

SEPTEMBRE 2013

PAR GRACE DANN

LE COMPORTEMENT SEXUEL ET L'UTILISATION DE CONTRACEPTIFS PARMIS LES JEUNES EN AFRIQUE DE L'OUEST

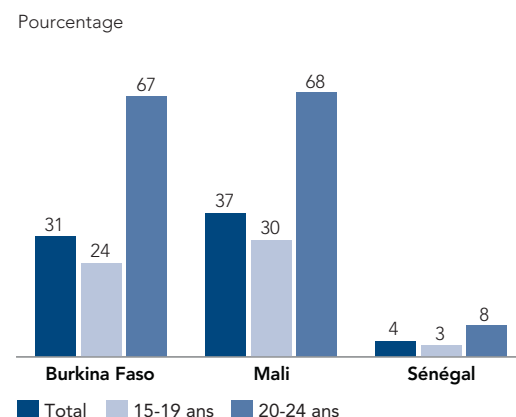
De par le monde, les jeunes – surtout les jeunes femmes – connaissent un fort taux d'infection du VIH et des grossesses non désirées à cause de leurs connaissances limitées concernant la santé sexuelle et reproductive. Les comportements sexuels parmi les jeunes peuvent inclure des pratiques positives, telles que l'abstinence et l'utilisation de préservatifs ou mener à des événements négatifs tels qu'une grossesse non désirée et la propagation d'infections sexuellement transmissibles (IST). Les connaissances en matière de contraceptifs et de leur utilisation sont d'importants indicateurs de santé sexuelle parmi les jeunes. Les comportements sexuels et l'utilisation de contraceptifs varient non seulement entre les pays et régions mais varient aussi au sein d'un même pays. Cet article examine les données tirées des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées dans trois pays francophones d'Afrique de l'Ouest: le Burkina Faso, le Mali et le Sénégal, et explore les différentiels parmi les connaissances et les pratiques sexuelles parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans de ces pays. Avec ces informations, les décideurs et les responsables de programmes peuvent mettre sur pied des interventions qui répondent plus efficacement aux besoins en santé sexuelle et reproductive des jeunes.

Comportements sexuels des jeunes

Pour réduire le risque d'événements néfastes parmi les jeunes femmes, il faut tout d'abord comprendre leur comportement sexuel. Le niveau d'activité sexuelle parmi les jeunes femmes célibataires était similaire au Mali et au Burkina Faso, mais les expériences rapportées par les jeunes Sénégalaises étaient très différentes (voir figure). Au Mali et au Burkina Faso, 30 à

40 % des jeunes femmes célibataires ont indiqué être sexuellement actives. En revanche, seules 4 % des jeunes Sénégalaises célibataires ont rapporté avoir eu des relations sexuelles, ce qui constitue l'un des niveaux les plus bas en Afrique subsaharienne. L'âge médian du premier rapport sexuel était le plus bas parmi les femmes au Mali (15,9 ans), suivi du Burkina Faso (17,5 ans). Au Sénégal, l'âge médian du premier rapport sexuel était parmi les plus élevés de l'Afrique subsaharienne, soit 19,8 ans. Comme on peut s'y attendre, l'expérience sexuelle augmente avec l'âge. Au Burkina Faso et au Mali, la probabilité que les femmes aient eu des rapports sexuels augmente avec l'âge : 93 % et 68 % pour les femmes de 20 à 24 ans, respectivement. Par contre, au Sénégal, les niveaux d'activité sexuelle, même parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans, étaient relativement bas, 37 % seulement.

Femmes célibataires de 15 à 24 ans indiquant être sexuellement actives



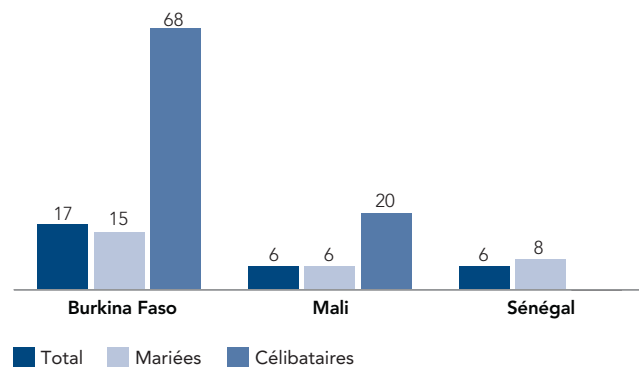
Source : Shane Khan et Vinod Mishra, *Rapports Comparatifs EDS # 19, Santé Reproductive et Sexuelle* (Calverton, MD : ICF International, 2008).

Des facteurs spécifiques tels que l'éducation, le lieu de résidence et le niveau de revenus sont souvent associés à des niveaux plus importants d'activité sexuelle. Au Burkina Faso et au Mali, le pourcentage de femmes qui déclarent être sexuellement actives a augmenté selon le niveau d'éducation plus élevé, la résidence urbaine et l'accroissement des revenus de la famille. Toutefois, au Sénégal, selon les EDS, aucun de ces trois facteurs n'a eu d'effet sur l'activité sexuelle. Par exemple, quel que soit le niveau d'éducation, seules 4 % des femmes célibataires sénégalaises entre 15 et 24 ans ont indiqué être sexuellement actives. Inversement, les jeunes femmes célibataires d'un niveau d'éducation plus élevé au Burkina Faso avaient presque deux fois plus de chance d'avoir eu des rapports sexuels que les femmes célibataires qui n'avaient jamais été à l'école (45 % contre 24 %). De même au Burkina Faso, deux fois plus de jeunes femmes des groupes les plus riches ont déclaré avoir eu des rapports sexuels que les jeunes femmes du groupe le plus pauvre.

Utilisation comparative de la contraception parmi les jeunes

Parmi les jeunes sexuellement actifs, l'utilisation de contraceptifs réduit le nombre de grossesses non désirées. Toutefois, avant d'utiliser un contraceptif, les jeunes doivent connaître les diverses méthodes. Au Sénégal et au Burkina Faso, plus de 90 % des femmes qui ont participé à l'enquête connaissaient au moins une forme de contraception moderne.

Utilisation de la contraception moderne parmi les femmes de 20 à 24 ans (les données pour Mali comprennent les femmes de 15 à 24 ans)



Note : *Sénégal EDS-MICS* ne comporte pas de données sur l'utilisation de la contraception moderne parmi les femmes célibataires.

Source : Shan Khan et Vinod Mishra, *Rapports Comparatifs EDS #19, Santé Reproductive et Sexuelle* (Calverton, MD : ICF International, 2008); *Sénégal EDS-MICS 2010-2011* (Calverton, MD : ICF International, 2012) ; et *Burkina Faso EDSBF-MICS IV 2010* (Calverton, MD : ICF International, 2012).

Les connaissances au Mali étaient plus faibles, seulement 76 % des jeunes femmes connaissant une méthode.

Étant donné les niveaux relativement élevés de connaissances des contraceptifs parmi les jeunes femmes, l'utilisation de contraceptifs est relativement faible parmi les femmes mariées, mais plus élevée parmi les femmes célibataires sexuellement actives. Au Burkina Faso, seules 15 % des femmes jeunes et mariées utilisent la contraception moderne ; inversement, 68 % des femmes jeunes célibataires sexuellement actives utilisent une forme de contraception moderne. La prévalence parmi ces deux groupes de jeunes femmes au Mali était plus faible : 6 % parmi les jeunes femmes mariées et 20 % parmi les jeunes femmes célibataires. Au Sénégal, 7 % des jeunes femmes mariées utilisent une méthode de planification familiale mais le nombre de femmes célibataires sexuellement actives était si faible que l'enquête n'a pas pu déterminer un taux de prévalence. Dans les trois pays, le nombre de jeunes femmes sexuellement actives était relativement faible. Bien que leur utilisation de contraceptifs puisse être plus élevée, elles représentent un très faible pourcentage des jeunes femmes.

Dans les trois pays, la vie dans une zone urbaine est associée à l'utilisation de contraceptifs pour les jeunes femmes mariées. La plus grande différence a été notée au Burkina Faso où 31 % des femmes mariées dans les zones urbaines utilisaient des contraceptifs, comparé à seulement 11 % en zone rurale. Le niveau d'éducation était aussi associé à une utilisation plus forte de contraceptifs modernes parmi les jeunes femmes mariées. Dans les trois pays, les jeunes femmes mariées qui bénéficiaient d'une éducation secondaire avaient beaucoup plus de chances – trois fois plus – d'utiliser une contraception moderne que les femmes n'ayant reçue qu'une éducation primaire. De même, les jeunes femmes mariées dans le quintile de richesse le plus élevé ont indiqué des niveaux plus élevés d'utilisation de la contraception moderne (14 % contre 28 %), comparé au groupe le plus pauvre, où la prévalence n'était que de 1 ou 2 %.

Efforts des programmes pour répondre aux besoins des jeunes adultes

Au cours des dernières années, de nombreux efforts ont été menés dans les trois pays pour aider les jeunes gens à avoir une meilleure compréhension de la santé sexuelle et reproductive et améliorer leur accès aux services de planification familiale. Puisqu'une bonne partie de la population vit en zone rurale, il est parfois difficile d'atteindre les jeunes. Toutefois, les jeunes gens représentent un fort pourcentage de la population et, sans

accès aux informations et services, ils risquent de connaître des déboires.

Au Burkina Faso, par exemple, le Programme National pour la Santé de la Reproduction des Adolescents a été lancé en 1995. Les efforts pour collecter les informations ont permis d'augmenter la sensibilisation au VIH/Sida, à la violence basée sur le genre et d'améliorer la qualité des services de soins de santé. D'autres efforts ont permis l'ouverture de Centres de jeunes qui fournissent une éducation en planification familiale, des conseils et l'éducation par les pairs. Un autre programme a formé les enseignants aux questions d'éducation sexuelle et de population. Un certain nombre d'efforts se sont focalisés sur l'augmentation de la sensibilisation à la prévention du VIH/Sida parmi les jeunes.¹

Des efforts similaires au Mali se sont focalisés sur la sensibilisation des jeunes adultes. L'effort pour former les éducateurs-pairs et les jeunes dirigeants en santé sexuelle et reproductive ont contribué à augmenter l'utilisation des contraceptifs parmi les jeunes adultes dans les zones où le programme est en place. Un programme d'éducateur-pair a formé 2 000 volontaires qui ont atteint plus de 630 000 jeunes âgés de 10 à 24 ans.²

Les programmes au Sénégal ont permis d'intervenir tant au niveau de la politique de gestion qu'au niveau de la fourniture de services directs aux jeunes. Les efforts couronnés de succès de ceux qui ont plaidé en faveur des programmes ont mené à l'incorporation de la santé reproductive des adolescents au sein du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Éducation, des Sports et des Jeunes. Les programmes incluent des curricula pour les éducateurs pairs, la formation pour les professeurs et la mise au point de normes et de lignes directrices en santé de la reproduction pour adolescents.³

Comprendre les comportements sexuels des jeunes et l'utilisation des contraceptifs doit aider à améliorer les politiques de gestion qui traitent de la connaissance et du comportement en santé de la reproduction parmi les jeunes femmes dans les pays tels que le Burkina Faso, le Mali et le Sénégal. Des connaissances accrues peuvent autonomiser les femmes en matière de santé de la reproduction et d'accès aux ressources de planification familiale quand les besoins ne sont pas satisfaits. L'amélioration des comportements et connaissances en matière de santé reproductive parmi les jeunes peuvent mener à une réduction de la propagation des IST, y compris l'infection du VIH, ainsi qu'à moins de grossesses non désirées, ce qui permettra l'émergence d'une génération de familles en meilleure santé.

Remerciements

Grace Dann était une stagiaire avec les programmes internationaux au Population Reference Bureau. En septembre 2013, Angela Farmer et John F. May ont mis à jour cet article avec les données les plus récentes. Angela Farmer est une assistante de programme du Population Reference Bureau. John F. May est un spécialiste en résidence au PRB.

Références

- 1 Institut Guttmacher, "Adolescents in Burkina Faso: Sexual and Reproductive Health," *Research in Brief Series*, No. 3, lu en ligne à l'adresse suivante www.guttmacher.org, le 13 février 2009.
- 2 Elizabeth T. Robinson, "Programs for Adolescents: Neighborhood Peer Educators in Mali," *Network 20*, no. 3 (2000), lu en ligne à l'adresse suivante www.fhi.org, le 11 février 2009.
- 3 Nafissatou Diop et Anta Fall Diagne, "Mainstreaming Adolescent Health in Senegal: Enhancing Utilization of the Findings from the Youth Reproductive Health Project," *Rapport FRONTIERS* (Dakar: Population Council, 2007), lu en ligne à l'adresse suivante www.pcdc.org, le 5 septembre 2013 et le Centre for Development and Population Activities, *Reproductive Health for Youth in Mali Project: Rapport de fin de Projet* (Washington, DC: The Centre for Development and Population Activities, 2003), lu en ligne à l'adresse suivante [ww.cedpa.org](http://www.cedpa.org), le 11 février 2009.



POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les **AIDE** à se servir de ces informations pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW Suite 520
Washington, DC 20009 USA

202 483 1100 **TÉLÉPHONE**
202 328 3937 **TÉLÉCOPIEUR**
popref@prb.org **COURRIEL**

SEPTEMBRE 2013

PAR JAMES GRIBBLE

PLANIFICATION FAMILIALE AU GHANA, AU BURKINA FASO ET AU MALI

L'Afrique de l'Ouest connaît l'une des croissances démographiques les plus rapides du monde. Les femmes ont en moyenne 5,6 enfants au cours de leur vie. Les 16 pays de cette région représentent une vaste richesse historique et culturelle. Les habitants peuvent parler français, anglais ou portugais, en plus d'une ou de plusieurs langues autochtones.¹ Ces pays ont différents systèmes de santé et niveaux d'engagement politique vis-à-vis de la planification familiale, et une variété de prestataires de soins de santé — qui contribuent tous aux différentes utilisations de la planification familiale.

En Afrique de l'Ouest, près de 15 pour cent des femmes mariées utilisent une méthode de planification familiale. Les contraceptifs hormonaux, y compris la pilule et les injectables, sont les méthodes les plus fréquemment utilisées. Les méthodes traditionnelles de planification familiale, y compris l'abstinence périodique et le retrait, viennent en deuxième place.

En plus des femmes qui utilisent la planification familiale, environ 28 pour cent indiquent qu'elles souhaitent éviter une grossesse prochainement, mais qu'elles n'utilisent aucune méthode de planification familiale. En Afrique de l'Ouest, plus une femme est riche, plus elle est susceptible d'utiliser la planification familiale. Ces résultats donnent un aperçu de la situation générale dans la région. On obtient davantage d'informations lorsque les chiffres régionaux sont désagrégés au niveau des pays. (Les données sont tirées du document publié par le Population Reference Bureau, *2013 World Population Data Sheet*, ainsi que des enquêtes DHS).

Utilisation de la contraception et choix des méthodes

Au Ghana, 35 pour cent des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode

contraceptive. Parmi les femmes qui utilisent une forme de planification familiale, plus de deux sur trois ont choisi une méthode moderne. Les méthodes les plus populaires sont les contraceptifs oraux et injectables (présentées comme des méthodes hormonales) (voir tableau ci-dessous).

Au Burkina Faso, 16 pour cent des femmes mariées en âge de procréer utilisent la planification familiale, soit un niveau proche de la moyenne en Afrique de l'Ouest. Pourtant, le pourcentage des femmes qui utilisent des contraceptifs au Burkina n'a augmenté que de quatre points de pourcentage depuis les années 1990, illustrant que l'acceptation de la

Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui utilisent la planification familiale, par méthode, pays sélectionnés, 2011-2013

	GHANA	BURKINA FASO	MALI
Méthode Moderne			
Méthode hormonale	16,5	9,4	6,7
DIU	0,6	0,3	0,4
Préservatifs	2,6	1,6	0,1
Autres méthodes modernes	3,5	3,6	2,7
Méthodes traditionnelles	11,9	1,1	0,1
Total, toutes les méthodes*	35	16	10

* Le pourcentage indiqué dans le tableau peut ne pas correspondre au « Total, toutes les méthodes » car les chiffres sont arrondis.

Notes : Les méthodes hormonales comprennent la pilule et les contraceptifs injectables.

Sources : Carl Haub et Toshiko Kaneda, *2013 World Population Data Sheet* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2013); *MICS Ghana 2011* (Calverton, MD : ICF International, 2012); *EDSBF-MICS IV Burkina Faso 2010* (Calverton, MD : ICF International, 2012); et *EDMS-V Mali 2012-2013 Rapport Préliminaire* (Calverton, MD: ICF International, 2013).

planification familiale est lente dans de nombreuses parties de la région. Les différentes méthodes de planification familiale utilisées sont également semblables aux moyennes régionales, avec une prévalence de 14,9 pour cent pour les méthodes modernes et de 1,0 pour cent pour les méthodes traditionnelles. Comme indiqué dans le tableau, les méthodes hormonales (contraceptifs oraux et injectables) sont utilisées par 9,4 pour cent des femmes mariées en âge de procréer.

Au Mali, dix pour cent des femmes mariées utilisent une méthode de planification familiale. Ce pourcentage continue d'augmenter lentement. Comme dans d'autres pays ouest-africains, les méthodes hormonales sont les méthodes modernes les plus couramment utilisées. Elles sont choisies par 6,7 pour cent des femmes maliennes. Contrairement à de nombreux autres pays d'Afrique de l'Ouest, cependant, les méthodes traditionnelles sont utilisées par une partie relativement faible de l'ensemble des femmes au Mali (0,1 pour cent).

Les besoins non satisfaits et la demande totale de planification familiale

Plus d'un quart (28 pour cent) des femmes ouest-africaines mariées âgées de 15 à 49 ans n'utilisent pas de méthode de planification familiale, mais déclarent qu'elles souhaiteraient retarder ou éviter une autre

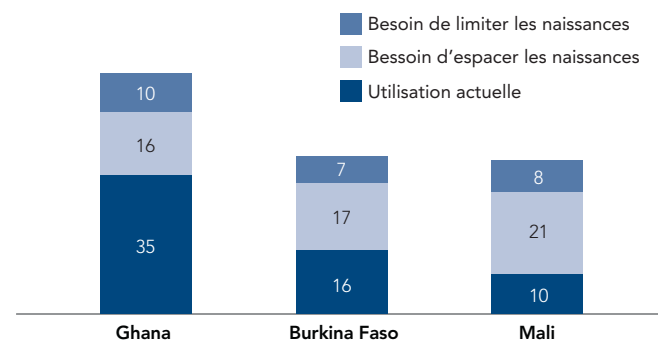
grossesse. Cela représente 28 pour cent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans la région. La demande totale de planification familiale comprend le pourcentage des besoins non satisfaits et les 15 pour cent qui utilisent déjà la planification familiale (voir Figure 1).

En Afrique de l'Ouest, 43 pour cent des femmes utilisent la planification familiale ou en ont besoin. La demande totale de planification familiale est de 61 pour cent au Ghana, ce qui représente dix pour cent des femmes qui veulent éviter une nouvelle grossesse, 16 pour cent qui veulent attendre au moins deux ans avant la prochaine grossesse et 35 pour cent qui utilisent déjà une méthode. Les niveaux de besoins non satisfaits au Burkina Faso et au Mali sont similaires (environ 29 pour cent). Lorsque les besoins non satisfaits sont combinés avec l'utilisation actuelle de la contraception, la demande totale de planification familiale dans les deux pays est également assez similaire : 40 pour cent au Burkina Faso et 37 pour cent au Mali.

Bien que de nombreuses femmes de la région préfèrent éviter une grossesse, l'utilisation de la contraception est relativement faible. Au Mali, par exemple, si 39 pour cent des femmes expriment une demande de planification familiale et huit pour cent utilisent une méthode, un cinquième seulement de la demande totale de planification familiale est satisfaite. Au Burkina Faso, 40 pour cent de la demande totale est satisfaite ; de même, 43 pour cent de la demande totale de planification familiale est satisfaite au Ghana.

FIGURE 1
Demande totale de planification familiale, 2006-2011

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans

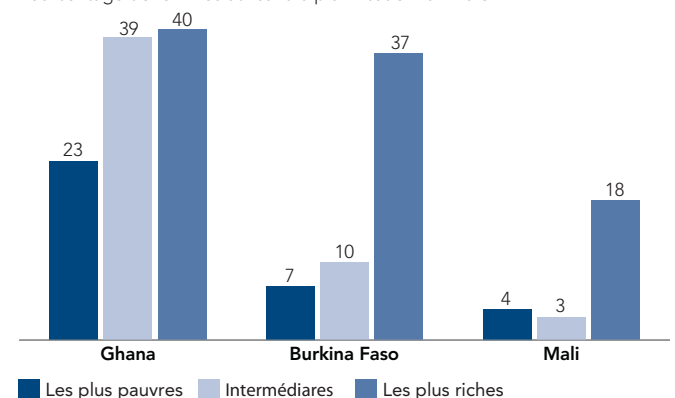


Notes : Les femmes qui souhaitent espacer les naissances de leurs enfants déclarent vouloir attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant, mais n'utilisent aucune méthode contraceptive. Les femmes qui souhaitent limiter le nombre d'enfants déclarent qu'elles préfèrent cesser de procréer et n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Sources : Carl Haub et Toshiko Kaneda, *2013 World Population Data Sheet* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2013); *MICS Ghana 2011* (Calverton, MD : ICF International, 2012); et *EDSBF-MICS IV Burkina Faso 2010* (Calverton, MD : ICF International, 2012).

FIGURE 2
Prévalence contraceptive par catégorie socioéconomique, 2008-2011

Pourcentage de femmes utilisant la planification familiale



Source : *MICS Ghana 2011* (Calverton, MD : ICF International, 2012); *EDSBF-MICS IV Burkina Faso 2010* (Calverton, MD : ICF International, 2012); et Donna Clifton, Toshiko Kaneda, et Lori Ashford, *Family Planning Worldwide 2008* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008).

Prévalence contraceptive par catégorie socioéconomique

Les tendances relatives à l'utilisation de la contraception par catégorie socioéconomique au niveau régional sont semblables aux tendances observées dans les trois pays (voir Figure 2). Au Ghana, la prévalence dans chacune des trois catégories (les plus pauvres, intermédiaires et les plus riches, selon les possessions des ménages) est plus élevée que les niveaux observés dans les trois catégories au niveau régional. En comparant la prévalence entre le quintile intermédiaire au Ghana et en Afrique de l'Ouest, la différence est de douze points de pourcentage supérieur. Cette différence peut être due à des variations dans les systèmes de santé, l'économie et les connaissances sur la planification familiale.

L'utilisation de la contraception par les catégories les plus riches au Ghana et au Burkina Faso est similaire (40 pour cent et 37 pour cent, respectivement), mais la différence entre les catégories les plus pauvres et les catégories à revenu intermédiaire dans ces pays est frappante. La proportion de personnes à revenu intermédiaire qui utilise des produits contraceptifs au Ghana est près de quatre fois plus élevée que celle des personnes de la même catégorie au Burkina Faso. Entre les catégories les plus pauvres, la prévalence est plus de trois fois plus élevée au Ghana qu'au Burkina Faso.

Il est également intéressant de noter la faible différence de prévalence contraceptive entre les catégories les plus

pauvres et les catégories intermédiaires au Mali. En revanche, la prévalence est beaucoup plus élevée parmi les femmes appartenant à la catégorie la plus riche.

Bien que les données régionales puissent être utiles pour faire des comparaisons sur les tendances dans le monde, elles ne montrent pas clairement les variations au niveau national ou infranational. Les tendances de la prévalence contraceptive, la variété des méthodes, l'utilisation de la planification familiale par catégorie socioéconomique et les besoins non satisfaits ne sont que quelques aspects permettant de mesurer la progression des efforts de planification familiale.

Remerciements

James Gribble est l'ancien vice-président des programmes internationaux au Population Reference Bureau. En septembre 2013, Angela Farmer et John F. May ont mis à jour cet article avec les données les plus récentes. Angela Farmer est une assistante de programme du Population Reference Bureau. John F. May est un spécialiste en résidence au PRB.

Référence

- 1 La Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), qui est communément considérée comme la région de l'Afrique de l'Ouest, est constituée de 15 pays. Le document du PRB *Family Planning Worldwide 2008* comprend la Mauritanie, 16e pays de la région, mais il n'est pas membre de la CEDEAO.



POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les **AIDE** à se servir de ces informations pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW Suite 520
Washington, DC 20009 USA

202 483 1100 **TÉLÉPHONE**
202 328 3937 **TÉLÉCOPIEUR**
popref@prb.org **COURRIEL**

SEPTEMBRE 2013

PAR JAMES GRIBBLE

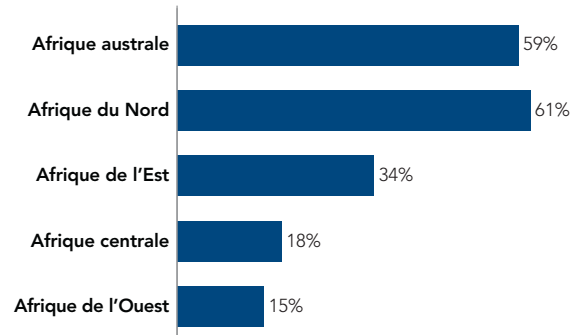
LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST

Depuis de nombreuses années, les bailleurs de fonds et les gouvernements concentrent leur attention sur la planification familiale en Afrique de l'Ouest, tant pour améliorer la santé maternelle et infantile que pour renforcer le développement économique. Cependant, vu l'ampleur prise par la pandémie du VIH-Sida dans la région, la planification familiale a enregistré une réduction de ces efforts. La plupart des experts reconnaissent que l'Afrique subsaharienne est en transition et enregistre une réduction du nombre de naissances par femme, encore que le recours à la planification familiale demeure aujourd'hui relativement faible. Le mariage précoce, la pression sociale pour avoir beaucoup d'enfants et un accès limité à l'éducation sont au nombre des facteurs qui empêchent la fécondité de diminuer plus rapidement.¹

Les experts de la planification familiale adoptent souvent une perspective régionale et se réfèrent à la région de l'Afrique de l'Ouest comme un tout, mais cette perspective risque de masquer les fluctuations de la prévalence, la répartition des différentes méthodes et les caractéristiques des clients d'un pays à l'autre. Ces moyennes sont utiles pour comparer l'Afrique de l'Ouest à d'autres régions, car elles fournissent des informations au niveau macro, alors que d'autres facteurs, tels que l'économie, la gouvernance et le fardeau de la maladie, constituent des déterminants importants de l'utilisation de la contraception au niveau individuel. Cependant, lorsque l'on examine les variations à l'intérieur d'une région, notamment aux niveaux national ou sous-national ou encore au sein de groupes spécifiques, comme les résidents des zones rurales, les pauvres ou les jeunes, on obtient une idée beaucoup plus claire de la manière dont les efforts de planification familiale fonctionnent dans différents contextes.

Prévalence contraceptive en Afrique, par région

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant un contraceptif



Notes : Ces pourcentages incluent les femmes mariées ou en union libre. Afrique du Nord : Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Soudan, Tunisie. Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo. Afrique de l'Est : Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Somalie, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe. Afrique centrale : Angola, Cameroun, Congo, Gabon, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tome et Principe, Tchad. Afrique australe : Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland.

Source : Carl Haub et Toshiko Kaneda, *World Population Data Sheet 2013* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2013).

L'Afrique de l'Ouest dans son contexte

Au cours des quinze dernières années, l'utilisation de la planification familiale par les femmes mariées en Afrique de l'Ouest est passée de 6,3 pour cent à 15 pour cent.² Bien que les taux d'utilisation de la planification familiale aient plus que doublé, l'Afrique de l'Ouest demeure en retard par rapport aux autres régions de l'Afrique, comme l'indique la figure ci-dessous.

L'emploi de la planification familiale reste faible, donnant un taux moyen extrêmement élevé de

naissances par femme dans la région, soit 5,6. Qui plus est, étant donné la jeunesse de la population de l'Afrique de l'Ouest, le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants devrait augmenter jusqu'à près de 81 millions en 2015. La combinaison de cette forte fécondité et du nombre croissant de femmes en âge d'avoir des enfants présente un cadre idéal pour une croissance démographique rapide soutenue et crée des défis considérables pour répondre aux différents besoins de chacun des groupes.

Les contraceptifs oraux : l'approche régionale la plus commune à la planification familiale

Alors que 15 pour cent de femmes mariées utilisent la planification familiale en Afrique de l'Ouest, 10,5 pour cent de femmes mariées utilisent une méthode moderne. En d'autres termes, moins d'une femme mariée sur dix âgée de 15 à 49 ans se sert d'une méthode moderne et efficace de planification familiale, et la grande majorité ne fait rien pour éviter une grossesse.

La méthode la plus utilisée dans la région reste le contraceptif oral. Ensuite viennent les contraceptifs injectables, les préservatifs et l'abstinence périodique. Le tableau ci-dessous illustre la prévalence de l'utilisation des contraceptifs par méthode dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest.

Bien que les taux d'utilisation des contraceptifs demeurent relativement faibles, 28 pour cent des femmes de la région

Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant la planification familiale, par méthode, 2007-2010

	SÉNÉGAL	BURKINA FASO	LIBÉRIA
Méthode Moderne	12%	15%	10%
Pilule	4,1%	3,2%	3,8%
DIU	0,6%	0,3%	0,2%
Préservatifs	0,6%	1,6%	1,6%
Méthode Traditionnelle	1%	1,2%	1,2%

Sources : Sénégal EDS-MICS 2010-2011 (Calverton, MD: ICF International, 2012) ; Burkina Faso EDSBF-MICS IV 2010 (Calverton, MD, ICF International, 2012) ; et Libéria DHS 2007 (Calverton, MD: ICF International, 2008).



en âge d'avoir des enfants ont indiqué qu'elles préféreraient éviter une grossesse, mais elles n'utilisent aucune méthode de planification familiale. C'est ce que l'on appelle les besoins non satisfaits de planification familiale. Sept sur dix de ces femmes souhaitent espacer leurs grossesses. Elles voudraient avoir des enfants plus tard, dans l'avenir et souhaitent donc reporter leur prochaine grossesse. Une proportion plus modeste de femmes (trois sur dix) a indiqué qu'elles préféreraient en fait ne plus tomber enceintes et souhaitent limiter le nombre de leurs enfants.

Les taux d'utilisation de la planification familiale sont plus faibles chez les femmes pauvres que chez leurs homologues des groupes plus aisés, comme c'est souvent le cas pour divers services de santé. Pour évaluer les tendances d'utilisation de la planification familiale entre les différents groupes économiques, nous divisons les femmes en cinq groupes — représentant chacun 20 pour cent du total — en fonction de leur richesse (mesurée en fonction des biens appartenant au ménage). Dans le groupe le plus pauvre des femmes de la région, quatre pour cent seulement utilisent des services de planification familiale sous une forme ou une autre, modernes ou traditionnels. Par contre, 20 pour cent des femmes du groupe le plus riche ont recours à la planification familiale. Bien que les taux de prévalence soient cinq fois plus élevés que pour le groupe le plus pauvre, ils demeurent faibles au sein du groupe le plus riche en Afrique de l'Ouest comparé à d'autres régions. En Afrique australe, par exemple, le taux de prévalence au sein du groupe le plus riche est de 69 pour cent.

Remerciements

James Gribble est l'ancien vice-président des programmes internationaux au Population Reference Bureau. En septembre 2013, Angela Farmer et John F. May ont mis à jour cet article avec les données les plus récentes. Angela Farmer est une assistante de programme du Population Reference Bureau. John F. May est un spécialiste en résidence au PRB.

Références

- John Caldwell et Pat Caldwell, *Fertility Transition in sub-Saharan Africa* (communication présentée à la Conférence on Fertility and the Current South African Issues of Poverty, HIV/AIDS and Youth, Pretoria, South Africa, Oct. 24, 2002).
- Carl Haub et Toshiko Kaneda, *World Population Data Sheet 2013* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2013).

POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les **AIDE** à se servir de ces informations pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW Suite 520
Washington, DC 20009 USA
202 483 1100 **TÉLÉPHONE**
202 328 3937 **TÉLÉCOPIEUR**
popref@prb.org **COURRIEL**