

Evolution de la Fécondité et de la Planification familiale


A la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, tenue au Caire en 1994, 179 pays ont approuvé un Programme d'action qui recommandait une série de buts et d'objectifs interdépendants.

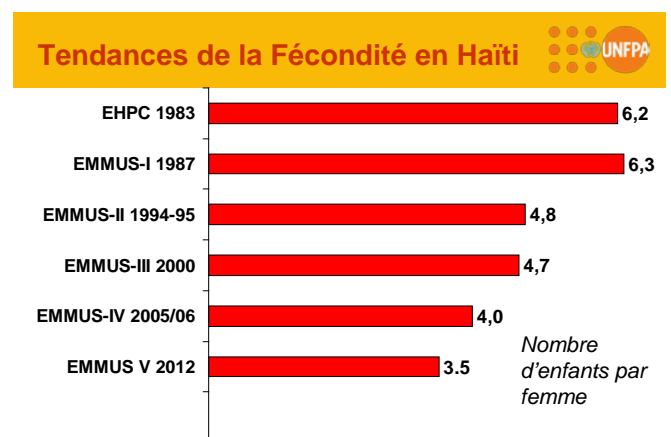
Principe 8 de la CIPD : « **Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale, qu'il soit capable d'attendre. Les Etats devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité. Les programmes de santé de la reproduction devraient offrir la plus vaste gamme possible de services sans aucun recours à la contrainte. Tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière** ».

TAUX BRUT DE NATALITE

Le Taux Brut de Natalité indique le nombre de naissances vivantes pour 1,000 habitants et intervient dans le calcul du taux d'accroissement (naturel et total) de la population. L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services de Santé (EMMUS V, 2012-13)) révèle un Taux Brut de Natalité de 27,8 ‰ à l'échelle nationale. Mais le niveau de la natalité s'élève, deux ans après le séisme, à 37,7‰ dans les camps des déplacés et à 29,4 ‰ en milieu rural. La valeur observée à l'échelle du pays dépasse de 2,5 points celle qui a été projetée en 2012 (23,5 ‰).

En lieu et place du Taux Brut de Natalité, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) se prête mieux à des comparaisons, puisque non affecté par la structure par âge de la population.

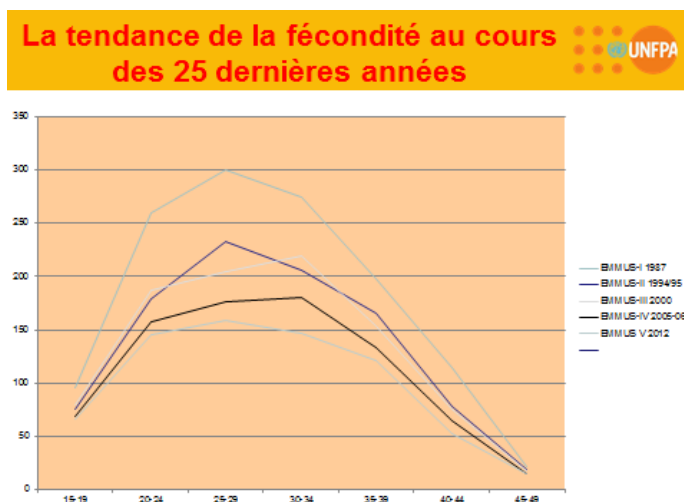
Taux Brut de Natalité 		
Taux Brut de Natalité	2005/2006	2012
Camps exclus	28.7	27.8
Dans les camps	-	37.7
Aire Métropolitaine de Port-au Prince (AMPAP)	24.4	24.8



FECONDITE

Le nombre moyen d'enfants par femme a diminué au cours des vingt-cinq dernières années, passant de 6,3 enfants par femme pendant la période 1950 - 1980¹ à 4,0 enfants par femme en l'an 2000 (EMMUS III et IV)². Sa valeur, en dépit de cette baisse constante, est la plus élevée de l'Amérique Latine et des Caraïbes et dépasse nettement la moyenne régionale qui se situe à 2,6 enfants par femme. Le recensement de 2003 avait déjà corroboré cette baisse récente de la fécondité et avait indiqué un niveau de 4,1 enfants par femme (2003), avec une variation différentielle de 3 à 5 entre le milieu urbain et le milieu rural.

Le nombre moyen d'enfants par femme est passé, au cours des vingt cinq dernières années, de 6,3 en 1987 (EMMUS I) à 3,5 en 2012 (EMMUS V), soit une réduction de 2,8 en termes absolus. Malgré cette baisse, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) en Haïti est le plus élevé de l'Amérique Latine et des Caraïbes. Il se situe nettement au dessus de la moyenne régionale estimée à 1,9. En référence à la valeur de 3,1 projetée en 2012 (IHSI / CELADE), le décalage est de 0,4 point. Il en résulte toutefois un supplément de l'ordre de 36,000 naissances. Il convient de souligner qu'il s'agit d'une fécondité de crise liée au contexte post-séisme caractérisé par la vulnérabilité sociale et économique des femmes (notamment des jeunes et des adolescentes) déplacées dans les camps et à travers des provinces où les ressources ont été déficitaires. Après le tremblement de terre, des cas de séparation physique entre les conjoints, des conditions précaires d'existence et de promiscuité augmentent l'exposition au risque de procréer. L'EMMUS V révèle toutefois un niveau de fécondité légèrement plus élevé dans les camps des déplacés, comparativement à la valeur moyenne : 3,6 contre 3,5. En milieu rural, l'ISF s'élève à 4,4 enfants par femme.



¹ CELADE, Boletín Demográfico, # 74. Tablas de Mortalidad, Julio 2004

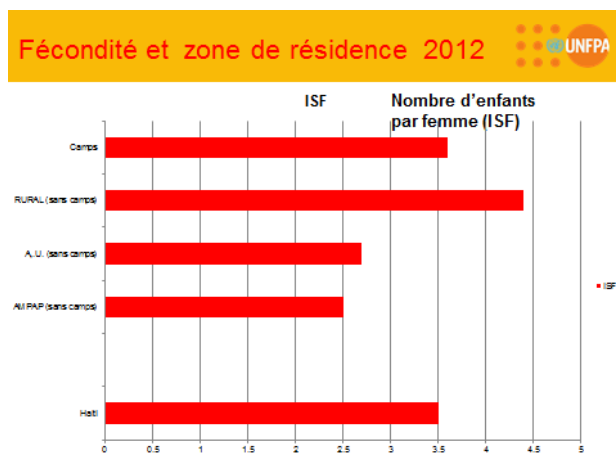
² IHE EMMUS III et IV

Cette baisse de la fécondité est confirmée à tous les âges, à l'exception de la fécondité adolescente.

FECONDITE ADOLESCENTE

La fécondité des adolescentes a connu, au cours des années récentes, une baisse lente, telle qu'illustrée très nettement à travers le graphique des taux de fécondité par âge aux différents EMMUS. De 80 pour mille en l'an 2000 (EMMUS III), le taux de fécondité des adolescentes est passé à 69 pour mille en 2005³ et à 66 pour mille en 2012 (EMMUS V), soit une diminution de 11 points pendant le premier quinquennat mais de 3 points pendant le second. Dans le contexte post-séisme, la fécondité des adolescentes a été particulièrement élevée dans les camps de déplacés, où elle a atteint 107 pour mille. Cette valeur, nettement supérieure à celle du milieu rural (78 par mille), représente, d'ailleurs, le double de celle de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (54 pour mille) et 2,5 fois plus que celle des autres villes (42 pour mille). La fécondité adolescente reste au-dessus de la moyenne régionale.

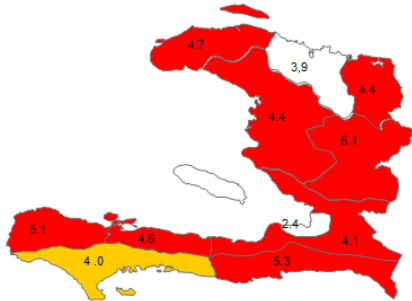
FECONDITE ET ZONE DE RESIDENCE



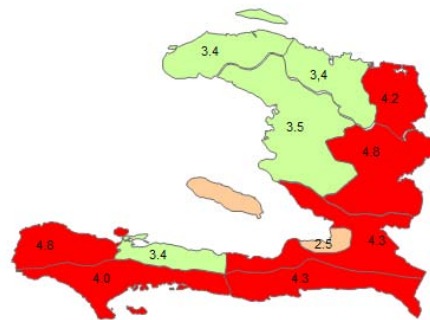
³ IHE EMMUS IV

La variation départementale de la fécondité montre une certaine diversité. Le Centre et la Grand'Anse continuent à avoir le niveau le plus élevé avec 4,8 enfants par femme, puis viennent ensuite l'Ouest et le Sud Est avec 4,3. Le Centre et le Sud Est sont les départements où la réduction a été la plus prononcée entre 2006 et 2012.

FECONDITE: VARIATION
GEOGRAPHIQUE (EMMUS IV -2005/06)

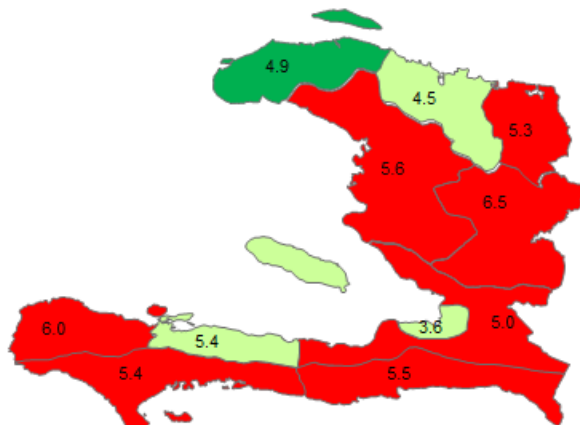


FECONDITE: VARIATION
GEOGRAPHIQUE (EMMUS V- 2012)



Concernant le nombre réel d'**enfants qu'ont eus** les femmes à la fin de l'âge reproductif, le niveau est plus élevé que la mesure théorique prévue en 2012, car il prend en compte une cohorte de femmes en fin d'âge reproductif. Le département du Centre, avec 6,5 enfants par femme, est suivi de la Grand Anse (6,0). Voir graphique suivant.

Parité ou Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 (EMMUS V)



PLANIFICATION FAMILIALE

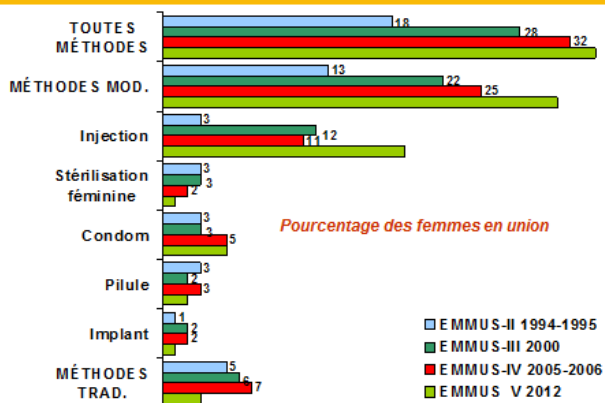
Malgré le degré de connaissance très élevé de la contraception moderne (99%), la pratique demeure relativement faible chez les femmes en union : 31,3% en 2012. Ces données, jointes au décalage entre la fécondité réelle et la fécondité désirée, illustrent très nettement des besoins insatisfaits en matière de procréation.

Parmi les femmes actuellement en union, 52% ont déclaré ne plus vouloir d'enfants en 2005-2006. Dans l'ensemble des femmes d'âge fertile (y compris 2,3% stérilisées), environ la moitié, soit 49%, ne désire plus d'enfant. « 47 % des naissances n'étaient pas souhaitées ou n'étaient pas voulues au moment où elles sont arrivées ». En 2012, la grande majorité des femmes (six sur dix) ayant déjà eu 2 enfants déclare ne plus vouloir d'enfants.

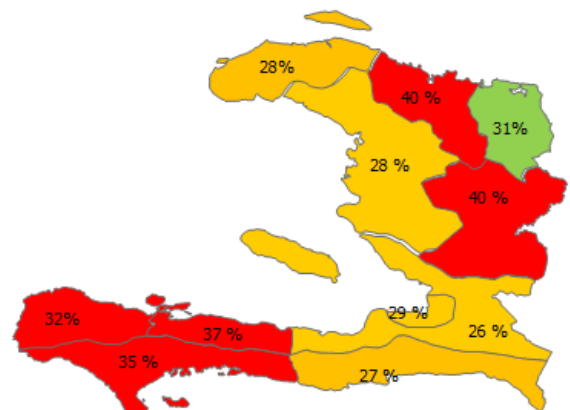
La variation géographique de l'utilisation actuelle (2012) de la contraception montre des différences très importantes d'un département à l'autre. Ces variations, couplées avec celles de la fécondité, pourront servir à mieux cibler les stratégies et la distribution des intrants.

On peut noter cependant que la prévalence de la contraception moderne a augmenté au cours des années : elle était de 13 % en 1995, 22 % en 2000, 25 % en 2006 et 31,3% en 2012. Il y a eu une progression importante des méthodes injectables qui est la méthode préférée par les femmes en union. Malgré un plaidoyer important, l'utilisation des méthodes traditionnelles a baissé entre les deux EMMUS (IV et V), notamment chez les jeunes.

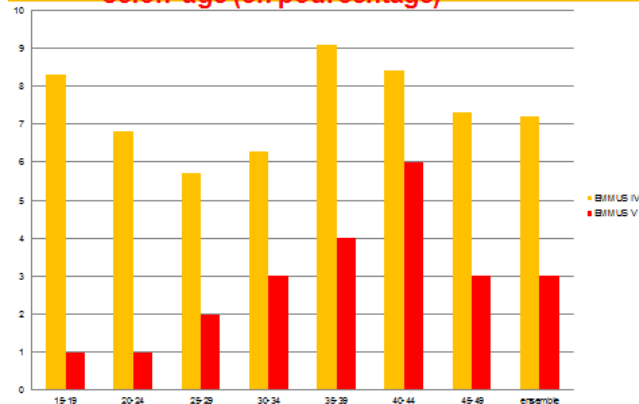
Evolution de la contraception



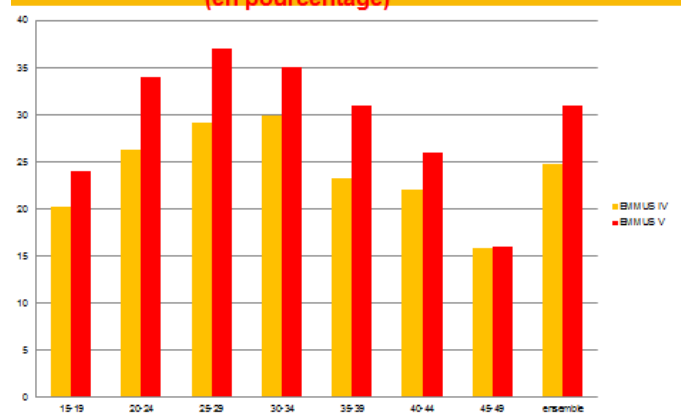
Utilisation actuelle de la contraception (2012)



Utilisation de méthodes contraceptives traditionnelles des femmes en union selon âge (en pourcentage)



Utilisation de méthodes contraceptives modernes des femmes en union selon âge (en pourcentage)



Droits Sexuels et Reproductifs

But

Renforcer les services de Santé de la Reproduction, au niveau institutionnel et communautaire, afin de :

- Réduire les inégalités liées à la reproduction, via la disponibilité et l'accès aux méthodes modernes de contraception tant pour les femmes que pour les jeunes-filles
- Réduire l'écart entre la fécondité réelle et désirée, en particulier pour les personnes économiquement vulnérables;
- Permettre l'espace entre les naissances
- Réduire les possibilités d'une grossesse non-souhaitée

Moyens

- Doter les centres en matériels et équipements adéquats, en personnels qualifiés adaptés aux besoins des différents types de population
- Améliorer le système de gestion des intrants à tous les niveaux;
- Améliorer l'accès des jeunes aux informations et services de santé sexuelle et reproductive.
- Contribuer à un système de protection sociale en santé et prévoir la gratuité des soins.