *World Population Prospects : The 2006 Revision* (New York : ONU, 2006), consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://esa.un.org/unpp/>, le 20 août 2008.
- ⁵ Donna Clifton, Toshiko Kaneda et Lori Ashford, *Fiche de données sur la planification familiale dans le monde 2008* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2008).
- ⁶ UNICEF et al, *La mortalité maternelle en 2005: Estimations préparées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale* (Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2007) : 15.
- ⁷ Estimations du PRB.
- ⁸ UNICEF et al. *La mortalité maternelle en 2005*.
- ⁹ ONUSIDA/OMS, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida 2008* (Genève : ONUSIDA, 2008) : 30.
- ¹⁰ Carl Haub et Mary Mederios Kent, *Fiche de données sur la population mondiale 2008* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2008).
- ¹¹ ONUSIDA/OMS, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida 2008*: 42.
- ¹² ONUSIDA/OMS, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida 2008*: 32.

Remerciements

James Gribble est le directeur du projet BRIDGE au Population Reference Bureau. Joan Haffey est consultant au PRB. Les auteurs souhaitent exprimer leur gratitude aux collègues suivants du PRB et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) qui ont examiné le présent rapport et fourni des observations précieuses : Lori Ashford, Carmen Coles, Charlotte Feldman-Jacobs, Richard Skolnik et Holley Stewart. Le financement requis pour la préparation de ce dossier a été fourni par USAID dans le cadre du projet BRIDGE (accord de coopération GPO-A-00-03-00004-00).

Traduction : Pascale Ledeur-Kraus
Révision : Pascale De Souza
Coordination : Sara Adkins-Blanch

© 2009, Population Reference Bureau.
Tous droits réservés.



PRB

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520 | Washington, DC 20009 États-Unis

Téléphone : 202-483-1100 | Télécopieur : 202-328-3937 | Courriel : popref@prb.org | www.prb.org

