

Hans-Peter Kohler

Frederick J. Warren, Professeur de démographie,
Département de sociologie et Associé de
recherche, Population Studies Centre
University of Pennsylvania

Jean Patrick Alfred

Conseiller technique, Secrétaire d'État à la Population
Ministère de la Santé Publique et de la Population

Analyse des coûts et des avantages

Coûts et Avantages de l'Expansion des services de santé reproductive sexuelle en Haïti



Design by Etelka Prosper - identity@gmail.com



Coûts et avantages de l'expansion des services de santé reproductive sexuelle en Haïti

Haïti Priorise

Hans-Peter Kohler

*Frederick J. Warren Professeur de démographie, Département de sociologie et Associé de recherche,
Population Studies Centre
University of Pennsylvania*

Version préliminaire de travail en date du 12 Avril, 2017.

Traduit de l'anglais par Matthieu Graux, traducteur professionnel

© 2017 Copenhagen Consensus Center

info@copenhagenconsensus.com

www.copenhagenconsensus.com

Cet ouvrage a été produit dans le cadre du projet Haïti Priorise.

Ce projet est entrepris avec le soutien financier du gouvernement du Canada. Les opinions et interprétations contenues dans cette publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Canada

Certains droits réservés



Cet ouvrage est disponible sous la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)). Selon les termes de la licence Creative Commons Attribution, vous êtes libre de copier, distribuer, transmettre et adapter ce travail, y compris à des fins commerciales, dans les conditions suivantes :

Attribution

Veillez citer l'ouvrage comme suit : #NOM DE L'AUTEUR#, #TITRE DU RAPPORT#, Haïti Priorise, Copenhagen Consensus Center, 2017. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

Contenu d'un tiers

Copenhagen Consensus Center ne possède pas nécessairement chaque élément du contenu figurant dans l'ouvrage. Si vous souhaitez réutiliser un élément de l'ouvrage, il est de votre responsabilité de déterminer si l'autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Par exemple les tableaux, les illustrations ou les images font partie de ces éléments mais ne s'y limitent pas.

CONTEXTE	1
TENDANCES DEMOGRAPHIQUES EN HAÏTI	3
RENDRE LE PLANNING FAMILIAL ACCESSIBLE A TOUS	10
CONSIDERATIONS RELATIVES A LA RENTABILITE DE L'EXPANSION DES SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET GENESIQUE EN HAÏTI.....	16
REMARQUES	24
REFERENCES.....	25

Contexte

Les trajectoires démographiques sont actuellement plus diverses qu'au milieu et à la fin du 20^e siècle. Les pays riches d'Europe, d'Asie et d'Amérique font face à un vieillissement rapide de leur population, tandis que les pays d'Afrique et certains pays d'Asie se préparent à la plus grande cohorte de jeunes que le monde ait connu. Et de nombreux pays parmi les plus pauvres du monde, en particulier en Afrique subsaharienne, continuent de faire face à une mortalité précoce, à une fécondité élevée et à des besoins souvent non satisfaits en matière de contraception.¹ À la lumière de ces transformations démographiques, le *Rapport de la Consultation Thématique Mondiale sur la Dynamique des Populations* des Nations Unies (FNUAP, DAES, ONU-HABITAT, OIM 2013) souligne trois aspects centraux de la manière dont la dynamique des populations affecte le programme de développement pour l'après-2015 :

1. *La dynamique des populations est au centre des principaux défis de développement du XXI^e siècle et doit donc être abordée dans le programme de développement pour l'après-2015.*
2. *Les tendances démographiques (croissance de la population, vieillissement de la population, migration et urbanisation) représentent à la fois d'importants défis de développement et des opportunités ayant des implications directes et indirectes sur le développement social, économique et environnemental.*
3. *La démographie n'est pas une fatalité. Les politiques respectueuses des droits et tenant compte des différences entre les sexes peuvent traiter et exploiter la dynamique des populations.*

En accord avec ces vastes implications de changement démographique pour le développement humain et économique, une analyse antérieure du Consensus de Copenhague pour **la population et la démographie** (Kohler et Behrman 2014) a souligné que l'expansion des services de santé sexuelle et génésique (« **Rendre le planning familial accessible à tous** ») était une priorité élevée, afin de parvenir à un accès universel aux services de santé sexuelle et génésique d'ici 2030, et d'éliminer les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne d'ici 2040. Les ratios

avantage-coût pour l'expansion des services de santé sexuelle et génésique sont susceptibles d'être très élevés, peut-être supérieurs à 90 dans les pays à forte fécondité en Afrique subsaharienne. Dans d'autres contextes, les ratios avantage-coût seraient probablement plus faibles car la transition démographique a déjà progressé, mais resteraient tout de même très favorables. Les estimations des avantages et des coûts de l'expansion des services de santé sexuelle et génésique en Haïti, détaillés ci-dessous, suggèrent que les avantages dépassent considérablement les coûts d'investissement dans ces services (Tableau 1) : les ratios avantage-coût dépassent 23 si l'avenir est actualisé à un taux de 3% par an et reste supérieur à 17 avec un taux d'actualisation de 5% par an.

Tableau 1 : Bénéfices, coûts et ratios avantage-coût (RAC) pour développer les services de santé sexuelle et génésique en Haïti

Valuation of DALYs	Intervention	Discount	Benefit	Cost	BCR	Quality of Evidence
1 x GDP per capita	Fully meet demand for modern contraceptive methods	3%	543,593	23,638	23.00	Moderate
		5%	357,091	20,185	17.69	
		12%	105,585	12,905	8.18	
3 x GDP per capita	Fully meet demand for modern contraceptive methods	3%	556,036	23,638	23.52	Moderate
		5%	364,157	20,185	18.04	
		12%	107,346	12,905	8.32	
8 x GDP per capita	Fully meet demand for modern contraceptive methods	3%	587,145	23,638	24.84	Moderate
		5%	381,823	20,185	18.92	
		12%	111,747	12,905	8.66	

Benefits and costs are in million Gourdes

Bien que nos analyses se concentrent sur la « quantité de population », nous soulignons que la « qualité de la population » (ou le capital humain), comprenant des aspects tels que la santé et l'éducation, est un aspect important de la dynamique des populations qui est essentiel pour relever les défis des futurs changements démographiques, pour promouvoir les droits de l'homme et l'égalité des sexes et pour atteindre les avantages de la dynamique des populations en matière de développement social, économique et environnemental. La qualité de la population doit donc être considérée comme une composante inhérente de la dynamique des populations et, dans certains domaines (par exemple les politiques relatives au vieillissement de la population) les politiques liées à la qualité de la population visant à accroître l'apprentissage et

l'adaptabilité tout au long de la vie et à atténuer les effets des maladies chroniques sont des politiques principales. Étant donné que les aspects de la qualité de la population sont abordés dans d'autres documents du Consensus de Copenhague, nous nous concentrerons ici principalement sur la quantité de population, y compris des aspects spécifiques de la croissance de la population et de la structure par âge de la population.

Tendances démographiques en Haïti

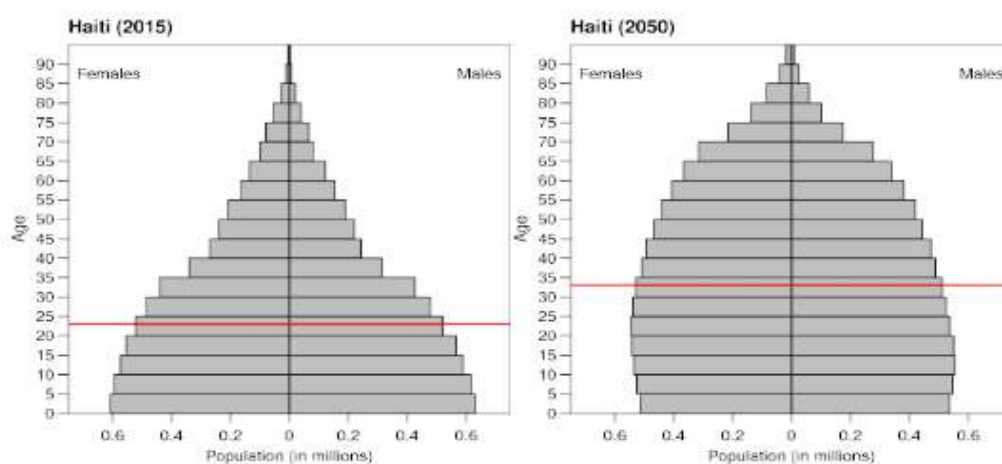
Haïti, avec une population actuelle de 10,8 millions de personnes, est un exemple important pour illustrer l'évaluation du Centre du Consensus de Copenhague des domaines prioritaires concernant la démographie et de la dynamique des populations.² Haïti est le pays le plus pauvre d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), avec près de 80 pour cent de la population vivant avec moins de 2 dollars américains par jour et 54 pour cent vivant avec moins de 1 dollar par jour. La densité de population est d'environ 390 personnes par kilomètre carré et la population est concentrée le plus fortement dans les zones urbaines (52%) ainsi que dans les plaines et les vallées côtières.

Les développements démographiques, économiques et sociaux d'Haïti au cours des 50 dernières années ont été affectés par une instabilité politique extrême, une violence généralisée et un niveau élevé de discrimination sexiste. Tout cela a eu des implications importantes sur la capacité du pays à répondre aux besoins en matière de santé et de planning familial de sa population (Bertrand et al., 2015; Ward et al., 2015). Haïti a également été immensément affecté par la dégradation écologique dans les campagnes et la vulnérabilité aux catastrophes nationales, notamment les tremblements de terre, les ouragans et les inondations. Le séisme dévastateur de 2010, par exemple, a tué environ 250 000 personnes, blessé 300 000 et a fait au moins un million de sans-abris. Ce séisme a été un événement charnière qui a eu un impact majeur sur la situation actuelle d'Haïti (Kent 2010), y compris en ce qui concerne la santé génésique. Les analyses des conséquences du tremblement de terre, ont montré, par exemple, que l'exposition au tremblement de terre a réduit l'utilisation des contraceptifs injectables (la méthode contraceptive moderne la plus répandue en Haïti) et a augmenté le nombre de grossesses (désirées ou non) car il a augmenté les besoins non satisfaits des femmes en matière

de planning familial, a réduit l'accès aux préservatifs et peut-être aussi la capacité des femmes à exiger l'utilisation du préservatif dans leurs relations (Behrman et Weitzman 2016).

Un rapport récent examinant les accomplissements de 50 ans de planning familial en Haïti (Ward et al., 2015) décrit quelques-uns des énormes défis restants : le taux de fécondité d'Haïti reste le plus élevé de la région Amérique Latine et Caraïbes, malgré le fait qu'il soit passé de 4,8 en 1994 à moins de 3 en 2015 (d'après les World Population Prospects (Perspectives de la population mondiale) de l'ONU de 2015 ; une enquête DHS de 2012 a estimé le taux de fécondité à 3,5). Comme dans d'autres contextes, l'éducation a une forte influence : les femmes ayant suivi un enseignement supérieur (enseignement secondaire et au delà) ont en moyenne 2,6 enfants contre 5,4 enfants pour celles qui ont arrêté l'école avant le secondaire ; on observe un gradient similaire en ce qui concerne la richesse des ménages ; les femmes dans le quintile de richesse le plus bas (les 20% les plus pauvres) ont près de trois fois plus d'enfants (5,7) que les femmes dans le quintile de richesse le plus élevé (1,9). Bien que le taux de prévalence des contraceptifs moderne d'Haïti (MCPR) ait considérablement augmenté, passant de 13,2% en 1994 à 31,3% en 2012, il reste le plus bas de la région d'Amérique latine et des Caraïbes. Les besoins non satisfaits en matière de planning familial demeurent à l'un des niveaux les plus élevés du monde, avec plus de 35% de la population ayant des besoins non satisfaits en matière de planning familial : 20% ont besoin de limiter les naissances et 16% ont besoin d'espacer les naissances. Les problèmes d'approvisionnement, les facteurs socio-économiques et les problèmes socio-culturels relatifs à la fécondité et à la procréation ont contribué à ce niveau persistant de besoins non satisfaits. Ces niveaux élevés de besoins non satisfaits, ainsi que la pauvreté généralisée et le manque d'accès continu à l'éducation et aux soins de santé, ont contribué à un taux élevé de mortalité infantile de 59 décès/1000 naissances vivantes. Bien que ce taux de mortalité infantile ait enregistré une nette amélioration au cours de la dernière décennie (79 décès pour 1000 naissances en 2007) il est plus de trois fois supérieur au taux global qui prévaut dans la région Amérique latine et Caraïbes et s'apparente beaucoup aux taux d'Afrique subsaharienne. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Haïti est de 88 décès pour 1 000 naissances vivantes, et le taux estimé de mortalité maternelle est de 380 décès/100 000 naissances vivantes.

Figure 1 : Pyramide des Âges pour Haïti, 2015 et 2050)



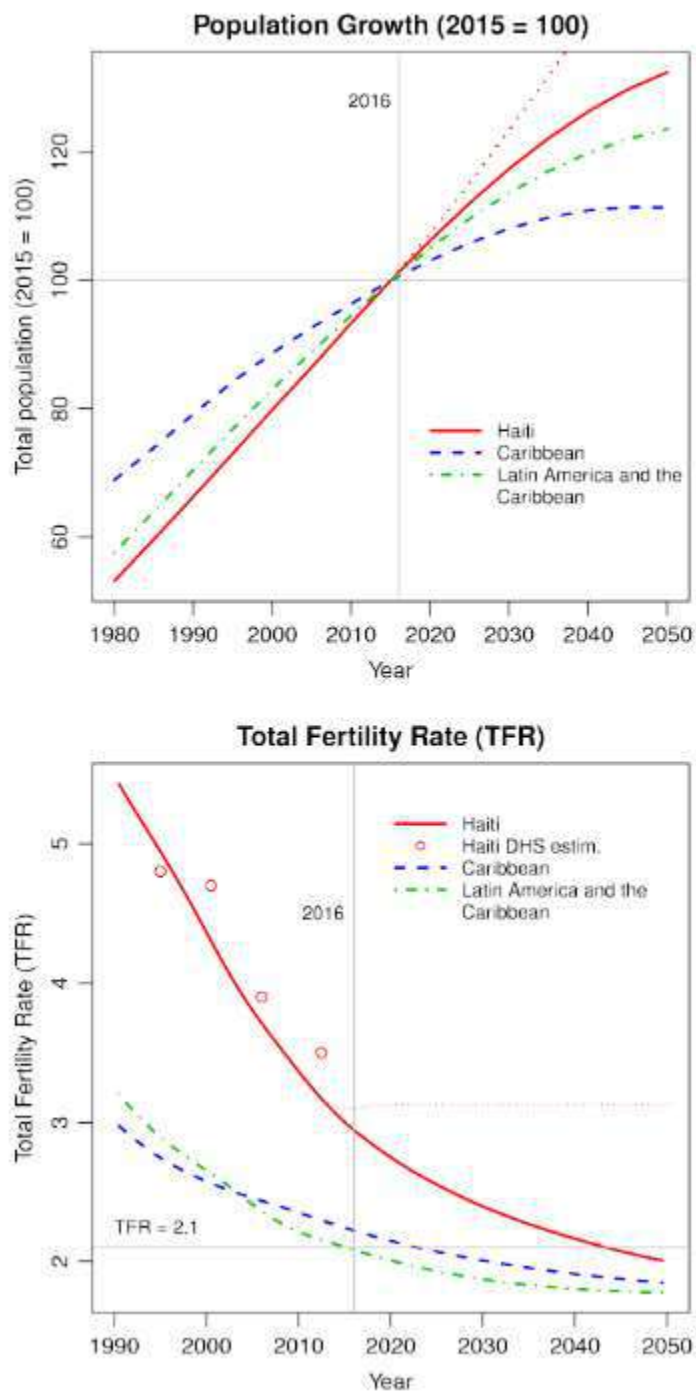
Source: World Population Prospects 2015 (Variante moyenne)

Pourtant, la fécondité et la demande de planning familial évoluent rapidement, en particulier chez les jeunes femmes. Par exemple, le taux de fécondité des adolescentes est passé de 86/1000 naissances en 2000 à 66/1000 naissances en 2012, avec une utilisation de contraceptifs modernes multipliée par trois chez les femmes de 15 à 19 ans en union, passant de 7,1% en 2000 à 24,0% en 2012. Toutefois, en raison de l'évolution des préférences en matière de fécondité, cette augmentation du taux de prévalence contraceptive a eu peu d'effet sur les besoins non satisfaits de ce groupe d'âge, qui est resté inchangé à plus de 55% entre les enquêtes DHS de 2000 et 2012. Cette persistance élevée de besoins non satisfaits malgré une forte augmentation de l'utilisation de contraceptifs suggère que les désirs de la taille de la famille ont changé, alors que la connaissance et l'accès aux méthodes contraceptives n'ont pas suivi.

La figure 1 montre la pyramides des âges actuelle et la pyramide projetée de 2050 en Haïti, et la figure 2 montre la croissance démographique totale par rapport à la croissance démographique des Caraïbes et à celle de l'Amérique latine et des Caraïbes cumulée,³ ainsi que la tendance du taux de fécondité total d'Haïti (une mesure du nombre total d'enfants nés d'une femme au cours de sa vie). Les rapports de dépendance d'Haïti (total, jeunes et personnes âgées) sont tracés sur la figure 3.

Comme beaucoup d'autres pays de la région, les prochaines décennies apporteront leur lot de transformations de la population d'Haïti avec des implications importantes pour le développement humain et économique. L'espérance de vie devrait continuer à augmenter relativement rapidement : de 50,8 ans en 1980, à 63,1 ans actuellement et 71,3 ans prévue en 2050. La structure de la pyramide des âges passera d'une population encore relativement jeune à une population caractérisée par un vieillissement modéré, avec une tranche de la population âgée de plus de 65 ans passant de 4,6% actuellement à 10%, tandis que la tranche de la population de moins de 15 ans passera de 34% à 23%. Mais clairement, même en 2050, Haïti n'aura pas une structure reflétant une population « *vieille* », comme celles prévues d'ici 2050 dans de nombreux pays développés ou plusieurs pays d'Amérique latine où un vieillissement rapide et important est prévu au cours des prochaines décennies.

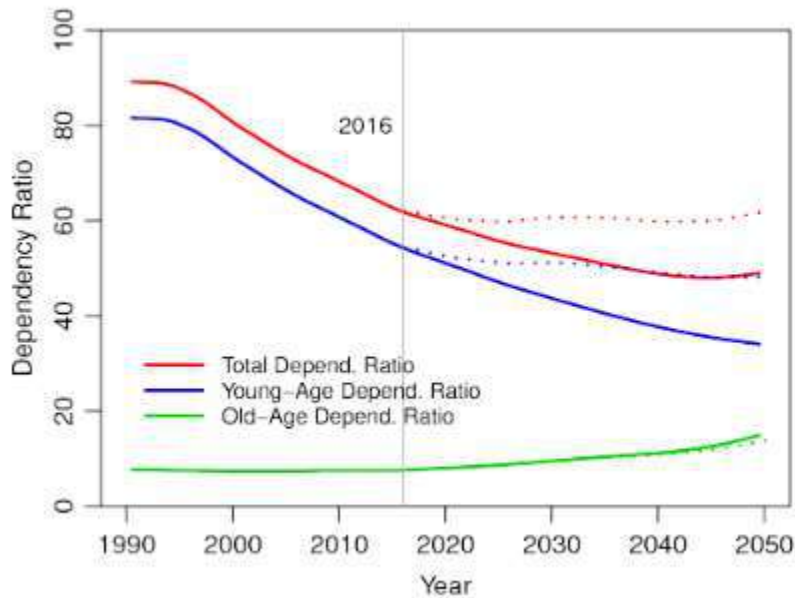
Figure 2 : Croissance démographique et indice synthétique de fécondité (ISF) pour Haïti 1980-2050



Source : Perspectives démographiques mondiales des Nations Unies 2015 (Variante moyenne)

Remarques : Lignes pleines : variante moyenne de l'ONU; Lignes en pointillés : Variante de fécondité constante de l'ONU avec l'ISF d'Haïti restant à 3,13 jusqu'en 2050

Figure 3 : Rapports de dépendance : total, personnes âgées et jeunes pour Haïti, 1990-2050



Source : Perspectives démographiques mondiales des Nations Unies 2015

Remarques : Lignes pleines : variante moyenne de l'ONU ; Lignes en pointillés : Variante de fécondité constante de l'ONU avec l'ISF d'Haïti restant à 3,13 jusqu'en 2050

Après avoir culminé à environ 2,3-2,4% par an lorsque la population d'Haïti était d'environ 6 millions à la fin des années 1980, la croissance démographique, actuellement estimée à environ 1,25% devrait diminuer jusqu'à atteindre moins de 0,5% d'ici 2050 lorsque la population devrait dépasser les 14 millions. La population d'Haïti aura alors augmenté de 30% par rapport à son niveau actuel, ce qui, en termes relatifs, est à peu près égal à la croissance de la population mondiale entre aujourd'hui et 2050, mais beaucoup plus que la croissance démographique des Caraïbes ou de la région Amérique latine et Caraïbes dans la même période. Un facteur important contribuant à ce ralentissement de la croissance démographique est le déclin de l'ISF, qui est passé de 5,5 en 1970 à environ 3 en 2015, soit une baisse d'environ 2,5 enfants par femme (selon les Perspectives de la population mondiale de l'ONU 2015, une enquête DHS de 2012 estime un ISF de 3,5). Dans le même temps, les investissements pour les enfants ont augmenté, comme en témoigne l'augmentation du taux d'alphabétisation des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) d'environ 50% au début des années 1980 à 70-80% ces dernières années (Banque Mondiale 2017). Alors que les perspectives de la population des Nations Unies prédisent une baisse de l'ISF jusqu'à passer en deçà du seuil de remplacement d'ici 2050, les

taux actuels de besoins non satisfaits élevés et les résultats de santé génésique médiocres, indiquent que ce déclin continu de l'ISF exige des investissements importants dans les services de santé sexuelle et génésique et dans le planning familial. Si l'ISF se stabilisait à son niveau actuel, autour de 3 enfants par femme, la croissance de la population future serait nettement plus rapide et la population de 2050 atteindrait plus de 17 millions, contre 14,1 millions dans l'hypothèse d'un déclin continu de l'ISF (figure 2)

Ces grandes tendances de dynamique des populations se situent dans la cellule du centre en haut du tableau de la taxonomie de la quantité et de la qualité de la population de la figure 4 : bien que Haïti ait progressé de manière importante dans la transition de la fécondité et que la croissance démographique ait atteint un pic il y a 2-3 décennies, le pays a encore des niveaux de capital humain relativement élevés et est en retard par rapport à d'autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes en ce qui concerne la baisse de fécondité, les améliorations sanitaires et l'augmentation du capital humain.

Figure 4 : Taxonomie de la quantité et de la qualité de la population

		Late Stages in Demographic Transition and Population Quantity		
		High Fertility, High Population Growth	Potential "Demographic Dividend"	Post-Transition Older Population Structure
Population Quality (Health, Nutrition, Education)	Low	Much of Sub-Saharan Africa	Much of South Asia Haïti	
	Medium		Most of Latin America, Caribbean and parts of South-East Asia	Much of East Asia
	High			Most OECD countries

Adapté de: Behrman et Kohler (2014).

Le défi actuel et futur pour Haïti est de récolter les avantages du *dividende démographique* (Bloom et al. 2002), c'est-à-dire le processus par lequel une structure d'âge favorable avec une grande partie de la population en âge de travailler peut faciliter un développement économique

rapide. Le fait qu'Haïti puisse y parvenir de manière efficace dépendra à la fois de la dynamique de la population et des changements de la qualité de la population au cours des prochaines décennies.

Rendre le planning familial accessible à tous

L'expérience d'Haïti est un bon exemple pour comprendre l'importance des investissements soutenus dans les services de santé sexuelle et génésique. L'efficacité du programme de planning familial qui a contribué au déclin de la fécondité au cours des années 1970 et 1980 (figure 2) est largement reconnue. Ce programme familial a commencé dans les années 1960 avec un soutien solide des secteurs privé et public pour un programme national de planning familial intégré au programme de santé communautaire des nations (Ward et al., 2015). La part du déclin de la fécondité d'Haïti directement imputable à ce programme est discutable, tout comme dans d'autres pays, mais son rôle clé dans la baisse de la fécondité est largement reconnu.

Pourtant, l'instabilité politique et la violence des années 80 ont provoqué un renversement de cet engagement en matière de planning familial ; le Conseil National du Planning Familial a été dissous, le projet de sensibilisation au planning familial de la section publique a pris fin et les soutiens financiers à de nombreux services de santé sexuelle et génésiques ont été transférés vers des organisations internationales. De plus, au début des années 1980, les premiers cas d'infection par le VIH ont été diagnostiqués en Haïti et, à la fin des années 1980, le financement lié au VIH/SIDA avait dépassé celui du planning familial alors que le gouvernement et ses ONG partenaires luttent pour contenir l'épidémie qui se propageait rapidement (Ward et al., 2015). Bien que des améliorations ont eu lieu plus récemment, les bouleversements politiques à répétition en Haïti ainsi qu'une faiblesse économique qui s'est poursuivie dans les années 2000 ont continué d'affecter les efforts visant à améliorer la santé et la vie des Haïtiens en général et la santé génésique et le planning familial en particulier. Par conséquent, Haïti n'a pas été en mesure d'égaliser les résultats des autres pays de la région ALC en ce qui concerne la consolidation de la santé de la population et les progrès dans les services de santé sexuelle et génésique qui ont eu lieu au cours des années 2000.

Le tremblement de terre de 2010 et ses conséquences ont été un tournant décisif, car le système d'infrastructure et de santé déjà fragile d'Haïti a été gravement affecté par l'énorme séisme qui a frappé en janvier 2010. Plus de 250 000 personnes ont été tuées et plus d'un million ont été déplacées à l'intérieur du pays. Parmi les bâtiments détruits figuraient le Ministère de la Santé, l'école nationale des sages-femmes et l'école d'infirmières, ainsi que la moitié de tous les établissements de santé du secteur public, ce qui les a souvent rendu complètement inutilisables. En outre, de nombreux prestataires médicaux et professionnels de santé ont été tués, dont 14% des employés du Ministère de la Santé (Roberts, 2010).

Outre les défis généraux liés au maintien des prestations de services de santé après la catastrophe, un défi majeur fut de fournir des services de santé sexuelle et génésique et de planning familial aux personnes vivant dans des camps de personnes déplacées. Bien que le planning familial soit fréquemment ignoré au lendemain des catastrophes, ce ne fut pas le cas en Haïti ; les organisations soutenues par l'USAID et les associations membres de l'IPPF (Fédération internationale pour le planning familial) fournissaient des services de planning familial dès les premiers jours suivant le tremblement de terre et un effort coordonné des organisations internationales a fait en sorte d'assurer une prestation continue de services de planning familial malgré les défis dominants (Ward et al., 2015).

Pourtant, malgré ces efforts, il existe des preuves basées sur des comparaisons des enquêtes DHS de 2005 et 2012 selon lesquelles le tremblement de terre aurait eu des conséquences négatives directes et indirectes importantes sur la santé génésique. Plus précisément, Behrman et Weitzman (2016) montrent que l'exposition à un tremblement de terre de grande ampleur a eu un effet négatif sur l'utilisation de contraceptifs injectables, la méthode contraceptive la plus utilisée en Haïti, et un effet positif sur les grossesses en cours et les grossesses non désirées en cours. Bien que certains aspects de la santé génésique, tels que l'utilisation générale de la contraception moderne, continuèrent de s'améliorer pendant la période suivant le tremblement de terre de 2010, cela cache une hétérogénéité importante. Cette augmentation de l'utilisation de contraceptifs pourrait refléter une tendance de l'utilisation de contraceptifs modernes à la

hausse ayant commencé avant le séisme ou pourrait être attribuée à la forte présence d'ONG suite au séisme.

Les voies par lesquelles le tremblement de terre a affecté la santé génésique ont souvent été indirectes. Behrman et Weitzman (2016) montrent que l'accès réduit aux services de contraception et de planning familial a probablement joué un rôle dans la diminution de l'utilisation des contraceptifs injectables et d'autres méthodes de contraception modernes suite au séisme. Cependant, une exposition accrue au tremblement de terre a également augmenté les besoins non satisfaits en matière de contraception et une diminution significative des connaissances quant aux endroits où se procurer des préservatifs. Le tremblement de terre a également eu des effets négatifs sur la capacité des femmes à négocier l'utilisation du préservatif, soulignant l'importance de promouvoir l'utilisation de méthodes contraceptives réversibles de longue durée que les femmes peuvent contrôler indépendamment de leurs partenaires. Cependant, rien ne prouve que le tremblement de terre a affecté les préférences de fécondité d'une manière qui soit cohérente avec l'augmentation des grossesses observée. Dans l'ensemble, les analyses de Behrman et Weitzman (2016) suggèrent que l'augmentation de la fécondité suite au séisme et la réduction de l'utilisation de contraceptifs en Haïti sont plus susceptibles d'être attribuables à la diminution de la disponibilité des contraceptifs et à la capacité des femmes de négocier l'utilisation du préservatif ou d'utiliser des contraceptifs.

En réponse aux tendances ci-dessus, Haïti relance son programme de planning familial et tente de profiter de la coopération des organisations internationales. Le récent rapport sur les 50 ans de planning familial en Haïti résume la perspective pour les prochaines décennies comme suit : « *Il reste beaucoup à faire en matière de santé génésique et de planning familial. Les besoins non satisfaits de 35,3% pour l'ensemble des femmes et de 56,6% pour les adolescentes en union signalés dans l'enquête DHS de 2012 témoignent d'un besoin profond de services [de planning familial] plus larges. Les études qualitatives auprès des femmes indiquent que l'accès à des contraceptifs abordables et à des soins de santé généraux demeure une préoccupation majeure pour nombre d'entre elles* » (Ward et al., 2015). Les efforts visant à atténuer ces préoccupations, comprennent, par exemple, une politique de 2013 stipulant que la prestation de services de

planning familial gratuits est requise dans tous les établissements de santé, y compris les infirmeries sur les lieux de travail. De plus, les prestataires de soins de santé sont tenus d'encourager les femmes avec plus de deux ou trois enfants à envisager une méthode contraceptive à action prolongée et divers programmes d'éducation sur le planning familial ont été conçus et mis en œuvre. Le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale pour 2013-16 a également intégré le planning familial comme élément central pour atteindre deux objectifs.

- Réduire, d'ici 2016, le taux de mortalité maternelle (à 400 pour 100 000 naissances vivantes) et le taux de mortalité néonatale (à 20 pour 1 000 naissances vivantes) en offrant des services obstétricaux et néonataux de base à environ 2,6 millions de femmes en âge de procréer, en particulier aux 250 000 à 300 000 femmes enceintes dont 30 000 souffrent de complications obstétriques et qui bénéficieraient de soins et de supervision dispensés par du personnel qualifié.
- Offrir des services de santé génésique intégrés dispensés par du personnel qualifié, notamment des informations et des conseils sur les problèmes du planning familial, de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, du traitement de la violence sexiste à l'égard des femmes et des filles. Tout cela en tenant compte des différences de genre et de culture.

Haïti espère ainsi raviver certains de ses succès passés, tant en matière de réduction de la fécondité, qu'en matière de création d'avantages individuels, sociaux et économiques qui pourraient découler d'une amélioration de la santé sexuelle et génésique, y compris de la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité et la morbidité des nourrissons et des enfants, l'augmentation des niveaux de capital humain, l'amélioration de la santé sexuelle (en particulier en ce qui concerne le VIH) et éventuellement de la contribution à des objectifs de développement économique plus larges. Ce rapport fournit des preuves relatives à l'efficacité de ces efforts et indique les ratios avantage-coût probables que l'on pourrait espérer atteindre avec de tels investissements dans les programmes de planning familial en Haïti.

Il ne serait pas judicieux d'évaluer les programmes de planning familial principalement en se basant sur la croissance démographique. Des perspectives plus larges axées sur les droits de l'homme et tenant compte de l'égalité des sexes sont nécessaires. Le Secrétaire général de l'ONU, par exemple, a souligné que « *protéger et promouvoir les droits des jeunes et investir dans une éducation de qualité, des moyens de subsistance efficaces, un accès à des services de santé sexuelle et reproductive, y compris une éducation sexuelle complète, ainsi que des possibilités d'emploi, sont des missions nécessaires pour développer leur résilience et créer les conditions dans lesquelles ils peuvent développer leur plein potentiel* » (FNUAP 2014). L'élargissement de l'accès au planning familial est une composante importante d'un programme politique aussi vaste basé sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes. Un document récent a souligné que les programmes de planning familial (en plus de réduire la fécondité et la mortalité maternelle et infantile) sont susceptibles d'entraîner des niveaux d'éducation plus élevés, des améliorations de la santé générale des femmes, une augmentation de la participation à l'emploi et des gains des femmes, une augmentation de la santé des enfants (au-delà de la réduction de la mortalité infantile) et une augmentation du capital humain des enfants (Kohler 2013, Miller et Babiarz 2016). Dans un contexte comme celui d'Haïti, où la fécondité a déjà diminué considérablement par rapport à son apogée, ces avantages en matière de bien-être des enfants et des femmes sont susceptibles d'être des avantages dominants. Les répercussions sur la croissance démographique sont un peu moins importantes, mais à long terme, les contributions potentielles à un dividende démographique peuvent néanmoins contribuer de manière importante aux avantages des investissements continus dans les services de santé sexuelle et génésique.

Nos analyses antérieures pour le projet du Consensus de Copenhague suggèrent des ratios avantage-coût (RAC) de plus de 90 pour les programmes de planning familial dans les pays à forte fécondité, dont environ un tiers peut être attribué à la réduction de la mortalité infantile et maternelle et deux tiers à l'augmentation des revenus résultant du dividende démographique. La plupart de ces pays à forte fécondité auxquels s'applique cette estimation sont situés en Afrique subsaharienne et même si les besoins non satisfaits n'y sont pas nécessairement plus élevés

qu'en Haïti, ces pays ont souvent des taux de mortalité maternelle et infantile plus élevés et connaissent une croissance démographique beaucoup plus rapide qu'Haïti.

Dans les pays à forte fécondité, ces RAC élevés se produisent car la réduction de la croissance démographique due à l'élargissement des programmes de planning familial peut grandement aider les pays à bénéficier du dividende démographique. Mais en ce qui concerne la structure par âge, Haïti (et d'autres pays de la région) est déjà relativement bien positionné (Figures 1 et 3), et s'apprête à bénéficier encore davantage d'un ratio de dépendance global en déclin (et donc à augmenter la part de la population en âge de travailler) si ses tendances de fécondité suivent la prévision des Nations Unies (Figure 2). Il ne faut pas pour autant prendre pour acquise la projection de l'ONU quant à la fécondité moyenne, et si les niveaux de fécondité restaient constants avec environ 3 enfants par femme, ces avantages potentiels d'un dividende démographique seraient considérablement réduits (Lignes en pointillés sur la figure 3). Des investissements soutenus voire élargis dans le domaine des services de santé sexuelle et génésique seront nécessaires et le planning familial devra être intégré dans le cadre du programme de santé et de développement d'Haïti. Il ne faut pas non plus se tromper quant à l'ampleur des effets globaux des dividendes démographiques en ce qui concerne la réduction de l'écart de revenus entre les pays les moins développés et d'autres pays en développement ou même développés. Bien que les effets globaux des programmes de planning familial contribuent de manière substantielle et favorable au ratio avantage-coût des programmes de planning familial, les effets globaux sont trop faibles pour que ces programmes réduisent de manière significative les inégalités de revenus mondiales ou remplacent d'autres politiques de développement. Il semble plus judicieux de vouloir intégrer les programmes de planning familial à d'autres politiques de développement, y compris celles qui ciblent les problèmes de santé génésique tels que le VIH/SIDA ou d'autres maladies infectieuses (y compris en particulier celles qui réduisent la mortalité infantile) et/ou des politiques de développement qui contribueraient à créer l'environnement institutionnel permettant de capter le dividende démographique découlant de la réduction de la croissance démographique et des changements dans la structure de l'âge de la population susceptibles de se produire au cours des prochaines décennies.

Considérations relatives à la rentabilité de l'expansion des services de santé sexuelle et génésique en Haïti

La recherche au cours des deux dernières décennies a considérablement renforcé les arguments en faveur des programmes de planning familial, en documentant, par exemple, les effets importants de ces programmes pour la réduction de la fécondité, l'augmentation de l'éducation féminine (des mères), l'amélioration de la santé générale des femmes et de la survie à plus long terme, l'augmentation de la participation des femmes à la force de travail et de leurs gain, l'amélioration de la santé des enfants et l'augmentation du capital humain des enfants (Bongaarts 2016; Ezeh et al. 2012; Kohler 2013; Miller et Babiarz 2016). Obtenir des estimations raisonnablement fiables des avantages, des coûts et des ratios avantage-coût de ces programmes reste néanmoins très difficile, compte tenu d'une pléthore de problèmes d'estimation, d'une connaissance limitée des coûts du programme et d'une tâche encore plus difficile d'évaluer les avantages micro et macroéconomiques de ces programmes. Et, dans la mise en œuvre des programmes de planning familial, de nombreuses questions liées à la conception optimale de ces programmes sont évidemment importantes (Mwaikambo et al. 2011; Population Council 2012; Prata 2009), notamment l'intégration adéquate des programmes de planning familial avec d'autres interventions de santé, l'ajustement aux contextes locaux spécifiques, les besoins potentiels d'un renforcement des systèmes de santé et la combinaison des programmes de planning familial avec des campagnes d'information, une communication pour faire changer les comportements et des conseils interpersonnels.

Les avantages des services élargis dans le domaine de la santé sexuelle et génésique considérés comme faisant partie de nos analyses sont basés sur les considérations suivantes :

Tout d'abord, les avantages découlant du fait que les programmes de planning familial peuvent réduire les dépenses en programmes sociaux en raison d'une croissance de la taille des cohortes de naissance moins rapide, et faire faire des économies grâce à un besoin réduit d'expansion du système scolaire, l'éducation, la mise en œuvre de programmes de vaccination ou la prestation de soins de santé pour les enfants. Cependant, ces économies peuvent être potentiellement

trompeuses en ce qui concerne la réduction des coûts sociaux si les programmes de planning familial résultent également (comme le suggère une grande partie de la littérature récente) en des changements dans la demande de qualité de vie des enfants (y compris, par exemple, la santé et l'éducation scolaire des enfants) et en l'augmentation de l'éducation féminine. Étant donné que l'effet net n'est pas clair, nous ne tenons pas compte de ces avantages dans nos calculs de ratios avantage-coût. Le développement des services de santé sexuelle et génésique sont également susceptibles de contribuer de manière importante à la réduction des infections sexuellement transmissibles et, en particulier, d'aider à endiguer l'épidémie de VIH/SIDA dans des pays comme Haïti. Cependant, les avantages de ces programmes de planning familial dépassent la portée de ces analyses et sont considérés comme faisant partie des analyses du Consensus de Copenhague axées sur le VIH/SIDA.

Deuxièmement, les avantages des programmes de planning familial se produisent car la réduction de la fécondité, l'espacement des naissances et l'éventuelle réduction des naissances non désirées sont susceptibles de réduire la mortalité infantile et maternelle, et réduire les naissances qui présentent un risque élevé pour l'enfant et/ou pour la mère (pour un examen détaillé, voir Kohler 2013). Ces avantages doivent toutefois être évalués avec prudence, car il est souvent difficile de distinguer à quel point ces changements de mortalité et de santé maternelles et infantiles reflètent l'impact causal de l'expansion des programmes de planning familial sur la mortalité maternelle et infantile.

Troisièmement, nos analyses ont mis l'accent sur le fait que les programmes de planning familial, en plus de réduire la fécondité et la mortalité maternelle et infantile connexes, sont susceptibles d'entraîner des niveaux plus élevés d'éducation des femmes, des améliorations de la santé générale des femmes, une augmentation de la participation des femmes à l'emploi et une augmentation de leurs salaires, une amélioration de la santé des enfants (au-delà de l'effet sur la réduction de la mortalité infantile) et l'augmentation du capital humain des enfants. Plusieurs de ces facteurs affecteront la croissance économique et seront donc considérés comme faisant partie des avantages considérés ci-dessous. Et bien que ces conséquences soient susceptibles d'être désirables d'un point de vue politique au-delà de leurs contributions à la croissance

économique, nous ne tiendrons pas compte des avantages supplémentaires du programme de planning familial (cycle de vie, distribution, inter-génération) en raison des difficultés à les évaluer dans le cadre de ce rapport.

Quatrièmement, et pour finir, les avantages des programmes de planning familial à grande échelle peuvent résulter des changements de la dynamique des populations et, en particulier, de la réduction des taux de croissance démographique, de la proportion de la population en âge de travailler et de l'augmentation des niveaux de capital humain et de la participation des femmes à l'emploi résultant d'une réduction de la fécondité au cours des prochaines décennies. Il est important de souligner que ces effets globaux des programmes de planning familial, comme de nombreuses autres interventions de santé (Bleakley 2010), sont susceptibles d'être faibles à la lumière des grandes différences de revenus entre les pays moins développés ou entre les pays les moins développés et les plus développés. Plusieurs études récentes suggèrent que la réduction des taux de croissance démographique de 1 pourcent dans les pays avec une fécondité actuellement élevée peut entraîner une augmentation du taux de croissance du PIB par habitant d'environ 1 pourcent (Ashraf et al. 2013; Karra et al., 2017 Kohler 2013). Cet effet de la réduction de la croissance démographique sur le développement économique est environ deux fois plus élevé que l'effet suggéré dans le rapport du Conseil National de Recherches (1986) sur *la Croissance Démographique et le Développement Économique*. Compte tenu de l'incertitude des modèles sous-jacents, des connaissances encore limitées sur les interactions population-développement et des limites des estimations empiriques existantes, qui ont fait l'objet d'une discussion longue et parfois animée, cette découverte n'est qu'une règle de base ou un calcul approximatif. Néanmoins, si cette estimation selon laquelle la réduction des taux de croissance démographique de 1 pourcent dans les pays à la fécondité actuellement élevée pourrait entraîner une augmentation du taux de croissance du PIB par habitant d'environ 1 pourcent est précise, cela suggérerait des ratios avantage-coût considérables pour les programmes de planning familial étant donné que cette modeste augmentation de la croissance économique est maintenue sur de longues périodes. Il peut donc être justifié d'intégrer les programmes de planning familial à d'autres politiques de développement (Behrman et Kohler 2014), y compris celles qui ciblent les problèmes de santé génésique tels que le VIH/SIDA ou

d'autres maladies infectieuses (en particulier celles qui réduisent la mortalité infantile/juvénile) et/ou des politiques de développement qui contribueraient à créer l'environnement institutionnel pour capter le dividende démographique découlant de la réduction de la croissance démographique et des changements dans la structure de l'âge de la population susceptibles de se produire au cours des prochaines décennies.

Plus précisément, notre estimation des ratios avantage-coût du Tableau 1 repose sur les hypothèses suivantes :

- Les besoins non satisfaits en matière de planning familial en Haïti sont estimés à 35% (Haiti DHS 2013)
- En l'absence d'estimations propres à chaque pays, les coûts nécessaires pour satisfaire les besoins actuellement non satisfaits en matière de planning familial sont tirés du Tableau 2.1 de Singh et al. (2014) *Bilan : les coûts et les avantages de l'investissement dans le planning familial et la santé maternelle et néonatale*, qui fournit une évaluation globale du coût total de l'expansion des services de planning familial. Les analyses suggèrent que l'expansion des services de santé sexuelle et génésique pour satisfaire 100% des besoins des pays non développés nécessiterait des dépenses de 9,1 milliards de dollars par année, contre 4,1 milliards de dollars actuellement. Cela donne un coût annuel de 23,60 \$US par femme ayant un besoin de planning familial non satisfait.
- En multipliant ce coût par le nombre de femmes ayant des besoins non satisfaits en Haïti, le coût annuel total s'élève à 1,543 million de gourdes pour couvrir les besoins de planning familial non satisfaits en Haïti. Les coûts des années à venir dépendront des changements des désirs de fécondité et donc de la demande en planning familial, des changements de la taille de la population et de la structure par âge, ainsi que des changements des taux de mariage et de capital humain. Ces facteurs interagissent et, en l'absence d'estimations détaillées des besoins non satisfaits de planning familial en Haïti, nous supposons que les mêmes dépenses seront consacrées pour une période de 20 ans pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de planning familial sur la période 2016-35.

- Les avantages liés à la mortalité infantile et maternelle dus à la satisfaction des besoins non satisfaits en matière de planning familial ont été obtenus à partir de deux calculs alternatifs, qui ont tous deux donnés des résultats relativement proches. La première méthode est utilisée pour les calculs du Tableau 1.

1. Les avantages liés à la mortalité infantile et maternelle dus à la satisfaction des besoins non satisfaits en matière de planning familial sont obtenus en supposant que le développement des services de santé sexuelle et génésique affecte principalement l'espacement des naissances et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. La mortalité maternelle est réduite en raison de la diminution du nombre de naissances et d'avortements. L'effet de l'augmentation de l'intervalle de naissance sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans est obtenu par l'intermédiaire du gradient observé dans la mortalité des enfants moins de 5 ans dans l'enquête DHS Haïti 2012 (par exemple, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 145 pour 1000 naissances vivantes chez les enfants nés moins de 2 ans après l'enfant précédent, contre 102 pour 1000 naissances vivantes pour les enfants nés plus de 2 ans après la naissance précédente). On suppose que les femmes qui expriment un besoin de planning familial pour des raisons d'espacement des naissances retarderaient la fécondité, bénéficiant ainsi de la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les besoins non satisfaits réduiraient également la fécondité car les femmes qui expriment un besoin de planning familial pour arrêter de procréer n'auraient pas d'enfants supplémentaires. La réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans chez les enfants dont la naissance est repoussée est incluse dans les bénéfices pour les calculs du RAC dans le Tableau 1, alors que la mortalité des enfants de moins de 5 ans résultant d'une diminution du nombre de naissances n'est pas prise en compte.

2. Pour vérifier l'exactitude des calculs ci-dessus, utilisés pour les RAC dans le Tableau 1, nous avons également obtenu les avantages de la mortalité infantile et

de la mortalité maternelle dus à la réponse aux besoins non satisfaits en matière de planning familial basés sur des évaluations dans Singh et al. (2014) sur les avantages et les coûts du développement des services de santé sexuelle et génésique. Ces calculs ne sont pas spécifiques à Haïti et concernent les pays moins développés en général (D'après la Division de la population des Nations Unies 2015). L'avantage de ces calculs est qu'ils reposent sur une méthodologie intégrée qui fait le lien entre l'utilisation de contraceptifs et les résultats en matière de fécondité et de mortalité, qu'ils reflètent la méthode de contraception prépondérante et qu'ils utilisent des informations sur la cause du décès pour estimer les effets du développement du planning familial sur la mortalité infantile et maternelle. Les analyses dans Singh et al. (2014) suggèrent que satisfaire les besoins de planning familial d'une femme ayant des besoins non satisfaits évite en moyenne 0,0022 enfants et 0,00031 décès maternel, dans les pays moins développés. En supposant que ces taux s'appliquent à Haïti, ce qui est une hypothèse plausible étant donné la population actuelle et les tendances sanitaires en Haïti et dans les pays moins développés en général, les AVCI correspondantes et l'évaluation monétaire de ces avantages sont calculés sur la base des recommandations du Consensus de Copenhague. On suppose que les avantages demeurent constants sur la période 2016-35. Les RAC résultants sont présentés dans le Tableau A.1 de l'annexe.

- Les avantages démographiques liés aux dividendes résultant du développement des services de santé sexuelle et génésique sont intrinsèquement difficiles à évaluer. Plusieurs analyses récentes ont étudié la relation entre les besoins non satisfaits et le niveau de fécondité total (par exemple, Casterline et El-Zeini 2014, Garrido et Quiroga 2016), et indiquent une forte corrélation entre la réduction des besoins non satisfaits et la diminution de la fécondité. Il est pourtant peu probable que ces estimations reflètent une relation causale. Nos analyses sont basées sur l'hypothèse quelque peu conservatrice selon laquelle le fait de répondre aux besoins non satisfaits en matière de planning familial en Haïti réduirait la fécondité (ISF) d'environ 0,5, ce qui reflète, dans une certaine

mesure, la différence entre les prévisions de fécondité moyenne et faible (ou entre les prévisions moyenne et haute) dans la projection World Population Prospect de l'ONU pour Haïti. Selon cette hypothèse, la croissance démographique en Haïti serait réduite de 0,5% au cours des 20 prochaines années. Le taux de fécondité d'Haïti ayant considérablement diminué par rapport aux pays pour lesquels des analyses détaillées des dividendes démographiques ont été obtenues (Ashraf et al. 2013; Karra et al., 2017), nous supposons que l'effet de la diminution de la croissance démographique sur le dividende démographique sera moins important que dans les pays ayant un fort taux de fécondité. Nos analyses reposent sur l'hypothèse que le fait de satisfaire les besoins non satisfaits en matière de planning familial en Haïti augmenterait la croissance économique par habitant de 0,25% par rapport à l'hypothèse de base ; la croissance supplémentaire étant due à l'accélération du changement de la structure par âge de la population et d'une accélération des réponses comportementales à la fécondité réduite qui se produirait autrement.

- Nos estimations suggèrent que les avantages du développement des services de santé sexuelle et génésique en Haïti dépassent considérablement les coûts d'investissement dans ces services (Tableau 1) : les ratios avantage-coût dépassent 23 si l'avenir est actualisé à 3% par an et reste supérieur à 17 si l'avenir est actualisé à 5% par an. Ces ratios avantage-coût seraient réduits, mais resteraient très largement supérieurs à 1, même si les avantages liés aux dividendes démographiques sont ignorés.
- Certains avantages supplémentaires non pris en compte dans nos calculs, tels que les contributions à la réduction des infections par le VIH, tendent à accroître davantage les avantages et les ratios avantage-coût de l'investissement dans la santé sexuelle et génésique.
- Bien que la preuve des avantages positifs multiples résultant du développement du planning familial et des services de santé sexuelle et génésique se soit considérablement renforcée au cours des dernières années (Kohler 2013; Miller et Babiarz 2016), les calculs spécifiques des RAC dans le Tableau 1 reposent sur des hypothèses solides alors des éléments spécifiques liés au contexte sont souvent absents. De plus, bien que plusieurs études aient analysé les contributions causales de l'amélioration des services de santé

sexuelle et génésique sur les résultats de santé maternelle et infantile, les hypothèses spécifiques faites dans les calculs ci-dessus sont basées sur des études d'observation et ne reflètent pas nécessairement les relations de causalité. Dans l'ensemble, les calculs du Tableau 1 doivent donc être considérés comme étant, au mieux, de qualité *modérée*.

Remarques

1 Les besoins non satisfaits sont un concept utilisé par les démographes pour mesurer le nombre ou la proportion de femmes qui sont fécondes et sexuellement actives, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception malgré le fait qu'elles déclarent ne pas vouloir plus d'enfants ou vouloir retarder la naissance de l'enfant suivant.

2 Les indicateurs de tendance démographique, de fécondité et de planning familial présentés dans cette section sont obtenus auprès de la Division de la Population de l'ONU (2015) et de Ward et al. (2015).

3 La région des Caraïbes comprend Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les Bahamas, la Barbade, les Îles Vierges britanniques, les Pays-Bas caribéens, les Îles Caïmans, Cuba, Curaçao, la Dominique, la République dominicaine, la Grenade, la Guadeloupe, Haïti, la Jamaïque, la Martinique, Montserrat, Porto Rico, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Saint Martin (partie néerlandaise), Trinité-et-Tobago, les Îles Turques-et-Caïcos et les îles Vierges américaines. L'Amérique latine comprend le Belize, le Costa Rica, le Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, l'Amérique du Sud, l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur, les îles Falkland, la Guyane française, le Guyana, le Paraguay, le Pérou, le Suriname, l'Uruguay et le Venezuela.

Références

- Ashraf, Q. H., Weil, D. N. and Wilde, J. (2013). The effect of fertility reduction on economic growth. *Population and Development Review* 39(1): 97—130. doi:10. 1111/j.1728-4457.2013.00575.x.
- Behrman, J. A. and Weitzman, A. (2016). Effects of the 2010 Haiti earthquake on women's reproductive health. *Studies in Family Planning* 47(1): 3—17. doi:10. 1111/j.1728-4465.2016.00045.x.
- Behrman, J. R. and Kohler, H.-P. (2014). Population quantity, quality, and mobility. In: Allen, F., Behrman, J. R., Birdsall, N., Fardoust, S., Rodrik, D. et al. (eds.), *Towards a Better Global Economy: Policy Implications for Global Citizens in the 21st Century*, Oxford, UK: Oxford University Press, 2014.
- Bertrand, J. T., Ward, V. and Santiso-Gálvez, R. (2015). Family planning in latin america and the caribbean: The achievements of 50 years. Measure Evaluation, Chapel Hill, NC, URL https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-_15-_101.
- Bleakley, H. (2010). Health, human capital, and development. *Annual Review of Economics* 2(1): 283—310. doi:10.1146/annurev.economics.102308.124436.
- Bloom, D. E., Canning, D. and Sevilla, J. (2002). *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Bongaarts, J. (2016). Development: Slow down population growth. *Nature* 530(7591): 409—412. doi:10.1038/530409a.
- Casterline, J. B. and El-Zeini, L. O. (2014). Unmet need and fertility decline: A comparative perspective on prospects in sub-saharan africa. *Studies in family planning* 45(2): 227—245. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00386.x.
- Ezeh, A. C., Bongaarts, J. and Mberu, B. (2012). Global population trends and policy options. *Lancet* 380(9837): 142—148. doi:10.1016/S0140-6736(12)60696-5.

- Garrido, J. F. and Quiroga, D. E. (2016). Fertility decline and changes in unmet need in countries of Latin America and the Caribbean. Unpublished conference presentation, URL http://www.ipops.fr/fichier/rte/9/MUTADEMO%2022%20-%2023%20SEPTEMBRE%202016/PRESENTATIONS/session%201/Presentation_Fertility%20decline_FantaQuiroga.pdf.
- Haiti DHS (2013). *Haiti DHS, 2012 - Key Findings (English, French)*. Measure DHS. URL <http://dhsprogram.com/publications/publication-SR199-Summary-Reports-Key-Findings.cfm>.
- Karra, M., Canning, D. and Wilde, J. (2017). The effect of fertility decline on economic growth in Africa: A macrosimulation model. *Population and Development Review* doi:10.1111/padr.12009.
- Kent, M. M. (2010). Earthquake magnifies Haiti's economic and health challenges. Population Reference Bureau, Washington, D.C., URL <http://www.prb.org/Publications/Articles/2010/haiti.aspx>.
- Kohler, H.-P. (2013). Population growth. In: Lomborg, B. (ed.), *Global Problems, Smart Solutions: Costs and Benefits*, Cambridge, MA: Cambridge University Press, 510—580. Working paper version available at http://repository.upenn.edu/psc_working_papers/34.
- Kohler, H.-P. and Behrman, J. R. (2014). Population and demography: Benefits and costs of the population and demography targets for the post-2015 development agenda. Copenhagen Consensus Project: Post-2015 Consensus, URL <http://www.copenhagenconsensus.com/post-2015-consensus/populationanddemography>.
- Miller, G. and Babiarz, K. S. (2016). Family planning program effects: Evidence from microdata. *Population and Development Review* 42(1): 7—26. doi:10.1111/j.1728-4457.2016.00109.x.
- Mwaikambo, L., Speizer, I. S., Schurmann, A., Morgan, G. and Fikree, F. (2011). What works in family planning interventions: A systematic review. *Studies in Family Planning* 42(2): 67—82. doi:10.1111/j.1728-4465.2011.00267.x.

- National Research Council (1986). *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Population Council (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: The Population Council.
- Prata, N. (2009). Making family planning accessible in resource-poor settings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 364(1532): 3049—3065. doi:10.1098/rstb.2009.0162.
- Roberts, R. (2010). *Responding in a Crisis: The Role of National and International Health Workers -- Lessons from Haiti*. London: Merlin.
- Singh, S., Darroch, J., Ashford, L. and Vlassoff, M. (2014). Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. Guttmacher Institute Report, URL http://www.unfpa.org/adding-_it-_up.
- UN Population Division (2015). World Population Prospects, the 2015 revision: Key findings. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, URL <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.
- UNFPA (2014). *ICPD Beyond 2014 Global Report*. New York, NY: United Nations. URL <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/ICPDReport>.
- UNFPA, UNDESA, UN-HABITAT, IOM (2013). *Population Dynamics in the Post-2015 Development Agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Population Dynamics*. United Nations. URL <http://www.worldwewant2015.org/file/313464/download/340868>.
- Ward, V., Santiso-Gálvez, R. and Bertrand, J. T. (2015). Family planning in haiti. the achievements of 50 years. Measure Evaluation, Chapel Hill, NC, URL https://www.measureevaluation.org/resources/publications/sr-_15-_118h.
- World Bank (2017). World Bank Open Data: Free and Open Access to Global Development Data. Accessed March 2017, URL <http://data.worldbank.org/>.

Vulgarisation de la méthode du collier
une méthode traditionnelle pour
l'augmentation des femmes qui utilisent
la planification familiale en Haïti en
utilisant le marketing social

Haiti Priorise

Dr Jean Patrick Alfred

Conseiller technique, Secrétaire d'État à la Population, Ministère de la Santé Publique et de la Population

Introduction

La population actuelle de la République d'Haïti est de 10,8 millions de personnes 76% de la population vivant avec moins de 2 \$ US par jour et 54% avec moins d'un dollar par jour. Cette évolution démographique, économique et sociale des 30 dernières années a été affectée par une instabilité politique extrême, ce qui a favorisé l'entrée de groupes religieux divers. Le tremblement de terre du 12 janvier 2010 quoiqu'il a provoqué plus de 300 000 morts n'a pas facilité par rapport au poids démographique. Des analyses des conséquences des tremblements de terre, par exemple, ont montré que l'exposition au tremblement de terre a réduit l'utilisation des injectables - la méthode contraceptive moderne la plus répandue en Haïti - et a augmenté la grossesse actuelle et les grossesses non désirées parce que le tremblement de terre a significativement augmenté les besoins non satisfaits des femmes en matière de planification familiale, ont réduit leur accès aux préservatifs et ont peut-être aussi affecté leur capacité à négocier l'utilisation du préservatif dans leurs partenariats (Behrman et Weitzman, 2016). Un rapport récent sur les réalisations de 50 ans de planification familiale en Haïti (Ward et al., 2015)

La problématique

La planification familiale a été le champ d'expérimentation d'étude et d'évaluation privilégié du marketing social, avec l'explosion démographique. Dans l'EMMUS V les données révèlent qu'un peu moins d'une femme sur trois (35%) a déclaré utiliser une méthode contraceptive soit 31% utilisent une technique moderne et 3% une méthode traditionnelle. Le condom féminin (82 %), la stérilisation masculine (44 %), le DIU (35 %) et surtout la pilule du lendemain (19 %) sont les méthodes les moins connues par les femmes. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate que la proportion de femmes qui en ont entendu parler est un peu plus faible que les méthodes modernes (89 % contre 100 %). C'est le retrait qui est la méthode la plus connue (83 %), suivie de la méthode du rythme (69 %). Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont par ordre décroissante les injections, le condom, la pilule, la stérilisation féminine et les implants tandis que les méthodes traditionnelles, le retrait est la plus utilisée. Une analyse sommaire de la clientèle semble démontrer que les tabous, la religion, les effets secondaires liés aux méthodes modernes ouvrirait le champ à la conception et la promotion de méthodes naturelles dont l'efficacité serait prouvée et qui constituerait une réponse aux besoins de ce groupe cible partageant ces caractéristiques communes. Ainsi il serait intéressant vu la place des églises dans la société haïtienne de lancer une campagne de marketing social d'une méthode naturelle de planification familiale « **la méthode du collier** » qui va dans le sens de la mission des églises et qui pourrait intéresser le groupe cible représenté par la population dont les convictions religieuses empêchent d'utiliser les techniques modernes de planification et dont le taux de fécondité est assez élevé.

Nous constatons que malgré le degré de connaissance très élevé de la contraception moderne en Haïti (99,8 %), la pratique demeure relativement faible et l'hypothèse serait à cause de la croyance d'une bonne partie de la population. Ainsi, la prévalence de la contraception moderne chez les femmes n'a augmenté que de 22 % en 2000 à 31 % en 2012. Cet indicateur accuse un retard par rapport à la prévalence de la contraception moderne moyenne en Amérique latine et dans les Caraïbes (67 %).

Ainsi nous nous proposons d'augmenter le nombre de personnes en union qui utilisent la méthode des jours fixes comme moyen de planification des naissances. Afin de réaliser un objectif de 15% des personnes en union qui utilisent la méthode des jours fixes nous nous proposons de sensibiliser et former 80% des leaders religieux sur la méthode de planification de naissance des jours fixes et en même temps nous assurer que 100% des prestataires offrent à leurs clients cette méthode qui ne sera pas refusée par les religieux.

Quels facteurs expliquent le constat actuel ? Quels sont les faits ?

Le niveau de connaissance des utilisatrices de méthodes contraceptives était très élevé 100% quelque soit la catégorie de femmes. En ce qui concerne la connaissance par méthode spécifique, on constate les femmes ont un peu moins fréquemment cité les méthodes traditionnelles que les méthodes modernes (83 % contre 100 %). La plus connue des trois méthodes traditionnelles demeure le retrait (76 %), suivie de la continence périodique (64 %) ; les méthodes populaires n'ont été citées que par 16% des femmes. Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, plus de 99 % des femmes en union connaissent au moins une méthode de contraception moderne ». **Source EMMUS 4**

Le constat est, qu'en dépit du niveau de connaissance très élevé des femmes en union sur les méthodes contraceptives, notamment les méthodes traditionnelles, leur utilisation reste relativement faible car il n'y a que 3% des femmes qui utilisent une méthode traditionnelle.

Facteurs expliquant le constat actuel

Il y a une faible implication des hommes dans les activités de santé de la reproduction en Haïti et ceci contribue à une faible utilisation des méthodes traditionnelles de contraception.

La conviction religieuse, les proscriptions de certaines religions, les préjugés et les tabous liés aux méthodes de contraceptions semblent être des barrières incontournables à une plus grande utilisation. Quand les leaders religieux proscrivent la planification familiale assez souvent ils omettent de préciser qu'ils acceptent les méthodes traditionnelles et d'en faire la promotion.

Et c'est ce qui nous interpelle car en agissant sur ce levier nous pouvons arriver à une augmentation des femmes qui utilisent la planification familiale et diminuer la fécondité.

Les programmes nationaux existants ont tendance à ne pas rendre disponible les méthodes traditionnelles et les prestataires n'en font généralement pas la promotion.

Mais il est important de comprendre que les méthodes traditionnelles sont exigeantes et l'utilisation incorrecte est associée à des taux de grossesses élevées et ceci est utilisé parfois par les opposants aux méthodes traditionnelles pour en faire la promotion. Les méthodes naturelles nécessitent une période d'apprentissage pour harmoniser sa vie sexuelle en fonction de son cycle et son projet d'enfant et c'est pourquoi qu'il faut vraiment une campagne de marketing social afin que la méthode devienne une méthode de choix des femmes.

Dans toute société les Règles admises, pas forcément formulées, doivent être respectées par tous les individus et Haïti n'est pas une exception à cette règle. Et il faut comprendre le poids de la famille avec ce dicton « pitit se riches » les enfants garantissent de la richesse et ceci parfois détermine les choix.

La religion dicte également les comportements. Les leaders religieux sont perçus comme le représentant de Dieu et ils ont de grands pouvoirs et peuvent influencer les comportements et les décisions dans une direction ou l'autre. Et ils n'ont aucun problème avec l'utilisation des méthodes traditionnelles contraceptives. Mais par contre les responsables de programmes nationaux utilisent très peu ces méthodes.

Le pouvoir de décision est le plus souvent entre les mains de l'homme. Cet aspect est contre nous parce que généralement l'abstinence périodique est mal perçue par les hommes haïtiens. « La femme n'a pas le droit de refuser son corps à son mari sauf pour des raisons de maladies et de grande fatigue » dit-on mais il y a eu beaucoup de progrès dans la lutte pour les droits des femmes en Haïti ce qui augmente la chance d'une telle stratégie.

Il y a une possibilité de diminuer le financement prévu pour les méthodes modernes de contraception car les méthodes naturelles couteront moins cher et particulièrement la méthode du collier.

75% de la population haïtienne vit avec moins de 2,5 dollars US par jour. et les femmes qui utilisent la PF sont de conditions socio-économiques élevées. (Entre 29 et 30 % dans les deux derniers quintiles) mais avec cette méthode du collier, la plupart des femmes étaient exclus par rapport à l'utilisation des méthodes modernes. Ceci nous permettra de briser le cycle de la pauvreté. Il y a une volonté politique pour le contrôle de la démographie en vue de stimuler la croissance économique et le Ministère de la Santé Publique et de la Population a fait des activités sur le repositionnement du planning familial et a même lancé une campagne de

planification familiale. Il existe même un arrêté présidentiel faisant obligation à toutes les institutions de proposer la planification familiale à toutes les femmes et c'est gratuit dans toutes les institutions publiques mais malheureusement cette gratuité est effective quand les intrants sont disponibles.

Existence et leçons apprises d'autres campagnes

Le pays organise souvent des campagnes pour la planification familiale mais malheureusement, ils n'ont jamais eu les résultats escomptés. Car ils ne prennent pas en compte les méthodes naturelles qui ne sont pas prohibé par les églises. Les autres programmes sont souvent réalisés pour satisfaire un bailleur sans aucune analyse de contexte. Ainsi il sera capital pour la santé reproductive si on arrive à intégrer les méthodes naturelles et particulièrement la méthode du collier.

Dans notre pays la communication autour des méthodes naturelles de régulation des naissances est très mal faite et ceci particulièrement par les personnels de santé. Et au lieu d'encourager l'utilisation de ses méthodes à moindre couts les professionnels de la santé les découragent en mettant l'accent sur le peu qu'ils ont retenu de leur formation que ces méthodes étaient non fiables. C'est ce que nous voulons révolutionner en encourageant les prestataires à proposer les méthodes naturelles qui sont reconnues par l'OMS. Ainsi nous pensons qu'en éduquant l'adolescent sur la physiologie du cycle menstruel, ce qui leur permettra de mieux maitriser leur corps et leur sexualité en identifiant la glaire cervicale, sa sensation à la vulve et son aspect, elles arriveront à identifier leur période fertile et ainsi avoir des comportements responsables. Ceci nous permettra d'augmenter la quantité de femme qui utilise une méthode de planification familiale à moindre cout et briser ainsi le cycle de la pauvreté.

Haïti fait face à des défis de développement économique et social parmi les plus importants au monde. Malgré un afflux d'aide à la suite du tremblement de terre de 2010, la croissance et le progrès continuent d'être minimums, au mieux. Avec autant d'acteurs et un large éventail de défis allant de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau potable à la santé, l'éducation, la dégradation de l'environnement et les infrastructures, quelles devraient être les premières priorités pour les décideurs, les donateurs internationaux, les ONG et les entreprises ? Avec un temps et des ressources limités, il est crucial que l'attention soit régie par ce qui fera le plus grand bien pour chaque gourde dépensée. Le projet Haïti Priorise travaillera avec les parties prenantes partout dans le pays pour trouver, analyser, classer et diffuser les meilleures solutions pour le pays. Nous impliquons les Haïtiens de toutes les parties de la société, par le biais des lecteurs de journaux, ainsi que des ONG, des décideurs, des experts de secteurs et des entreprises afin de proposer les meilleures solutions. Nous avons nommé quelques-uns des meilleurs économistes d'Haïti et du monde pour calculer les coûts et les avantages de ces propositions au niveau social, environnemental et économique. Cette recherche aidera à établir des priorités pour le pays grâce à une conversation à l'échelle nationale sur ce que sont les solutions intelligentes - et moins intelligentes - pour l'avenir d'Haïti.



Haïti Priorise

Un plan de **développement** alternatif

Pour plus d'informations visitez www.HaitiPriorise.com

C O P E N H A G E N C O N S E N S U S C E N T E R

Copenhagen Consensus Center est un groupe de réflexion qui étudie et publie les meilleures politiques et opportunités d'investissement basées sur le bien de la société (mesurées en dollars, mais en intégrant également par exemple : la protection de l'environnement, la santé et le bien-être) pour chaque dollar dépensé. Copenhagen Consensus a été conçu pour répondre à un sujet fondamental, mais négligé dans le développement international : dans un monde qui a une courte durée d'attention et des budgets limités, nous devons trouver des moyens efficaces pour faire le plus de bien au plus grand nombre. Copenhagen Consensus fonctionne avec plus de 300 des plus grands économistes au monde, y compris 7 lauréats du prix Nobel pour donner la priorité aux solutions des plus grands problèmes mondiaux, sur la base de l'analyse de données et du rapport coût-avantage.