

OUI AU CHOIX, NON AU HASARD

PLANIFICATION FAMILIALE,
DROITS DE LA PERSONNE
ET DÉVELOPPEMENT



état de la population mondiale 2012

Tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire le plus tôt possible les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et, d'ici à l'année 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une gamme complète de méthodes sûres et fiables de planification familiale et de services connexes de santé en matière de reproduction qui ne soient pas contraires à la loi. L'objectif devrait être d'aider les couples et les individus à avoir les enfants qu'ils désirent et à exercer pleinement leur libre choix dans ce domaine.

— *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, paragraphe 7.16*

L'État de la population mondiale 2012

Le présent rapport a été élaboré par la Division de l'information et des relations extérieures de l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population.

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Richard Kollodge
Rédacteur associé : Robert Puchalik
Rédactrice et administratrice associée : Mirey Chaljub
Responsable de la diffusion : Jayesh Gulrajani

REMERCIEMENTS

L'équipe de rédaction est reconnaissante envers la Commission consultative d'avoir guidé la conceptualisation et l'élaboration du présent rapport et des précieux retours d'information qu'elle a émis sur les versions préliminaires de celui-ci. La composition de la Commission était la suivante : Alfonso Barraganes, Beatriz de la Mora, Abubakar Dungus, Werner Haug, Michael Herrmann, Mona Kaidbey, Laura Laski, Edilberto Loaiza, Kechi Ogbuagu, Niyi Ojuolape, Nuriye Ortayli et Jagdish Upadhyay. Les versions préliminaires du rapport ont également été relues par Anne-Birgitte Albrechtsen, Klaus Beck, Ysabel Blanco, Delia Barcelona, Saturnin Epie, François Farah, Kate Gilmore, Elena Pirondini et Ziad Rifai.

Hafedh Chekir, Thea Fierens, Nobuko Horibe, Bunmi Makinwa et Marcela Suazo ont également contribué à l'élaboration du contenu du rapport. Un appui consultatif supplémentaire a été apporté par Mohamed Afifi, Monique Clesca, Jorge Córdoba, Adebayo Fayoyin, Sonia Heckadon, Gabriela Iancu, Yanmin Lin, Suzanne Mandong, William Ryan et Sherin Saadallah.

L'équipe de rédaction est également reconnaissante envers Marisabel Agosto de sa participation soutenue aux travaux de préparation, de rédaction et de révision du rapport. Ses remerciements vont de même à Karin Ringheim et à David Levinger pour leurs contributions à l'élaboration du rapport.

AU SUJET DES AUTEURS

Margaret Greene

Margaret Greene (auteur et chercheuse principale) s'intéresse depuis près de 20 ans aux déterminants sociaux et culturels de la santé, à la santé reproductive des adolescentes, aux politiques de développement et au genre. Elle est connue pour ses recherches et ses activités de plaidoyer concernant la situation des filles et des femmes des pays pauvres et l'implication des hommes et des garçons en faveur de l'égalité des sexes. Elle dirige actuellement GreeneWorks, un groupe d'experts-conseils s'attachant à promouvoir le changement social pour la santé et le développement. Elle est présidente du Conseil de Promundo-USA et de la Fondation Willows, qui fournit des services de santé reproductive en Turquie. Mme Greene a obtenu ses diplômes de doctorat et de maîtrise en démographie à l'université de Pennsylvanie et son diplôme de bachelière en linguistique à l'université Yale.

Shareen Joshi

Shareen Joshi (auteur et chercheuse pour le chapitre 4) est professeur de développement international invitée à la School of Foreign Service de l'université de Georgetown à Washington; elle dispense des cours sur les sujets suivants : économie et développement politique; pauvreté, genre et politique; et approches intégrées du développement durable. Elle a obtenu ses diplômes de doctorat, de maîtrise ès philosophie et de maîtrise ès arts en économie à l'université Yale et est titulaire d'un diplôme de bachelière en mathématiques du Collège Reed de Portland (Oregon).

Omar Robles

Omar Robles est consultant dans le domaine de la santé, du genre et du développement. Il a dirigé des formations à la programmation sensible aux sexospécificités pour l'UNFPA en Indonésie et est actuellement conseiller sur la problématique hommes-femmes inscrit sur les registres de déploiement d'urgence de CARE International. Avant d'être consultant, M. Robles a été conseiller de politique en matière de genre et de santé attaché à l'Initiative de politique de santé mondiale de l'USAID, mise en œuvre par le Futures Group. Il est titulaire d'une maîtrise ès sciences en santé publique, politique de santé et gestion de la Gillings School of Global Public Health de l'université de la Caroline du Nord et d'un diplôme de bachelier en journalisme et communication de masse, également de l'université de la Caroline du Nord.



OUI AU CHOIX, NON AU HASARD

PLANIFICATION FAMILIALE, DROITS DE LA PERSONNE ET DÉVELOPPEMENT

Avant-propos page ii

Aperçu général page iv

1 Le droit à la planification familiale page 1

2 Analyse des données et des tendances
pour comprendre les besoins page 17

3 Problématique de l'accès universel page 39

4 Impact social et économique
de la planification familiale page 71

5 Coûts et avantages du respect du droit
à la planification familiale page 87

6 L'universalisation du droit
à la planification familiale page 97

Indicateurs page 106

Bibliographie page 117



◀ *Adolescente à une réunion informelle sur la planification familiale organisée par l'Association de planification familiale de la Dominique.*

©Panos/Philip Wolmuth

Avant-propos

Le droit des individus de décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'ils désirent avoir et du moment où ils désirent en avoir est le principe directeur dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, y inclus de la planification familiale depuis des décennies, mais surtout depuis 1994, date où les dirigeants de 179 pays se sont rassemblés et ont adopté cet instrument novateur qu'est le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD).

La CIPD a marqué un grand changement de paradigme dans le domaine de la population et du développement, en remplaçant une approche de la planification familiale axée sur la démographie par une approche fondée sur les droits de la personne et sur les besoins, les aspirations et la situation de chaque femme.

Ce changement historique a eu un impact qui n'est rien moins que révolutionnaire pour les centaines de millions de femmes et de jeunes qui, au cours des 18 ans écoulés, ont acquis le pouvoir et les moyens d'éviter ou de retarder les grossesses.

Les résultats de l'approche axée sur les droits de la santé sexuelle et reproductive et de la planification familiale sont extraordinaires. Des millions de femmes de plus ont pu avoir moins d'enfants et les avoir plus tard dans leur vie, ce qui leur a offert la possibilité de terminer leurs études, de mieux gagner leur vie et d'échapper au piège de la pauvreté.

D'innombrables études ont montré que les femmes qui pratiquent la planification familiale sont généralement en meilleure santé, plus instruites, plus habilitées dans leur ménage et leur communauté et plus productives économiquement. Dans les foyers où les parents ont la capacité et les moyens de décider du nombre et de l'espacement des grossesses, les enfants sont généralement en meilleure santé, obtiennent de meilleurs résultats scolaires et, une fois adultes, gagnent mieux leur vie.

Et nous avons à présent des preuves irréfutables que la planification familiale, lorsqu'elle est intégrée

à des initiatives de développement économique et social de plus large portée, peut avoir un effet multiplicateur positif sur le développement humain et le bien-être de nations toutes entières.

Les visionnaires qui ont élaboré le Programme d'action de la CIPD en 1994 ont de grands motifs de fierté : les progrès accomplis depuis lors sont remarquables.

Et cependant, où que mes déplacements me mènent, je continue de rencontrer des femmes et des filles qui me disent qu'elles ne peuvent pas exercer leur droit à la planification familiale et qu'elles ont par suite plus d'enfants qu'elles n'en voudraient. Cette situation leur impose un fardeau économique, nuit à leur santé et les prive d'opportunités de vie meilleure pour elles-mêmes et pour leur famille.

Des statistiques récentes indiquent que dans les pays en développement, 867 millions de femmes en âge de procréer ont besoin de contraceptifs modernes et que 645 millions d'entre elles y ont accès; elles sont donc encore, chiffre farouche, 222 millions à ne pas en disposer. Cette situation est inexcusable. La planification familiale est un droit fondamental de la personne que doivent pouvoir exercer toutes celles et tous ceux qui le souhaitent. Mais à l'évidence, c'est aussi un droit qui n'a pas encore été étendu à tout le monde, en particulier dans les pays les plus pauvres.

Il reste des obstacles qui s'y opposent, certains ayant trait à la qualité et à la disponibilité des produits et des services, mais beaucoup aussi étant liés à la situation économique et aux contraintes



sociales. Quel que soit le type d'obstacle dont il s'agit, il faut l'éliminer.

Conscients de la nécessité urgente de répondre à ce besoin non satisfait de planification familiale immense et persistant, l'UNFPA, le Ministère du développement international du Royaume-Uni, la Fondation Bill and Melinda Gates et d'autres partenaires ont organisé en juillet 2012 un sommet qui a mobilisé des annonces de financement de 2,6 milliards de dollars des pays donateurs et de nouveaux engagements substantiels de la part des pays en développement eux-mêmes. Ces nouveaux apports visent à mettre la planification familiale volontaire à la disposition de 120 millions de femmes et d'adolescentes de plus d'ici 2020 dans les pays en développement. Mais des ressources et des engagements politiques additionnels sont nécessaires pour répondre à l'intégralité du besoin non satisfait.

La planification familiale occupe une place centrale dans les efforts visant à la réalisation d'un grand nombre des objectifs de la communauté internationale : améliorer la santé de la mère et de l'enfant, promouvoir l'égalité des sexes, élargir

l'accès à une éducation de qualité, permettre aux jeunes de participer pleinement à l'activité économique et à la vie de leur communauté, et réduire la pauvreté. Elle doit donc être totalement intégrée à toutes les initiatives de développement présentes et futures, et notamment au cadre mondial du développement durable qui fera fond sur les acquis des objectifs du Millénaire pour le développement après 2015.

En 1994, la communauté internationale s'est engagée envers toutes les femmes, tous les hommes et tous les jeunes à protéger leur droit en tant qu'individus de prendre l'une des décisions les plus fondamentales de leur existence. Il est grand temps que nous honorions cet engagement et que nous assurions la disponibilité universelle de la planification familiale volontaire.

Dr. Babatunde Osotimehin

Secrétaire général adjoint de l'Organisation des Nations Unies et Directeur exécutif, UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population

▲ *Le Directeur exécutif de l'UNFPA, le Dr Babatunde Osotimehin, promet de maintenir l'aide en faveur de la santé reproductive et de la planification familiale volontaire aux Philippines.*

©UNFPA

Aperçu général

Cent soixante-dix-neuf pays ont affirmé le droit des individus à la planification familiale lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994. Selon les signataires du Programme d'action de la Conférence, « les programmes de planification familiale ont pour but de permettre aux couples et aux individus de décider librement et avec discernement du nombre et de l'espacement de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens nécessaires à cette fin ». Cette affirmation marque un changement de paradigme dans la perspective des pouvoirs publics et des organisations internationales sur les questions de développement et de population.

La planification familiale est essentielle à l'exercice par les individus de leurs droits en matière de procréation ainsi que d'autres droits fondamentaux de la personne. Le consensus international sur le droit de décider du moment et de l'espacement des grossesses est le résultat de décennies de recherches, de plaidoyer et de débat. Reflétant ce consensus, la communauté du développement porte de nouveau son attention sur la nécessité d'autres actions sous forme de politiques et de programmes pour faire en sorte que tous les individus soient en mesure, sur un pied d'égalité, d'exercer leur droit d'accéder à des services, des produits et des informations de qualité dans ce domaine, lorsqu'ils en ont besoin.

Il faut offrir une large gamme de services pour assurer la santé sexuelle et reproductive. La planification familiale n'est que l'un de ces services et elle doit être intégrée :

- Aux soins de santé primaires ainsi qu'aux soins prénatals, périnatals et postnatals;
- À la prévention et au traitement approprié de l'infécondité;
- À la gestion des conséquences de l'avortement non médicalisé;
- Au traitement des infections de l'appareil génital;
- À la prévention, aux soins et au traitement des infections sexuellement transmises et du VIH/sida;

- À l'information, à l'éducation et aux conseils sur la sexualité humaine et la santé reproductive;
- À la prévention et à la surveillance de la violence à l'égard des femmes et aux soins des survivantes de la violence;
- Aux autres actions visant à éliminer les pratiques traditionnelles néfastes telles que la coupure/ mutilation génitale féminine.

Le présent rapport se concentre sur la planification familiale et les droits parce que :

- Le droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement du moment des grossesses et du nombre de leurs enfants est compris comme une composante clé des droits en matière de procréation, du droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle et reproductive susceptible d'être atteint, et du droit de toute personne de prendre des décisions concernant la procréation sans discrimination, contrainte ni violence;
- La capacité de l'individu à planifier le moment de la naissance de ses enfants et leur nombre détermine la réalisation d'autres droits;
- La planification familiale est un droit pour lequel un grand nombre de gens ont dû lutter et qui, de nos jours encore, exige des actions de plaidoyer malgré les cadres de droits et de développement robustes qui l'étayent.



◀ Les femmes qui peuvent planifier leur famille ont plus de possibilité d'assurer la scolarisation de leurs enfants. Et plus le niveau d'instruction des enfants est élevé, plus leurs revenus en tant qu'adultes le seront aussi, ce qui les aidera à s'extirper de la pauvreté.

©Lindsay Mgbor/UK
Department for International
Development

Passage à une approche de la planification familiale fondée sur les droits

La valeur des approches de la planification familiale fondées sur les droits de la personne tient à ce qu'elles traitent les individus en tant qu'êtres humains à part entière et agents actifs, et pas en tant que bénéficiaires passifs. Ces approches reposent sur l'identification explicite des titulaires des droits (les individus) et des débiteurs des obligations (pouvoirs publics et autres), lesquels sont tenus d'assurer la réalisation des droits. La planification familiale est aujourd'hui largement considérée comme la base de toute une gamme de droits.

C'est donc une approche fondée sur les droits qui constituera l'un des principes du cadre de développement mondial durable qui succèdera après 2015 à celui des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Dans un récent document de travail sur le programme de l'après-2015, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a souligné que « l'adoption croissante au niveau mondial d'approches du développement fondées sur les droits de l'homme, reposant sur les principes de la participation, de la responsabilisation, de la non-discrimination, de l'autonomisation et de l'état de droit, est un motif d'espérer en l'émergence actuelle d'un modèle de développement plus éclairé ».

Les approches fondées sur les droits, qu'il s'agisse de la planification familiale ou d'autres composantes du développement durable, peuvent mener à des progrès en matière d'égalité, d'équité et de non-discrimination.

Avoir des enfants : un choix à ne pas laisser au hasard

Le présent rapport sur l'*État de la population mondiale* explique en quoi la planification familiale est un droit de la personne et ce que cela signifie au plan individuel dans les pays en développement comme dans les pays développés. Il effectue une synthèse de plusieurs cadres pour la santé, la santé reproductive et la planification familiale. Tout en s'appuyant sur ces cadres, le rapport examine l'importance de l'implication des hommes dans la planification familiale en tant que partenaires au sein du couple et dans la vie et en tant que bénéficiaires de services. Il souligne également la nécessité de recueillir davantage de données et d'élaborer des programmes qui atteignent aussi les personnes non mariées de tous âges. Il attire par ailleurs l'attention sur les taux élevés de grossesses non planifiées et non désirées dans les pays en développement comme dans les pays développés; et en rappelant que l'évolution de l'activité sexuelle des divers groupes sociaux et d'âge remet en question de nombreuses pratiques établies qui s'opposent à l'universalisation de la planification familiale.

Le rapport s'articule sur les grandes questions suivantes :

Qu'est-ce qu'une approche de la planification familiale fondée sur les droits ?

Le chapitre 1 donne un aperçu général des engagements internationaux pris dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, planification familiale incluse, en accordant une attention particulière au Programme d'action de la CIPD et à l'engagement international réaffirmé d'investir dans la planification familiale dans le cadre du programme de développement durable post-OMD. Il décrit les libertés et les droits acquis associés aux droits en matière de procréation, relevant des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Ce chapitre traite également de la question des obligations des États à assurer la réalisation du droit à la planification familiale et il présente un cadre de responsabilisation pour assurer un suivi de la mise en œuvre des mesures prises à cette fin.

Quels sont les progrès accomplis et qui ne peut pas encore exercer pleinement son droit à la planification familiale ?

Les chapitres 2 et 3 puisent aux résultats des recherches et aux constats des programmes pour décrire les tendances mondiales et mettre en évidence les disparités dans l'obtention des avantages de la planification familiale. Le chapitre 2 attire l'attention sur les inégalités reflétées par plusieurs indicateurs clés. Il examine les inégalités d'accès aux services de planification familiale et d'usage de ces services selon les niveaux de richesse et d'éducation et les lieux de résidence. Il analyse les raisons qui motivent l'emploi de méthodes spécifiques, l'usage prédominant de méthodes féminines et l'impact de l'usage de la planification familiale sur l'avortement. Le chapitre 3 traite des besoins non satisfaits relativement élevés de certains grands sous-groupes de population, dans une large mesure négligés : les jeunes, les personnes non mariées de tous âges, les garçons et les hommes, les pauvres, et les autres groupes socialement marginalisés ayant un accès limité à l'information et aux services. Ce chapitre traite également de l'effet de l'évolution de la dynamique de l'activité sexuelle et des tendances en matière de mariage sur la remise en question croissante des normes négatives de nature sociale et tenant au genre qui dictent les circonstances dans lesquelles l'activité sexuelle doit se situer.



Quels sont les avantages sociaux et économiques d'une approche de la planification familiale fondée sur les droits ?

Le chapitre 4 présente un résumé des avantages sociaux et économiques de l'élargissement de l'accès à la planification familiale et met l'accent sur la place particulière à accorder aux populations sous-desservies qui en ont le plus besoin. La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, les progrès de l'éducation des femmes et l'amélioration des possibilités des enfants dans l'existence figurent parmi les avantages de la planification familiale au niveau individuel, qui se répercutent sur la famille, la communauté et le pays. Lorsque les États attachent une importance prioritaire à la planification familiale en tant que composante d'une stratégie de développement intégrée, ils effectuent un investissement stratégique par lequel ils s'acquittent de leur obligation de protéger les droits de leurs ressortissants et qui contribue simultanément à atténuer la pauvreté et à stimuler la croissance économique.

Quels sont les implications en matière de coût d'une approche de la planification familiale fondée sur les droits ?

Les pouvoirs publics et les organisations de développement doivent investir davantage de ressources pour assurer l'obtention, au niveau individuel ainsi que dans la société et l'économie, des gains résultant de l'application d'une approche de la planification familiale fondée sur les droits. Le chapitre 5 propose une synthèse des dernières recherches sur les coûts, selon lesquelles le besoin non satisfait continuera d'augmenter du fait de l'accroissement du nombre de jeunes qui entrent dans leurs années de procréation. Les recherches confirment que la planification familiale est un investissement efficace par rapport au coût dans la santé publique. Au vu de ses contributions à la réalisation des droits de la personne et de son efficacité par rapport au coût, la planification familiale est un investissement stratégique.

Que devrait faire la communauté internationale pour appliquer une approche fondée sur les droits ?

Le chapitre 6 énonce des recommandations pour orienter les investissements, politiques et programmes futurs. Les parties prenantes clés doivent reconnaître les inégalités systématiques en matière de planification familiale comme une atteinte aux droits de la personne et un obstacle à l'apport d'information et de services aux populations sous-desservies. Les familles, les communautés, les institutions et les États devront réviser leurs stratégies pour faire en sorte que toutes et tous soient en mesure de réaliser leur droit fondamental à la planification familiale. Il s'agira d'étendre les approches classiques des programmes de planification familiale et il sera indispensable d'adopter des indicateurs post-OMD qui autorisent des évaluations nuancées des disparités en matière de santé sexuelle et reproductive.



Le droit à la planification familiale

Un droit fondamental de la personne

Le droit de décider du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances est aujourd'hui largement considéré comme allant de soi par les millions de gens qui ont les moyens et le pouvoir d'exercer ce droit. Et cependant, une forte proportion des habitants du globe ne disposent pas de ce droit, soit qu'ils n'aient pas accès à l'information et aux services de planification familiale, soit que la qualité des services disponibles laisse tant à désirer qu'ils préfèrent s'en passer, ce qui les expose aux grossesses non désirées.

La communauté internationale a convenu lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994 que la planification familiale devrait être accessible à toute personne qui le souhaite et que les pouvoirs publics devraient instaurer les conditions propices à l'exercice du droit de planifier sa famille. Or d'après des recherches récentes, il s'avère que 222 millions de femmes des pays en développement n'ont pas actuellement les moyens de remettre les grossesses et la procréation à plus tard. De même, des millions de femmes des pays développés ne peuvent pas non plus planifier leur famille du fait d'un manque d'information, d'éducation et de conseils sur la planification familiale ou d'un manque d'accès aux contraceptifs et se heurtent à des obstacles sociaux, économiques et culturels, à la discrimination, à la coercition et à la violence dans le contexte de leur vie sexuelle et de leur fonction reproductive.

Le nombre et l'espacement des enfants peuvent se répercuter sur les perspectives de scolarisation, le revenu et le bien-être des femmes et des filles, ainsi que sur ceux des hommes et des garçons. Le droit à la planification familiale autorise donc l'exercice d'autres droits, droit à la santé et à l'éducation en particulier, et droit à une existence digne. L'application d'une approche éclairée de la planification

familiale fondée sur les droits offre le moyen le plus efficace par rapport au coût de lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles. Garantir l'exercice du droit à la planification familiale peut avoir pour effet d'accélérer dans le pays la réduction de la pauvreté et la réalisation des objectifs de développement. L'accès universel aux services de santé reproductive et notamment de planification familiale, suffisamment important pour avoir été inscrit parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, sera essentiel pour la réalisation d'un grand nombre des objectifs prioritaires qui émergent du cadre de développement durable pour l'après-2015.

Mais bien que la planification familiale soit un droit fondamental, communautés, systèmes de santé et entités gouvernementales la considèrent parfois avec ambivalence. L'attachement à la planification familiale peut souffrir de l'association de celle-ci à l'activité sexuelle et de sa signification dans le contexte des valeurs sociales et culturelles. En termes pratiques, les préoccupations liées à l'élargissement de l'accès de certains groupes de population à la planification familiale peuvent également affaiblir un large engagement en sa faveur.

Nombreux sont les groupes, notamment les jeunes et les célibataires, qui ont été exclus des

◀ *Mères assistant à une causerie sur la contraception organisée par un centre de plaidoyer pour les femmes au Pakistan.*
©Panos/Peter Barker

« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. [...] Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. [...] Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. »

— Déclaration universelle des droits de l'homme

programmes de planification familiale ou n'en ont pas bénéficié. D'autres groupes, tels que les personnes handicapées ou les gens âgés, se sont vu refuser l'accès à ces programmes en raison de cette idée erronée mais largement répandue qu'ils n'ont pas de besoins sexuels.

La thèse du présent rapport est que l'incapacité de déterminer quand avoir des enfants et combien en avoir est une conséquence de l'injustice sociale et d'un manque de liberté, injustice sociale et manque de liberté qu'elle vient aussi aggraver. Le présent rapport promeut le droit à la planification familiale en tant que composante centrale essentielle et parfois négligée de la gamme de services requis pour apporter un appui plus large à la santé sexuelle et reproductive. Il souligne également le fait que la planification familiale est l'une des interventions de santé publique et de développement durable les plus efficaces par rapport au coût que l'on ait jamais inventée (Levine, What Works Group and Kinder, 2004).

La planification familiale renforce les autres droits de la personne

L'humanité a acquis progressivement une compréhension mondiale partagée de la santé sexuelle et reproductive et des facteurs institutionnels, sociaux, politiques et économiques qui doivent être présents pour l'appuyer. Cette compréhension a été documentée de façon très complète lors de la CIPD qui a marqué un profond changement dans l'approche de la communauté internationale en matière de santé

sexuelle et reproductive et qui a modelé de nombreuses politiques actuellement en place. Le Programme d'action de la CIPD reconnaît expressément le droit des gens à avoir des enfants par choix et à ne pas s'en remettre au hasard en la matière.

Les gens ont le droit de déterminer la taille de leur famille et de choisir le moment où ils ont des enfants. Plusieurs caractéristiques du Programme d'action de la CIPD ont permis à un nombre plus grand de gens d'exercer leurs droits dans le domaine de la procréation. Le Programme d'action a d'abord contribué à promouvoir les droits dans ce domaine en définissant le concept général de la « santé en matière de reproduction et de sexualité » et en prêtant attention aux facteurs sociaux qui la conditionnent. Il reconnaît expressément l'importance de la santé sexuelle et reproductive dans la vie des femmes ainsi que les besoins spécifiques des adolescents et les rôles des hommes et des garçons. Il confère aux programmes de développement le mandat de tenir compte des facteurs sociaux, politiques et économiques qui ont des effets divers sur les gens du fait de leur identité, de leur lieu de résidence et de leurs activités, et réagir à ces facteurs.

Contribution supplémentaire de la CIPD : alors que les programmes précédents traitaient la planification familiale en activité autonome,

La CIPD définit la santé sexuelle et reproductive comme « le bien-être général, tant physique que mental et social [...] pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. [...] Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. »

— Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.2

le Programme d'action la situe dans le contexte général de la santé sexuelle et reproductive. Les droits en matière de procréation sont fondés non seulement sur la reconnaissance du droit des couples et des individus de planifier leur famille, mais aussi sur « [le] droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. » (UNFPA, 1994).

En réduisant les soucis concernant les grossesses non désirées, la planification familiale peut contribuer à renforcer les liens entre partenaires et à leur assurer une vie sexuelle satisfaisante et sans danger. Dès lors que sont garantis le respect, la protection et la réalisation des droits fondamentaux de la personne, il est plus facile pour les gens de bénéficier pleinement des investissements effectués dans la planification familiale (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

Engagements internationaux

Les droits relatifs à la santé sexuelle et reproductive et à la procréation ne sont pas un nouvel ensemble de droits mais sont déjà reconnus implicitement ou expressément dans les lois nationales, les instruments internationaux sur les droits de la personne et d'autres documents de consensus des Nations Unies. Certaines de ces normes internationales reposent sur des droits généraux de la personne qui constituent également le fondement du droit à la santé sexuelle et reproductive, y inclus le droit à la planification familiale.

Les droits en matière de procréation englobent à la fois des libertés et des droits acquis liés aux droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Le droit de décider du nombre des enfants et de l'espacement des naissances fait partie intégrante du cadre des droits en matière de procréation et est donc directement lié aux autres droits fondamentaux de la personne, et notamment :

- **Au droit à la vie;**
- **Au droit à la liberté et à la sûreté de la personne;**
- **Au droit à la santé, y inclus la santé sexuelle et reproductive;**
- **Au droit de consentir au mariage et à l'égalité dans le mariage;**
- **Au droit au respect de la vie privée;**
- **Au droit à l'égalité et à la non-discrimination;**
- **Au droit à la protection contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants;**
- **Au droit à l'éducation, y inclus à l'éducation sexuelle;**
- **Au droit de participer à la conduite des affaires publiques et au droit à une participation libre, active et effective;**
- **Au droit de rechercher, de communiquer et de recevoir des informations et de jouir de la liberté d'expression;**
- **Au droit de bénéficier du progrès scientifique.**

(Center for Reproductive Rights, 2009; International Planned Parenthood Federation, 1996).

Ces droits découlent de nombreux traités et conventions internationaux et régionaux et reflètent en tant que tels une compréhension commune des droits fondamentaux de la personne. Avec d'autres droits de la personne, ils sont décrits, ainsi que leurs sources dans *Reproductive Rights are Human Rights*, du Center for Reproductive Rights (2009).

Compte tenu de la réalité des inégalités entre les sexes et des spécificités de la physiologie de la reproduction, plusieurs documents relatifs aux droits de la personne font référence aux difficultés particulières et à la discrimination auxquelles les femmes et les filles sont confrontées. Parmi les droits de la personne les plus immédiatement pertinents pour l'inégalité entre les sexes figurent le droit à la protection contre les pratiques discriminatoires particulièrement néfastes pour les femmes et les filles et le droit d'être exemptes de coercition sexuelle et de violence sexiste.

La santé : un droit social et économique

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ont été élaborés durant les années 60 aux fins d'assurer l'application des principes contenus dans la Déclaration

Traités, conventions et accords relatifs à la santé et aux droits en matière de reproduction

-
- 1948** **Déclaration universelle des droits de l'homme.** Document clé qui a inspiré tout le discours des droits de l'homme et de nombreuses constitutions et lois nationales et qui est une source de droit coutumier international.
-
- 1968** **Conférence internationale sur les droits de l'homme.** Proclame dans sa déclaration le droit des parents à déterminer librement et consciemment la dimension de leur famille et l'échelonnement des naissances.
-
- 1969** **Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale**
-
- 1969** **Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le progrès social et le développement,** résolution 2542 (XXIV), article 4 : « Les parents ont le droit exclusif de déterminer librement et en toute responsabilité le nombre et l'échelonnement des naissances. » L'Assemblée a également résolu que la réalisation de ce droit exige « l'apport aux familles des connaissances et des moyens nécessaires pour exercer leur droit [...] ».
-
- 1974/1984** **Plan d'action mondial sur la population.** Adopté lors de la Conférence mondiale des Nations Unies sur la population de 1974 à Bucarest, avec 88 recommandations pour la poursuite de son application approuvées à la Conférence internationale sur la population à Mexico en 1984.
-
- 1976** **Pacte international relatif aux droits civils et politiques.** Employé par les groupes de défense des droits civils dans leur lutte contre les abus de pouvoir politique des autorités gouvernementales.
-
- 1976** **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.** Adopté en 1966 et entré en vigueur en 1976. Son article 12 reconnaît « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».
-
- 1979** **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.** Seul document international relatif aux droits de la personne qui mentionne spécifiquement la planification familiale en tant que moyen clé d'assurer la santé et le bien-être des familles. Elle établit les bases de la réalisation de l'égalité entre les hommes et les femmes en assurant aux femmes un accès égal et des chances égales dans la vie politique et publique, notamment par le droit de vote et le droit de se présenter aux élections, ainsi que dans les secteurs de l'éducation et de la santé et en matière d'emploi.
-
- 1986** **Déclaration sur le droit au développement.** Cette déclaration appelle à un développement visant au bien-être de toute la population, à une participation libre et effective et à la juste distribution des avantages qui en résultent.
-
- 1989** **Convention relative aux droits de l'enfant.** Cette convention établit les normes en matière de défense de l'enfant contre la négligence et les mauvais traitements dans tous les pays du globe. Aux fins de protéger les intérêts supérieurs de l'enfant, elle vise à :
- Protéger les enfants contre les actes et pratiques néfastes, notamment l'exploitation commerciale et sexuelle et les brutalités physiques ou mentales, les parents étant assurés de recevoir une aide, si besoin est, dans l'exercice de leur responsabilité d'élever les enfants dans des conditions positives.
 - Assurer aux enfants le droit d'accéder à certains services, tels que les soins de santé et l'information sur la sexualité et la procréation.
 - Garantir la participation de l'enfant aux questions concernant sa vie à mesure qu'il grandit, ce qui comprend l'exercice du droit à la liberté d'expression et de pensée.
-
- 1993** **Conférence mondiale sur les droits de l'homme.** Réunie à Vienne, a affirmé que les droits de la femme sont des droits fondamentaux de la personne.

1994 **Conférence internationale sur la population et le développement** (CIPD). Au Caire, 179 pays ont convenu que les questions de population et de développement sont indissociablement liées et que le développement individuel ainsi qu'un développement équilibré exigent l'autonomisation des femmes et la satisfaction des besoins des gens en matière d'éducation et de santé, y compris de santé reproductive. La conférence a adopté un Programme d'action de 20 ans axé sur les besoins et les droits individuels, et pas sur la réalisation de cibles démographiques. Les progrès en matière d'égalité des sexes, l'élimination de la violence à l'égard des femmes et l'habilitation des femmes pour leur permettre de contrôler leur fécondité ont été reconnus comme des éléments essentiels des politiques de population et de développement. Les objectifs concrets de la CIPD sont axés sur l'accès universel à l'éducation, en particulier pour les filles, la réduction de la mortalité néo-natale, infantile et maternelle, et l'accès universel d'ici 2015 aux soins de santé reproductive, comprenant la planification familiale, l'accouchement assisté et la prévention des infections sexuellement transmises, y inclus par le VIH.

1995 **Déclaration et programme d'action de Beijing**. La Quatrième Conférence mondiale sur les femmes réitère la large définition du droit à la planification familiale énoncé dans le Programme d'action de la CIPD.

1999 **Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la CIPD**.
Il conviendrait d'adopter une approche tenant compte des sexes dans tous les processus de formulation et d'application des politiques ainsi que dans les prestations de services, en particulier dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, planification familiale incluse. Accent mis sur la priorité à donner à la santé sexuelle et reproductive dans le cadre des réformes générales de la santé, une attention particulière étant accordée aux droits et aux groupes exclus.

2000 **Déclaration du Millénaire**. Élaborée par 189 nations qui ont promis de libérer les gens de la pauvreté extrême d'ici 2015, elle insistait initialement peu sur les liens avec la santé reproductive.

2001 **Objectifs du Millénaire pour le développement** (OMD). Les OMD sont une feuille de route avec des cibles mesurables et des calendriers clairement définis; les cibles pertinentes pour la santé reproductive sont :

- Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle (cible 5-A).
- Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015 (cible 5-B).

2004 **57^e Assemblée mondiale de la Santé**. A adopté la première stratégie de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé reproductive, reconnu le Programme d'action et instamment prié les pays de :

- Mettre en application la nouvelle stratégie dans le cadre des efforts nationaux visant à la réalisation des OMD.
- Faire de la santé reproductive et sexuelle une composante intégrale de la planification, de la budgétisation ainsi que du suivi et évaluation et des rapports sur les progrès de la réalisation des OMD.
- Renforcer les systèmes de santé pour assurer l'accès universel aux soins de santé reproductive et sexuelle, en accordant une attention spéciale aux pauvres et aux groupes marginalisés, y inclus aux adolescents et aux hommes.

2005 **Sommet mondial de 2005**, suivi du Sommet du Millénaire de 2000. Les dirigeants mondiaux s'engagent à assurer l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015, à promouvoir l'égalité des sexes et à éliminer la discrimination à l'égard des femmes.

2006 **Convention relative aux droits des personnes handicapées**

2010 **Réunion plénière de l'Assemblée générale sur les OMD**. Les dirigeants mondiaux réitèrent leur engagement d'assurer l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015, de promouvoir l'égalité des sexes et d'éliminer la discrimination à l'égard des femmes.

2011 **Décision du Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes** : Le Comité émet une décision dans laquelle il précise que tous les États ont l'obligation, relevant des droits de la personne, de garantir aux femmes et toute race et de toute situation économique un accès prompt et sans discrimination aux services de santé maternelle appropriés.

universelle des droits de l'homme. Les défenseurs des droits de la personne ont fait en sorte que le premier de ces deux instruments joue un rôle clé dans la protection des populations contre les abus de pouvoir politique des autorités gouvernementales et le second occupe une place privilégiée dans les efforts de plaidoyer déployés aujourd'hui pour convaincre les pouvoirs publics d'accorder au droit au logement ou à l'alimentation la même importance qu'au droit de vote (*The Economist*, 2001). Les militants de certains des pays les plus pauvres du globe et leurs homologues de la communauté internationale ont demandé à ce que les biens économiques et sociaux soient traités comme des droits acquis dans les lieux où l'accès à l'alimentation et au logement est si restreint que les droits civils et politiques peuvent prendre des allures de luxe.

Depuis 1998, l'Organisation mondiale de la santé demande à la communauté internationale de respecter expressément la santé en tant que droit de la personne. Reste le problème de définir en termes concrets facilitant le plaidoyer et leur réalisation ce que signifient ces droits économiques et sociaux, dont le droit à la santé. En 2000, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a inclus dans les « obligations fondamentales » des gouvernements celles d'assurer un accès égal aux services de santé, à une alimentation suffisante, à l'eau potable, à l'assainissement et aux médicaments essentiels.

Responsabilisation relative aux droits

Il n'existe pas de droit sans obligation et pas d'obligation effective sans responsabilisation. Les organes de surveillance des traités des Nations Unies sont chargés de s'assurer que les gouvernements appliquent les grands traités relatifs aux droits de la personne et ils recommandent à présent régulièrement que les autorités prennent des mesures pour protéger les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et de procréation (Center for Reproductive Rights, 2009). L'examen périodique universel, mené sous l'égide du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, est un processus par lequel tous les États Membres analysent tous les quatre ans la situation des droits de la personne sur leurs territoires respectifs et indiquent les mesures

qu'ils ont prises pour améliorer cette situation et pour s'acquitter de leurs obligations en la matière.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes analyse les informations sur la protection des droits de la personne dans le monde et émet des recommandations à ce sujet. C'est ainsi qu'en 2011, il a fortement recommandé aux gouvernements du Népal, de la Zambie et du Costa Rica d'assurer le respect des droits de leurs ressortissants en matière de santé sexuelle et reproductive (Center for Reproductive Rights, 2011a). Un groupe d'examen indépendant composé d'experts a été créé en 2011 par le Secrétaire général des Nations Unies pour surveiller l'application de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants et les travaux de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization, 2010a). S'intéressant tout particulièrement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4 (réduction de la mortalité infantile) et 5 (réduction de la mortalité maternelle), le groupe d'examen indépendant a un mandat de quatre ans et a remis son premier rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2012.

Les institutions et les tribunaux nationaux compétents en matière de droits de la personne sont chargés au premier chef d'assurer la réalisation des droits relatifs à la procréation. La Commission nationale des droits de la personne du Kenya, par exemple, a récemment mené une enquête sur diverses violations des droits liés à la procréation dans ce pays (Kenya National Commission on Human Rights, 2012). Les accusations avaient été émises à la fin 2009 par la Federation of Women Lawyers–Kenya et le Center for Reproductive Rights, alléguant de telles violations dans les établissements de santé du Kenya. La Commission a conclu qu'il avait été porté atteinte aux droits de la population, en grande partie du fait de la médiocrité des services fournis, et elle a appelé les pouvoirs publics à prendre les mesures d'amélioration nécessaires.

La Cour constitutionnelle de Colombie a rendu des décisions importantes assurant l'accès aux

services de santé sexuelle et reproductive (Corte Constitucional de Colombia, 2012; Reprohealthlaw, 2012). En 2010, par exemple, elle a affirmé la légalité de la contraception d'urgence et a ordonné que celle-ci soit mise à la disposition des intéressées.

En 2003, l'UNFPA a procédé à une enquête mondiale sur les expériences nationales au cours de la décennie ayant fait suite à la CIPD (UNFPA, 2005a). Sur les 151 pays objets de l'enquête, 145 ont fourni des réponses sur l'application des dispositions relatives aux droits liés à la procréation et 131 ont indiqué avoir adopté au niveau national des politiques, plans, programmes, stratégies ou mesures législatives en la matière.

Planification familiale et droits de la personne : un cadre

Lors de la CIPD, ayant reconnu le droit à la planification familiale, la communauté internationale s'est engagée à appliquer une approche de la santé fondée sur les droits de la personne et concentrée sur le renforcement des capacités des États et des individus à réaliser leurs droits. Ainsi, non seulement les gens ont-ils des droits, mais les États ont aussi de leur côté l'obligation de respecter et de protéger ces droits et de veiller à leur réalisation (Center for Reproductive Rights and UNFPA, 2010).

Dans leurs travaux à l'appui des droits de la personne, les organismes des Nations Unies sont guidés par la Compréhension commune de l'Organisation sur l'approche de la coopération au développement axée sur les droits de l'homme (2003) : dans les efforts visant à la réalisation des droits de la personne, ainsi qu'ils sont énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et les autres accords internationaux en la matière, « les normes et principes des droits de l'homme doivent guider toutes les activités de coopération au développement et de programmation dans tous les secteurs et lors de toutes les phases du processus de programmation » (World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights, 2010). L'approche axée sur les droits de l'homme vise, au plan opérationnel, à renforcer les capacités des titulaires des droits à faire valoir leurs droits et les capacités des débiteurs des obligations



à s'en acquitter (United Nations Practitioner's Portal on Human Rights Based Approaches to Programming).

Les expressions concrètes du droit à la planification familiale peuvent se répartir en deux catégories : les libertés et droits acquis des individus et les obligations de l'État (Center for Reproductive Rights and UNFPA 2010). Les libertés et droits acquis des individus dépendent dans une large mesure des obligations des États à assurer à toutes et à tous l'égalité des chances et la réalisation progressive des droits de la personne, notamment le droit à la santé, sans discrimination. À ces fins, les États mettent en œuvre des stratégies contribuant à éliminer les obstacles et adoptent des mesures

▲ Grace Matthews, mère de deux enfants, a fait trois heures de route à pied et à bicyclette, pour venir chercher des contraceptifs. Elle a opté pour un contraceptif injectable pour retarder sa prochaine grossesse.

©Lindsay Mgbor/
UK Department for
International Development

« Chacun a droit à l'éducation, laquelle doit viser à permettre le plein développement des ressources humaines, de la dignité et des possibilités de la personne humaine, notamment chez les femmes et les fillettes. L'éducation devrait être conçue de façon à renforcer le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, y compris en ce qui concerne la population et le développement. »

— Programme d'action de la CIPD, principe 10.

positives venant compenser les facteurs qui empêchent systématiquement certains groupes d'accéder à des services de qualité.

Libertés et droits acquis des individus

Le droit à la planification familiale comporte pour les individus et les couples le droit d'accéder à toute une gamme de biens et de services de planification familiale de qualité, et notamment à toute la gamme des méthodes disponibles pour les hommes et les femmes.

Le droit à l'information sur la planification familiale et à l'éducation sexuelle occupe une place

▼ *Mère et enfant à Kiribati.*
©UNFPA/Ariela Zibiah



primordiale dans la réalisation des droits : les individus doivent impérativement avoir accès aux informations relatives à la santé sexuelle et reproductive, soit par le biais de programmes d'éducation sexuelle complets dans les établissements d'enseignement, de campagnes, ou de conseils et de formation. Ces informations « doivent être exactes du point de vue scientifique, objectives et exemptes de préjugés et de discrimination » (Center for Reproductive Rights, 2008).

La troisième composante du droit à la planification familiale est le consentement éclairé et la protection contre la discrimination, la coercition et la violence. Femmes et hommes, garçons et filles doivent pouvoir opérer des choix informés sans subir de coercition, de discrimination ou de violence (Center for Reproductive Rights and UNFPA, 2010; International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2009).

Obligations de l'État

Selon le Programme d'action de la CIPD, « les États 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 large gamme possible de services sans aucun recours à la contrainte. » (UNFPA, 1994)

Les obligations de l'État de *respecter, protéger et réaliser le droit à l'information sur la contraception et aux services de contraception* imposent aux pouvoirs publics des obligations de faire et de ne pas faire (Center for Reproductive Rights and UNFPA, 2010; Hunt and de Mesquita, 2007).

- **Respect** : L'État doit s'abstenir de s'opposer à la jouissance du droit à la planification familiale, par exemple en réduisant l'accès aux services par le biais de dispositions exigeant le consentement de l'époux ou d'un parent ou en interdisant une méthode de contraception particulière.
- **Protection** : L'État doit également empêcher les tiers de limiter l'accès des gens à l'information

et aux services de planification familiale, dans le cas par exemple de pharmaciens qui refusent de délivrer des moyens de conception licites.

- **Réalisation** : L'État est requis d'adopter des mesures législatives, budgétaires, judiciaires et/ou administratives pour que les gens puissent réaliser pleinement leur droit à la planification familiale, ce qui peut, par exemple, exiger qu'il subventionne les biens et les services.

Le manque de ressources peut s'opposer à ce que les pouvoirs publics assurent dans l'immédiat la réalisation de certains droits économiques, sociaux et culturels qui sous-tendent le droit à l'information sur la planification familiale et aux services. C'est là que s'applique le principe de la « réalisation progressive », en vertu duquel l'État est autorisé à démontrer qu'il agit, « au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice » des droits considérés (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966).

En sus d'allouer des ressources, les États sont tenus de prendre des dispositions visant à l'intégration de la planification familiale dans les politiques et programmes nationaux de santé publique et d'établir des mesures de santé procréative ayant pour objet d'aider à suivre les progrès accomplis dans le pays en vue de la réalisation des objectifs de planification familiale. Il y a donc un ensemble « d'obligations fondamentales principales » auquel le principe de la réalisation progressive ne s'applique pas. Figurent parmi elles l'accès à l'information sur la planification familiale et aux services sans discrimination et la fourniture de médicaments essentiels tels que définis dans le Programme d'action pour les médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé, qui englobe toute la gamme des moyens de contraception (Center for Reproductive Rights and UNFPA, 2010 : 22).

Approche de la planification familiale axée sur les droits de la personne

Les normes relatives aux droits de la personne énoncées dans les traités internationaux et les lois et règlements nationaux établissent les fondements juridiques de la conception et de l'apport

LA STRATÉGIE DE PLANIFICATION FAMILIALE DE L'UNFPA POUR 2012-2020

But : donner accès à la planification familiale à 120 millions de femmes de plus dans 69 pays d'ici 2020.

La stratégie de planification familiale de l'UNFPA est fondée sur les principes clés suivants : une approche fondée sur les droits et une volonté de parvenir à l'égalité des sexes; l'équité géographique, sociale et économique dans les prestations de services; l'accent mis sur l'innovation et l'efficacité; l'obtention de résultats durables; l'intégration aux priorités nationales.

La volonté de l'UNFPA d'intégrer les politiques et programmes de planification familiale dans le contexte des droits de la personne s'exprime par deux actions essentielles. Toutes les politiques, informations et communications et tous les services doivent être conformes aux normes des droits de la personne relatives à l'usage volontaire de la contraception et à la qualité des soins dans les prestations de services. Et il est impératif d'agir pour réduire la pauvreté, la marginalisation et les inégalités entre les sexes qui sont souvent les causes profondes des violations du droit à la planification familiale et de l'incapacité des gens de jouir du droit à la planification familiale (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Center for Reproductive Rights and UNFPA, 2010). En se concentrant sur les droits, l'UNFPA s'engage en particulier :

- À assurer que les contraceptifs fournis répondent aux besoins sexospécifiques;
- À informer les hommes, les femmes et les jeunes de la disponibilité de contraceptifs et des lieux où ils peuvent y avoir accès, ainsi qu'à les soutenir dans l'exercice de leurs droits à la planification familiale;
- À apporter son concours aux hommes et aux femmes en vue d'une transformation des attitudes relatives au genre et de l'élimination des obstacles culturels qui entravent l'accès et le recours à la planification familiale.

L'UNFPA concentre ses efforts sur :

- Le renforcement de l'engagement politique et financier en faveur de la planification familiale;
- L'accroissement de la demande de planification familiale;
- L'amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement nationale;
- L'accroissement de la disponibilité et l'amélioration de la qualité des services de planification familiale;
- L'amélioration de la gestion des connaissances sur la planification familiale.



▲ Femmes faisant la queue pour recevoir des services de planification familiale gratuits. On estime à 222 millions le nombre de femmes qui, dans les pays en développement, n'ont pas accès à des contraceptifs modernes.

©Lindsay Mgbor/UK Department for International Development

d'information et de services de planification familiale information et services and définissent les bases des activités de plaidoyer des individus et des collectivités souhaitant bénéficier de ces services (Cottingham, Germain and Hunt, 2010). Le plaidoyer consiste notamment en un lobbying visant à traduire les engagements internationaux en des lois, politiques et règlements nationaux et en des mesures ayant pour objet de responsabiliser les entités chargées de l'application de ces lois, politiques et règlements.

Les normes des droits de personne et leur interprétation autorisée par les organes de surveillance des traités correspondants (observations générales) définissent un ensemble objectif de paramètres et de critères utiles pour passer du niveau normatif abstrait du droit à la planification familiale au niveau des politiques et des programmes. Dans ses interventions dans le cadre de ce processus, la coopération au développement doit contribuer au renforcement des capacités des débiteurs d'obligations (des États en particulier) à s'acquitter de leurs obligations et de celles des titulaires des droits (individus et collectivités) à faire valoir leurs droits (World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights, 2010). Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans son observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, a défini les éléments normatifs suivants qui s'appliquent à tous les facteurs sous-jacents déterminants pour la santé :

Disponibilité

L'obligation de l'État d'assurer la disponibilité de toute la gamme des méthodes de planification familiale s'étend à l'offre de services, à la réglementation de l'objection de conscience et à la réglementation des prestations de services privés, et consiste aussi à veiller à ce que les prestataires offrent toute la gamme des services licites. Le rôle de l'État en matière de protection et de réalisation des droits implique que les pouvoirs publics veillent à ce que l'objection de conscience chez les prestataires de services ne provoque pas une non-disponibilité des services. Il y a « objection de conscience » lorsque des praticiens de la santé ne veulent pas, en raison de leurs propres convictions religieuses ou autres,

APPROVISIONNEMENT FIABLE EN CONTRACEPTIFS DE QUALITÉ GRÂCE À L'UNFPA

Par son Programme mondial pour améliorer la sécurité d'approvisionnement en produits de santé reproductive, l'UNFPA assure l'accès à un approvisionnement fiable en contraceptifs dans 46 pays en développement.

Depuis le lancement du programme en 2007, l'UNFPA a mobilisé 450 millions de dollars pour le financement de produits de santé reproductive, notamment de contraceptifs. Rien qu'en 2011, ce programme a alloué 32 millions de dollars pour l'achat de ces produits et 44 millions de dollars pour des initiatives de renforcement des systèmes de santé nationaux et de développement de leurs capacités à fournir des services de santé reproductive.

En 2011, le programme a financé l'achat d'environ 15 millions de flacons de contraceptifs injectables, de 1,1 million de dispositifs intra-utérins, de 14 millions de doses mensuelles de contraceptifs oraux, de 316 000 doses de contraceptifs oraux d'urgence, de 308 000 implants contraceptifs, de 253 millions de préservatifs masculins et de 3,5 millions de préservatifs féminins.

fournir des informations complètes sur certaines alternatives. « [I]ls ont, en respect des droits de la personne de leur patient(e), l'obligation morale de lui faire connaître leur objection et de l'orienter vers des services appropriés de manière à lui permettre d'obtenir toute l'information nécessaire pour faire un choix valide » (International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2009). Les États-Unis se conforment à la règle de l'objection de conscience dans le contexte de la loi sur les soins de santé abordables. En janvier 2012, le département de la Santé et des Services humains des États-Unis a énoncé les services de santé préventifs que seraient tenus de couvrir les nouveaux plans d'assurance (Galston and Rogers 2010). Figurent dans la liste les contraceptifs et la stérilisation, y inclus la contraception d'urgence. Les Églises ont été dispensées de cette règle mais pas les hôpitaux et organismes de services sociaux à affiliation religieuse. Si ceux-ci ne fournissent pas encore ces services, ils disposeront d'un délai d'un an pour se conformer aux nouvelles dispositions. Au cours de cette année, ils devront indiquer clairement les limites de leur couverture et orienter leurs client(e)s vers des services extérieurs de contraception d'un coût abordable.

« Pour faire valoir leurs droits de manière efficace, les titulaires doivent pouvoir accéder à l'information, s'organiser et participer, plaider en faveur de changements de politique et obtenir des réparations. »

— Haut-Commissariat aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la santé

Accessibilité

Même lorsque les services existent, les normes et pratiques sociales peuvent limiter leur accessibilité. La subordination des droits des jeunes à ceux de leurs parents, par exemple, peut limiter l'accès de ceux-là à l'information et aux services et leur capacité d'agir. Le Programme d'action de la CIPD reconnaît la nécessité pour les parents d'accorder la priorité à l'intérêt de leurs enfants (sur la base de la Convention relative aux droits de l'enfant). D'autres négociations menées depuis, en particulier lors des réunions de la Commission de la population et du développement de 2009 et de 2012, ont mis l'accent sur les droits de l'enfant et

sur « les devoirs et les responsabilités » des parents, y inclus leur responsabilité exclusive de décider du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances.

Acceptabilité

Il peut se faire que les informations et les services existent et soient facilement accessibles pour les individus d'une collectivité donnée. Toutefois, s'ils ne sont pas acceptables pour des raisons d'ordre culturel, religieux ou autre, les individus n'y auront pas recours. Des recherches menées dans une collectivité mexicaine ont permis de constater, par exemple, qu'au cours de leurs principales années de procréation, les femmes catholiques mariées s'en remettaient avant tout au retrait et à l'abstinence périodique; les femmes interrogées pour l'étude ont déclaré que les contraceptifs modernes, tels que la pilule contraceptive ou les dispositifs intra-utérins, allaient à l'encontre de leurs croyances religieuses et n'étaient donc pas acceptables pour elles (Hirsch, 2008; Hirsch and Nathanson, 2001).

Qualité

Pour respecter véritablement les droits fondamentaux, les services de planification familiale doivent satisfaire à certains critères de qualité. On est parvenu à d'importants accords sur ce en quoi consiste la « qualité des soins » depuis sa première définition en 1990 (Bruce, 1990). L'accent mis sur la qualité des services du point de vue des individus a mis en exergue plusieurs éléments spécifiques : choix de diverses méthodes de contraception; informations exactes sur l'efficacité, les risques et les avantages des méthodes; compétence technique des prestataires; relations entre prestataire et utilisatrice/utilisateur fondées sur le respect du choix éclairé, de la vie privée et de la confidentialité; suivi; et gamme de services disponibles. La fourniture de services de qualité répond aux normes relatives aux droits de la personne, attire davantage de client(e)s, accroît l'usage de la planification familiale et réduit le nombre de grossesses non désirées (Creel, Sass and Yinger, 2002).

Un consensus a émergé ces dernières années sur les moyens d'assurer la qualité dans le contexte de la planification familiale et des droits de la personne. Il s'agit ici :

L'UNFPA, LES DROITS ET LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'UNFPA œuvre en vue de la réalisation des droits en matière de procréation, notamment du droit au meilleur état de santé sexuelle et reproductive atteignable, par l'application d'une approche fondée sur les principes des droits fondamentaux de la personne, de l'égalité des sexes et de la sensibilité aux spécificités culturelles en matière de santé sexuelle et reproductive. Conformément à ces principes, les individus sont traités en tant que participants actifs au processus politique dotés de la capacité d'exiger des redditions de comptes des pouvoirs publics concernant leur obligation de respecter et de protéger les droits de la personne et d'en assurer la réalisation.

En tant qu'organisme chef de file des Nations Unis s'employant à améliorer la santé sexuelle et reproductive, l'UNFPA promeut l'instauration de changements juridiques, institutionnels et de politique et fait œuvre de sensibilisation aux droits de la personne. Il habilite les gens à assumer le contrôle de leur vie sexuelle et reproductive et à devenir des participants actifs au développement. Il promeut l'élaboration de cadres de politique et de systèmes de responsabilisation nationaux pour assurer un accès universel à l'information, aux biens et aux services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, sans discrimination ni contrainte pour quelque motif que ce soit. Simultanément, l'UNFPA souligne la nécessité d'accroître la légitimité culturelle des principes des droits de la personne afin que les collectivités puissent se les approprier.

- D'intégrer la planification familiale dans le cadre des autres services de santé reproductive, tels que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmises et les soins post-avortement (Mora et al., 1993);
- De ne pas autoriser les cibles, incitatifs et désincitatifs en matière de planification familiale, tels que le versement de paiements aux femmes qui se font stériliser ou aux prestataires de soins sur la base du nombre de femmes « recrutées » pour la planification familiale;
- D'inclure des évaluations de la situation des relations hommes-femmes dans les plans et les budgets des services de planification familiale (Abou Zahr et al., 1996);
- De tenir compte de facteurs tels que la distance des déplacements exigés des clientes, l'abordabilité des services et les attitudes des prestataires.

Il a été constaté, dans des contextes aussi divers que le Sénégal et le Bangladesh, que les femmes ont plus tendance à recourir à la planification familiale lorsqu'elles bénéficient de services de qualité (Sanogo et al., 2003; Koenig, Hossain and Whitaker, 1997). Chez les femmes qui n'emploient pas encore la contraception, la perception de la qualité des soins est un prédicteur important de la probabilité d'adoption d'une méthode de contraception; de même les femmes qui emploient déjà un moyen de contraception sont bien plus enclines à continuer d'employer le même moyen. En améliorant la qualité des services, les programmes donnent également un sentiment d'appropriation accru qui amène les clientes à exiger des services de meilleure qualité dans d'autres domaines des soins de santé (Creel, Sass and Yinger, 2002).

Les approches du développement durable fondées sur les droits accordent une égale importance aux résultats et aux processus par lesquels ceux-ci sont obtenus. Les normes des droits de la personne guident la formulation des résultats escomptés et du contenu des interventions, notamment pour la réponse aux besoins non satisfaits de planification familiale. Les principes des droits de la personne confèrent qualité et légitimité aux processus de développement, lesquels doivent être inclusifs, participatifs et transparents. Il est d'une importance



primordiale que la priorité soit donnée aux droits et aux besoins des groupes de population défavorisés et exclus du fait de pratiques persistantes constitutives de discrimination et déshabilitantes.

Trois principes transversaux contribuent à l'élaboration de programmes de planification familiale solides et fondés sur les droits :

- **La participation**, qui provient d'une volonté d'associer au programme les parties prenantes clés, tout particulièrement les bénéficiaires les plus vulnérables, à tous les stades du processus décisionnel, depuis la formulation des politiques

« La mauvaise santé constitue une violation des droits de la personne lorsqu'elle provient, en tout ou en partie, de la carence d'un débiteur d'obligation, généralement l'État, qui faillit à son obligation de respecter ou de protéger ces droits ou d'assurer leur réalisation, faisant par là obstacle à la santé sexuelle et reproductive des individus. Du point de vue des droits de la personne, une question clé qui se pose est celle de savoir si les débiteurs d'obligations font tout ce qui est en leur pouvoir pour éliminer de tels obstacles. » .

(Hunt and de Mesquita, 2007)

▲ Femme et enfant en Tanzanie.
©UNFPA/Sawiche Wamunz

jusqu'à la mise en œuvre du programme et à son suivi (UNFPA, 2005).

- **L'égalité et la non-discrimination**, qui s'obtiennent en veillant à ce que tous les individus jouissent de leurs droits de la personne, sans considération de sexe, race, âge ou autre caractéristique.
- **La responsabilisation**, qui exige la présence de mécanismes pour s'assurer que les pouvoirs publics s'acquittent de leur responsabilité en matière d'information sur la planification familiale et de fourniture des services correspondants. Il s'agit que soient mis en place des systèmes de suivi et d'évaluation, avec de jalons et des cibles clairement définis pour juger des politiques gouvernementales et de leur effet sur la réalisation des droits des gens. Le suivi et l'évaluation est indispensable pour donner aux autorités gouvernementales les moyens de repérer les principaux obstacles qui s'opposent à la planification familiale et les groupes les plus affectés par ces

obstacles. Il fournit également aux individus – aux titulaires de droits – et aux collectivités les informations nécessaires pour demander des comptes aux autorités gouvernementales lorsque leurs droits ne sont pas respectés.

Conclusion

Des centaines de millions d'hommes et de femmes de par le monde souhaitent avoir des enfants en opérant des choix au lieu de s'en remettre au hasard. Beaucoup de leurs concitoyens et concitoyennes, les plus aisés et les mieux éduqués, semblent être en mesure de réaliser ce droit (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010; Loaiza and Blake, 2010; OMS, 2011). Le Programme d'action de la CIPD a situé ce droit à la planification familiale dans le contexte du droit à la santé sexuelle et reproductive et des droits en matière de procréation, en accordant une attention toute particulière aux besoins spécifiques des groupes de population exclus ainsi qu'à l'égalité entre les sexes.

▼ *Le Viet Nam a développé ses services de santé reproductive, qui comprennent la planification familiale, les soins prénatals et post-natals et la prévention de l'infection par le VIH.*

©UNFPA/Doan Bau Chau



Pour l'UNFPA, les principaux avantages de l'application d'une approche fondée sur les droits de la personne dans les programmes de santé sexuelle et reproductive, planification familiale incluse, sont qu'une telle approche :

- Promeut la réalisation des droits de la personne et aide les partenaires gouvernementaux à s'acquitter de leurs engagements dans ce domaine;
- Accroît et renforce la participation de la communauté locale;
- Accroît la transparence;
- Favorise l'obtention de résultats (et s'aligne sur la gestion axée sur les résultats);
- Renforce la responsabilisation;
- Réduit les vulnérabilités en se concentrant sur les groupes les plus marginalisés et les plus exclus de la société;
- Mène à des changements durables du fait que les programmes fondés sur les droits de la personne ont un impact plus grand sur les normes et les valeurs, les structures, les politiques et les pratiques.

Le rapport sur l'*État de la population mondiale* de cette année fait fond sur un cadre des droits de la personne et de la santé élaboré précédemment par l'UNFPA et le Center for Reproductive Rights pour inclure les garçons et les hommes, dont beaucoup souhaitent eux aussi faire usage de la planification familiale mais qui ont généralement été laissés en marge du débat. Il met également l'accent sur le contexte des relations sexuelles dans lequel les individus et les couples choisissent de recourir à la planification familiale. Et il plaide en faveur d'une focalisation sur l'élargissement de l'accès à la planification familiale de manière plus équitable entre les divers groupes de population, compte tenu tout particulièrement des différences

« Les approches du développement durable fondées sur les droits accordent une égale importance aux résultats et aux processus par lesquels ceux-ci sont obtenus. »

socioéconomiques présentes dans pratiquement tous les pays du globe.

Un ensemble de conventions et de traités internationaux avalisés par la communauté internationale défendent résolument le droit à la planification familiale, le renforcent et le situent fermement dans le contexte des droits fondamentaux de la personne. Le droit à la planification familiale constitue également un véhicule pouvant assurer la réalisation d'autres droits.



Analyse des données et des tendances pour comprendre les besoins

Tendances mondiales de la fécondité

La population du globe a dépassé les 7 milliards d'habitants l'an dernier et, selon les projections, atteindra les 9 milliards d'ici 2050. La croissance démographique est généralement la plus forte dans les pays les plus pauvres, où les préférences en matière de fécondité sont les plus élevées, où l'État manque de ressources pour satisfaire la demande croissante de services et d'infrastructure, où la croissance de l'emploi est inférieure à celle du nombre des nouveaux membres de la population active et où de nombreux groupes de population éprouvent de grandes difficultés à accéder à l'information sur la planification familiale et aux services (Population Reference Bureau, 2011; UNFPA, 2011b).

Au niveau mondial, le taux de natalité continue de baisser lentement, mais d'importantes disparités subsistent entre les régions développées et en développement. Ces disparités sont particulièrement fortes en Afrique subsaharienne où les femmes ont en moyenne trois fois plus d'enfants que dans les régions développées (5,1 naissances par femme contre 1,7).

Cette différence provient en grande partie d'une préférence pour les familles nombreuses en Afrique subsaharienne, mais étant donné que la plupart des femmes de la région veulent à présent avoir moins d'enfants (Westoff and Bankole, 2002), les différences des taux de fécondité révèlent de plus en plus l'accès limité et inégal aux moyens de prévenir les grossesses non désirées dans le monde en développement.

La pauvreté, l'inégalité des sexes et les pressions sociales sont toutes des facteurs qui contribuent à la persistance de taux de fécondité élevés. Mais dans la quasi-totalité des pays les moins avancés, le manque

d'accès à la planification familiale volontaire constitue un facteur contributif majeur.

Qui fait usage de la planification familiale ?

L'usage de méthodes modernes de planification familiale, mesuré d'après le taux de prévalence de la contraception, a augmenté ces dernières années au rythme très modeste de 0,1 % par an, soit plus lentement que durant la décennie précédente (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). Cette faible progression est en partie le résultat de la forte augmentation du nombre de femmes mariées en âge de procréer, nombre qui, dans 88 pays bénéficiant d'appuis de donateurs en faveur de la contraception, a augmenté de 25 % entre 2000 et 2010 (Ross, Weissman and Stover, 2009). En raison de la fécondité précédemment élevée, il y a aujourd'hui dans les pays en développement plus de gens qui sont arrivés à l'âge de procréation et la

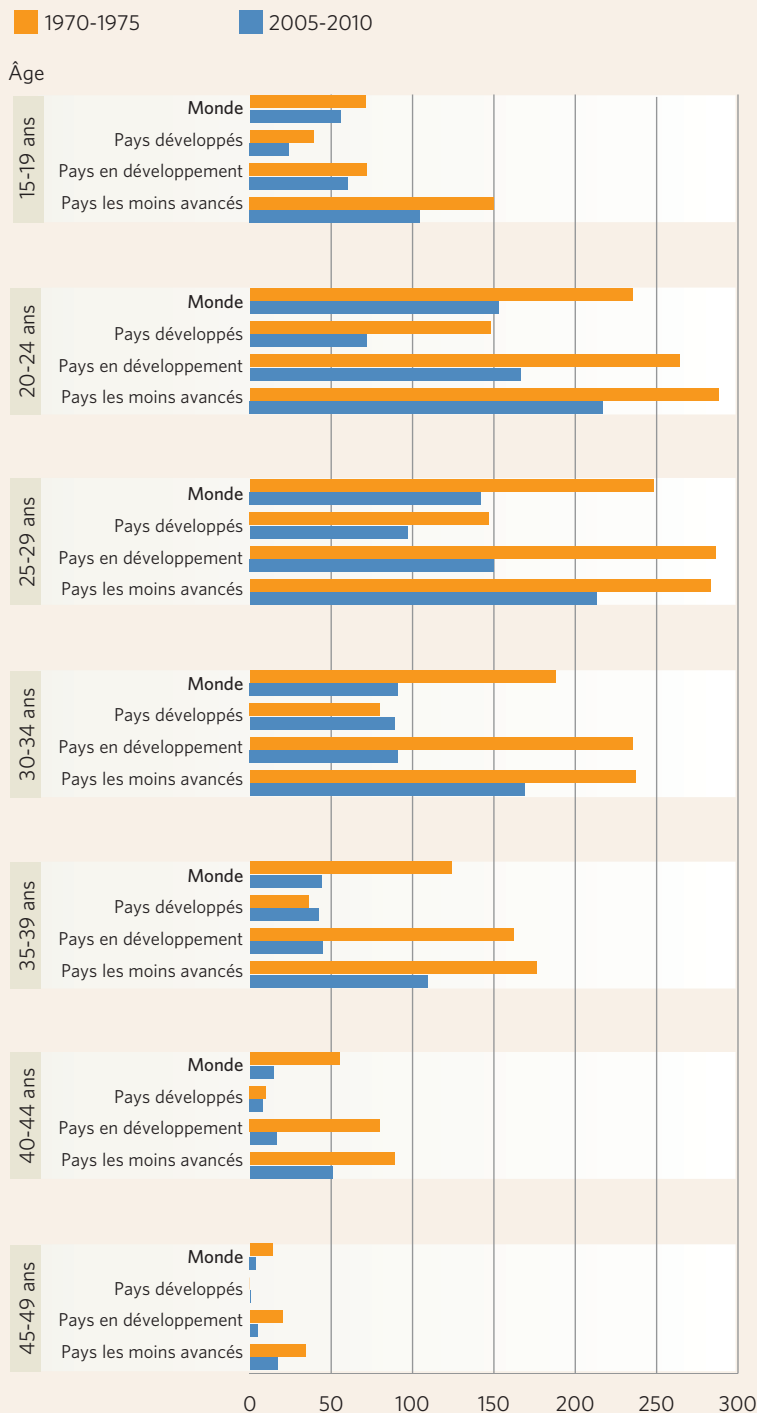
Taux de fécondité	
	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme)
Monde.....	2,5
Pays développés	1,7
Pays en développement	2,8
Pays les moins avancés.....	4,5
Afrique subsaharienne	5,1

Source : United Nations, 2011a.

◀ Au Mali, un couple et ses deux garçons.
© Panos/Giacomo Pirozzi

ÉVOLUTION DES TAUX DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE

(NAISSANCES POUR 1 000 FEMMES)



Source : United Nations, 2011a.

satisfaction des besoins de contraception de femmes considérablement plus nombreuses n'a produit qu'une progression marginale du pourcentage couvert.

Dans le monde, environ trois femmes sur quatre en âge de procréer (15 à 49 ans), sexuellement actives, capables de concevoir mais qui ne sont pas enceintes et ne souhaitent pas l'être, font actuellement usage de moyens de contraception (Singh and Darroch, 2012). Dans tous les pays du monde, la plupart des femmes éduquées et aisées pratiquent la planification familiale. En Asie de l'Est, 83 % des femmes mariées utilisent des moyens de contraception (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). Inversement, dans les régions les plus pauvres, les taux de prévalence de la contraception sont les plus bas et augmentent le plus lentement. L'usage de la contraception chez les femmes d'Afrique subsaharienne était plus faible en 2010 que chez les femmes des autres régions en 1990.

La dimension de la famille et l'usage de la contraception ont connu des changements remarquables de par le monde au cours des années 70. Le nombre moyen d'enfants par famille était à l'époque de 5; il est aujourd'hui de 2,5 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2010). La baisse des taux de fécondité dans les pays en développement est due en grande partie à l'utilisation accrue de la contraception (Singh and Darroch, 2012). Bien que les niveaux de prévalence de l'emploi de contraceptifs se soient stabilisés depuis 2000, le désir d'avoir des familles moins nombreuses reste vif dans le monde entier et s'accroît dans les pays en développement.

Usage variable selon le niveau de revenu

La plupart des enquêtes calculent la richesse nationale et désagrègent les indicateurs par quintile de richesse, allant des 20 % de la population les plus pauvres aux 20 % les plus riches. L'analyse par quintile permet de repérer les inégalités et les besoins de planification familiale dans le pays, en particulier lorsque l'on y procède en combinaison avec une analyse des données sur la population urbaine et rurale et sur les autres paramètres importants pour l'accès (Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010).

Étant donné que la pauvreté présente des caractéristiques particulières selon le milieu, certains chercheurs préconisent aujourd'hui de procéder à des classements par quintile distincts pour la population rurale et la population urbaine de manière à brosser un tableau plus complet des inégalités entre segments pauvres et riches dans l'un et l'autre milieux. Cette approche permet de comparer les expériences différentes des femmes pauvres en milieu urbain et des femmes relativement aisées en milieu rural. Une étude sur 16 pays des régions Afrique, Asie et Amérique latine et Caraïbes a constaté l'existence de liens robustes entre l'usage de la planification familiale, la situation socioéconomique et le lieu de résidence (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010).

Dans des pays tels que le Bangladesh, la prévalence de l'usage de moyens de contraception modernes est la même dans les divers quintiles de richesse : il existe une différence nominale en matière d'usage de la contraception entre les plus riches et les plus pauvres dans les communautés urbaines, et entre les plus riches et les plus pauvres en milieu rural (Demographic and Health Surveys, 2007). Dans ce pays, la prévalence de l'usage de la contraception est plus grande (de 6 %) en milieu urbain. Des constats analogues, qui militent en faveur de stratégies ciblant le milieu rural, ont été faits au Pérou, ainsi qu'en Bolivie, en Éthiopie, à Madagascar, en Tanzanie et en Zambie (Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010). Dans certains pays tels que le Nigéria (Demographic and Health Surveys, 2008), l'usage de moyens de contraception modernes s'accroît en corrélation avec l'augmentation de la richesse chez les gens vivant en milieu urbain ainsi qu'en milieu rural. La différence clé tient à la vitesse du changement : les gens les plus riches vivant en milieu rural ont des taux d'usage de contraceptifs supérieurs à ceux des gens urbains pauvres. Ces résultats constituent un argument en faveur de politiques qui s'attachent à atteindre les populations urbaines pauvres, en particulier s'il existe des disparités comparables parmi les indicateurs qui mesurent les résultats adverses en matière de santé sexuelle et reproductive.

Liens entre l'éducation, la dimension souhaitée de la famille, l'usage de la planification familiale et la fécondité

Le niveau d'études est associé à la dimension souhaitée de la famille, à l'usage de la contraception et à la fécondité. Une analyse de 24 pays d'Afrique subsaharienne a montré que les adolescentes les plus susceptibles de devenir mères sont celles qui sont pauvres, n'ont pas d'éducation et vivent en milieu rural (Lloyd, 2009). Les taux de natalité sont plus de quatre fois plus élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans sans éducation que chez celles qui ont fait au moins des études secondaires. On constate un écart analogue pour la richesse et le lieu de résidence. Et dans ces pays, les écarts se creusent : les naissances chez les adolescentes de 15 à 19 ans sans éducation ont augmenté d'environ 7 % au cours de la décennie écoulée, alors qu'elles ont diminué d'environ 14 % chez les filles ayant fait au moins des études secondaires (Loaiza and Blake, 2010).

Les disparités croissantes des taux de natalité chez les adolescentes éduquées et sans éducation reflètent un écart croissant semblable en matière d'usage de moyens de contraception. En Afrique subsaharienne, il a été constaté que l'usage de la contraception était plus de quatre fois plus répandu chez les filles ayant fait des études secondaires que chez celles qui n'avaient aucune éducation (Lloyd, 2009).

▼ Deux lycéennes roumaines, à Bucarest, lisant un dépliant sur les préservatifs.
©Panos/Peter Barker



SEXUALITÉ, STÉRÉOTYPES LIÉS AU GENRE ET FAIBLE ACCEPTATION DE LA VASECTOMIE

Le manque d'information et d'accès aux services de vasectomie peut faire obstacle à l'exercice des droits et à la santé des hommes et des femmes qui pourraient opter pour cette procédure relativement exempte de risques, simple, permanente et non invasive, de préférence à la stérilisation féminine. Les hommes qui choisissent la vasectomie décident en faveur de cette méthode de long terme après avoir pris en considération de nombreux facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Dans de nombreux contextes, la stérilisation masculine est mal comprise et considérée comme une menace pour la sexualité des hommes et la performance sexuelle de ceux-ci.

Lorsque les hommes et les femmes ont accès à toute la gamme des informations et des services en matière de planification, ils peuvent être plus nombreux à choisir la vasectomie en tant que méthode de contraception préférée. La faible acceptation de cette méthode reflète l'accès limité à l'information sur l'opération chirurgicale, les préjugés institutionnels en la matière et les préoccupations individuelles relatives à ses effets sur la performance et le plaisir sexuels.

Source : Landry and Ward, 1997; Greene and Gold, n.d.; EngenderHealth, 2002.

Alors que l'usage des contraceptifs a augmenté un peu chez les filles éduquées pour se situer à un taux global de 42 %, il n'a pas changé chez les filles sans éducation. Seule une adolescente sans éducation sur 10 fait usage de contraceptifs, bien que dans ces pays, une adolescente sur quatre, indépendamment de la richesse, de l'éducation et du lieu de résidence, ait un besoin de planification familiale non satisfait. Ces chiffres indiquent que les efforts visant à accroître l'accès aux services de santé reproductive chez les jeunes par une expansion de l'offre de services conviviaux pour ces derniers n'ont pas bénéficié aux jeunes femmes qui sont pauvres, vivent en milieu rural et sont peu éduquées. Ce sont celles qui ont le plus besoin de ces services qui y accèdent le moins (Loaiza and Blake, 2010). Les explications les plus plausibles des résultats positifs en matière de planification familiale liés à l'éducation sont que les femmes plus éduquées se marient plus tard et moins souvent, qu'elles emploient la contraception de manière plus efficace, qu'elles possèdent davantage de connaissances sur la contraception et y ont plus accès, qu'elles jouissent d'une plus grande autonomie dans les décisions touchant à

la procréation et qu'elles sont plus sensibilisées aux coûts socioéconomiques des naissances non planifiées (Bongaarts, 2010).

ÉTUDE DE CAS

Services conviviaux pour les jeunes au Malawi

Les besoins des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive ne sont pas suffisamment pris en considération au Malawi, comme dans de nombreux autres pays africains. Le manque d'information, les distances à parcourir pour obtenir les services et les prestataires peu accueillants contribuent aux taux élevés de grossesses non désirées et d'infection par le VIH. L'UNFPA a fait équipe avec le ministère de la Santé et l'Association de planification familiale du Malawi pour fournir des services intégrés de santé sexuelle et reproductive conviviaux pour les jeunes.

L'Association de planification familiale du Malawi fournit ses services dans des centres polyvalents dits *Youth Life Centres* [Centres pour la vie des jeunes] ainsi que par des antennes communautaires et des points de service mobiles; elle a renforcé son infrastructure dans le cadre d'initiatives visant à améliorer la qualité des soins pour les jeunes. Les services offerts sont la contraception, y compris la contraception d'urgence, les tests de grossesse, le traitement des infections sexuellement transmises, les conseils et le dépistage du VIH, les soins antirétroviraux, le traitement des infections opportunistes, le dépistage et le traitement du cancer du col utérin, les conseils généraux en matière de santé sexuelle et reproductive, les soins post-avortement et les soins prénatals et post-natals pour les adolescentes. Les services font l'objet d'une publicité dans la presse écrite, par des annonces et de bouche à oreille. Les améliorations de l'infrastructure de services, la participation des jeunes aux prestations de services, l'intégration de services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH, et les demandes fréquentes de rétro-information auprès des jeunes clientes et clients sont autant de facteurs qui ont eu pour effet d'améliorer la qualité des services de santé sexuelle et reproductive et d'accroître considérablement le recours à ces services. ■

Les relations entre la scolarisation, l'usage de la planification familiale et la fécondité sont particulièrement évidents chez les adolescents, mais les effets de l'éducation sur les dimensions souhaitées de la famille et l'usage de la contraception perdurent dans l'âge adulte. Le graphique ci-contre indique que dans 24 pays africains, l'usage de la planification familiale chez les femmes ayant une éducation secondaire est quatre fois plus élevé que chez les femmes sans instruction. Cet effet reflète à la fois les préférences concernant le nombre d'enfants et l'accès à la planification familiale (UNFPA, 2010).

Usage de la planification familiale et lieu de résidence

L'usage de la contraception en Afrique subsaharienne est du double en milieu urbain de ce qu'il est en milieu rural. Nombre de pays, particulièrement les plus pauvres du globe, éprouvent des difficultés à offrir les services dans les régions rurales. En outre, la population de ces régions tend à avoir moins accès aux services d'éducation, autre facteur important lié aux préférences relatives à la taille de la famille et à l'usage de la planification familiale.

Évolution de la demande de planification familiale et de son usage au cours de la vie

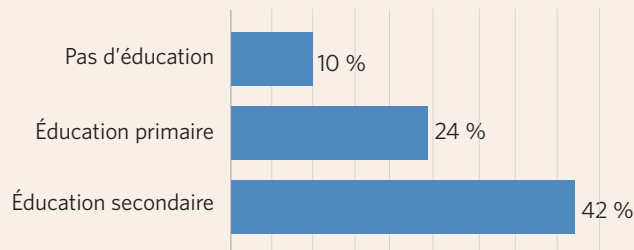
Un examen des statistiques mondiales révèle que l'activité sexuelle des gens évolue au cours de leur cycle de vie. Les femmes et les hommes ont des rapports sexuels pour différentes raisons, dans différentes situations et à différents moments de leur vie. La décision individuelle d'avoir des rapports sexuels avec un(e) partenaire n'est pas nécessairement associée au désir de procréer. Dans de nombreux cas, sauf contrainte, exploitation ou violence, c'est le désir humain d'intimité et de relation personnelle qui motive le comportement sexuel.

Jeunes

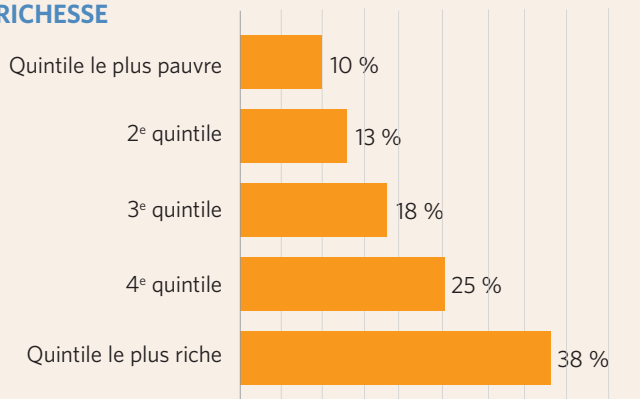
Bien que l'activité sexuelle de la plupart des jeunes se situe dans un contexte marital, nombreux sont aussi ceux qui sont sexuellement actifs hors de ce contexte. L'initiation sexuelle a lieu de plus en plus souvent hors du mariage pour les adolescentes, bien que fréquemment avec un futur époux (McQueston,

LES FEMMES LES PLUS PAUVRES ET LES MOINS ÉDUQUÉES VIVANT EN MILIEU RURAL ONT LES TAUX LES PLUS BAS D'USAGE DE CONTRACEPTIFS

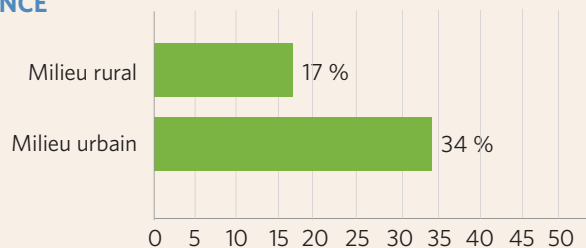
ÉDUCATION



RICHESSSE



LIEU DE RÉSIDENCE



POURCENTAGES D'UTILISATION

Prévalence de l'usage des contraceptifs par caractéristiques de formation et de résidence pour 24 pays d'Afrique subsaharienne lors de l'enquête la plus récente, 1998-2008 (Pourcentages de femmes de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, employant une méthode de contraception quelconque)

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires

Silverman and Glassman, 2012; National Research Council and Institute of Medicine, 2005). La diminution de l'âge de l'apparition des premières règles contribue vraisemblablement à un accroissement des risques en matière de santé reproductive chez les jeunes femmes, du fait de la prolongation de la période comprise entre l'établissement de la menstruation et le mariage. Des rapports sexuels très précoces (à 14 ans ou moins) continuent d'avoir lieu chez environ un tiers des filles au Bangladesh, au Mali, au Niger et au Tchad (Dixon-Mueller, 2008), cette proportion variant largement (de 40 à 80 %) dans les pays d'Afrique subsaharienne, par exemple.

Les garçons ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans bien moins fréquemment que les filles, lorsque le mariage précoce arrangé est chose commune pour celles-ci. Lorsque ce mariage est moins commun, en revanche, les garçons tendent souvent à être plus actifs sexuellement que les filles du même âge. Comme ont pu le noter certains chercheurs, « le transfert dans le temps de

l'initiation sexuelle maritale à l'initiation sexuelle non maritale peut être un avantage pour la santé sexuelle et reproductive des filles » étant donné que les rapports sexuels hors mariage sont moins fréquents et plus souvent protégés que dans le mariage (Clark, Bruce and Dude, 2006).

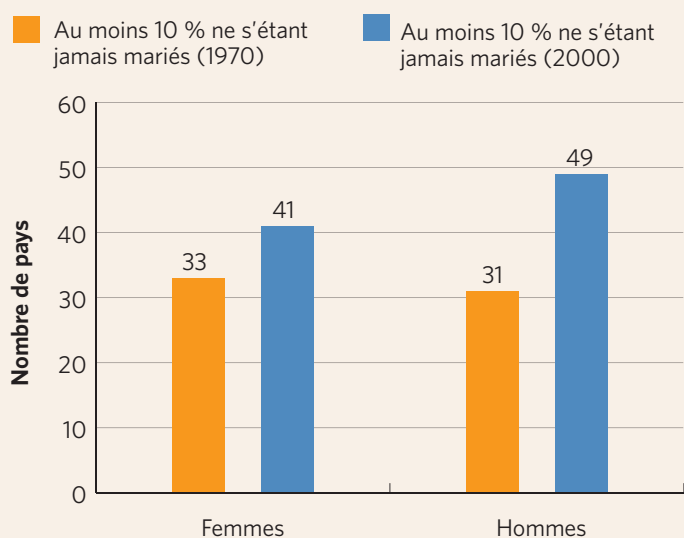
Les jeunes femmes et les jeunes hommes sont confrontés à des problèmes distincts durant la période qui va du début de l'adolescence au début de la vie adulte. La plupart des jeunes n'ont pas des rapports sexuels consensuels dans le but spécifique d'avoir des enfants prématurément. Au niveau mondial, les jeunes se marient de plus en plus tard. L'âge moyen des femmes célibataires au mariage (chez celles qui se marient avant l'âge de 50 ans seulement) a augmenté dans 100 des 114 pays pour lesquels on dispose de données depuis 1970 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011b).

Dans de nombreux pays, cependant, le mariage et l'activité sexuelle précoces continuent d'exposer les jeunes femmes à des risques accrus et à entraîner pour elles un certain nombre de conséquences négatives. Dans plusieurs régions, il est considérablement plus courant pour les filles qu'elles soient mariées dans leur enfance et qu'elles commencent à avoir des rapports sexuels à un très jeune âge. Alors que les jeunes femmes peuvent avoir des rapports sexuels plus tôt dans leur vie, les recherches ont constaté que les jeunes hommes tendent davantage que leurs homologues féminines à avoir des rapports sexuels avec une personne autre qu'un conjoint (UNICEF, Office of the Deputy Director, Policy and Practice, 2011). Ces détails aident à situer les données sur la planification familiale chez les jeunes, et notamment à présenter un tableau plus complet des raisons pour lesquelles les jeunes hommes tendent davantage que les jeunes femmes à faire usage de préservatifs.

Adultes

Bien que l'âge lors du premier mariage ait augmenté, la majorité des femmes et des hommes se marient ou vivent en union libre tôt ou tard (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). En conséquence, la procréation reste courante dans le cadre d'unions reconnues par la loi, cette réalité se situant dans la ligne de l'acceptabilité sociale dans la plupart des pays où il est considéré

NOMBRE DE PAYS OÙ AU MOINS 10 % DES FEMMES ET DES HOMMES NE SE MARIENT JAMAIS



Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). *World Marriage Data 2008* (POP/DB/Marr/ Rev2008).



que le mariage/l'union libre est un préalable à la procréation. Des données récentes révèlent toutefois que les besoins de planification familiale des adultes peuvent augmenter alors qu'ils sont célibataires, divorcés ou séparés.

De nos jours, les adultes vivent plus longtemps hors mariage que ceux des générations précédentes, et leurs besoins de planification familiale reflètent cette réalité. Dans les pays en développement comme dans les pays développés, la proportion d'adultes qui ne se marient jamais augmente. Au cours des quatre dernières décennies, le nombre de pays où au moins 10 % des femmes ne se sont jamais mariées (avant l'âge de 50 ans) est passé de 33 à 41 et le nombre de pays où au moins 10 % des hommes ne se sont jamais mariés avant l'âge de 50 ans est passé de 31 à 49.

L'union libre est une forme de vie commune dont la proportion s'accroît et elle est moins stable et plus fluide que le mariage légalisé. Dans la région Amérique latine et Caraïbes, plus d'un quart des femmes de 20 à 34 ans vivent en union libre (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Cet arrangement est moins commun en Afrique subsaharienne et en Asie où il ne concerne respectivement que 10 % et 2 % des femmes. Au niveau mondial, la proportion d'adultes de 35 à 39 ans qui sont divorcés ou séparés est passée de 2 % à 4 % de 1970 à 2000, cette tendance étant concentrée dans les pays en

développement mais se rencontrant également ailleurs (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010).

Méthodes préférées

L'emploi de méthodes de planification familiale modernes s'est accru ces dernières années en Afrique orientale, en particulier en Éthiopie, au Malawi et au Rwanda, et en Asie du Sud-Est, mais n'a pas progressé en Afrique centrale et occidentale (Singh and Darroch, 2012). Lorsque les femmes ont accès toute à une gamme de méthodes de contraception, plusieurs facteurs entrent en jeu dans le choix qu'elles opèrent, et parmi eux principalement les effets secondaires sur la santé, la facilité d'utilisation et les préférences de leur partenaire (Bradley, Schwandt and Khan, 2009; Darroch, Sedgh and Ball, 2011). On estime, par exemple, que 34 millions des 104 millions de femmes dont les besoins de contraception moderne ne sont pas satisfaits pour des raisons tenant aux méthodes aimeraient des contraceptifs qui ne causent pas ou ne semblent pas causer de problèmes de santé ou d'effets secondaires (Singh and Darroch, 2012). Les méthodes à long terme tels que les dispositifs intra-utérins et les contraceptifs injectables exigent moins de visites cliniques et leur emploi fait moins appel à la mémoire de l'utilisatrice. Les individus et les couples qui font usage de contraceptifs tiennent également compte de l'efficacité de la méthode et de

▲ Foyer camerounais venant de recevoir la visite d'un conseiller en planification familiale communautaire.
©Alain Sibenaler/UNFPA

son taux d'échec tout en considérant son impact sur le plaisir sexuel.

Certaines femmes utilisent subrepticement des méthodes « invisibles » par crainte d'une opposition de leur conjoint à la contraception. À mesure que les femmes souhaitent davantage contrôler elles-mêmes leur fécondité et qu'elles se rendent compte qu'elles sont maintenant en mesure de le faire, certaines choisissent des méthodes auxquelles leur partenaire ne pourra pas s'opposer puisqu'il ne les détectera pas. Quelques études et des témoignages anecdotiques indiquent que l'augmentation rapide de l'usage des contraceptifs injectables (6 % à 20 %) en Afrique subsaharienne et ailleurs est attribuable en partie à une telle réaction des femmes qui

pensent qu'elles doivent cacher à leur conjoint, à leur famille ou à leur communauté qu'elles font usage de moyens contraceptifs (Biddlecom and Fapohunda, 1998).

Efficacité des méthodes

Les méthodes de longue durée, tels que les implants sous-cutanés et les dispositifs intra-utérins, sont d'une grande efficacité pour prévenir les grossesses, en grande partie parce qu'elles n'exigent pas d'action quotidienne ou périodique, telles que la prise d'une pilule ou l'administration d'une autre injection en temps voulu. La pilule, le timbre transdermique, l'anneau vaginal, les contraceptifs injectables et les barrières sont tous bien plus efficaces en « utilisation parfaite » qu'en utilisation type en raison d'oublis possibles ou d'utilisation incorrecte.

La plupart des méthodes modernes sont d'une grande efficacité à condition d'être utilisées correctement et de manière constante. Les méthodes reposant sur la connaissance de la fécondité sont aussi d'une bonne efficacité et les femmes qui ont des objections religieuses aux autres méthodes leur accordent parfois leur préférence. Même les méthodes les moins efficaces le sont plusieurs fois plus que l'absence de contraception. Environ 85 % des femmes sexuellement actives qui ne pratiquent pas la contraception conçoivent au cours de la première année (Guttmacher Institute, 2012).

L'efficacité des méthodes, mesurée en nombre de grossesses chez 100 femmes au cours de la première année d'utilisation type, va de 0,05 pour l'implant sous-cutané à 85 pour l'absence de contraception (Guttmacher Institute, 2012). Près d'une femme faisant usage de contraception sur trois choisit la stérilisation féminine, environ une sur quatre un dispositif intra-utérin et plus d'une sur 10 une méthode traditionnelle, principalement le retrait et la méthode du rythme.

L'usage dépend des options disponibles, de la facilité d'utilisation et de l'information

Les femmes peuvent avoir des besoins de contraception non satisfaits ou cesser de pratiquer la contraception parce qu'elles ne trouvent pas

MÉTHODES, PAR ORDRE DÉCROISSANT D'EFFICACITÉ

Méthodes, par ordre décroissant d'efficacité	Grossesses au cours de la première année d'utilisation type (pour 100 femmes)
Implant sous-cutané	0,05
Vasectomie	0,15
Stérilisation féminine	0,5
Dispositif intra-utérin (DIU) (stérilet au cuivre)	0,8
DIU au levonorgestrel	0,2
Contraceptif injectable - 3 mois	6
Anneau vaginal	9
Timbre transdermique	9
Pilule combinée	9
Diaphragme	12
Préservatif masculin	18
Préservatif féminin	21
Éponge contraceptive	12- 24
Retrait	22
Connaissance de la fécondité : méthodes des jours fixes, des deux jours, symptothermale	24
Spermicides	28
Pas de contraception	85

Source : Guttmacher Institute, 2012. (D'après des données des États-Unis)

dans les options offertes celle qui leur convient (Frost and Darroch, 2008; Bradley, Schwandt and Khan, 2009). La plupart des options disponibles sont fondées sur des technologies élaborées dans les années 60 et 70, et il n'a été effectué depuis que des investissements nominaux dans la recherche et la diffusion de nouvelles méthodes (Harper, 2005; Darroch, 2007). En sus d'une amélioration de la qualité des services d'information sur les méthodes modernes, les efforts nationaux visant à assurer la réalisation des droits des femmes et des hommes peuvent exiger des investissements dans de nouvelles méthodes de contraception, notamment celles qui ne causent pas d'effets systémiques secondaires, peuvent s'utiliser à la demande et n'exigent pas la participation ni l'information du partenaire (Darroch, Sedgh and Ball, 2011).

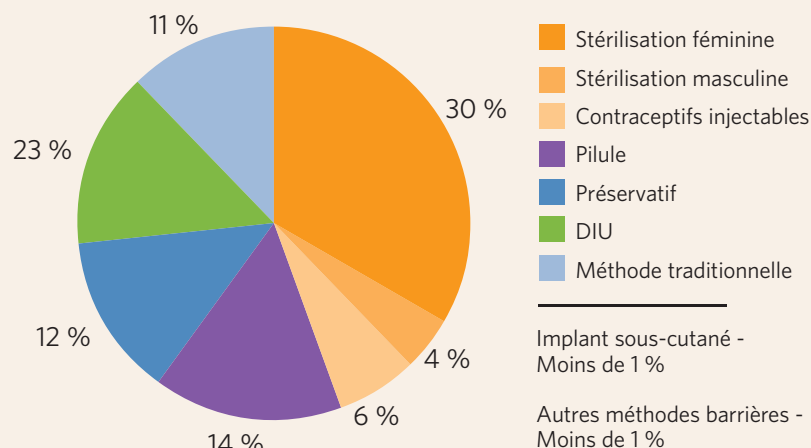
De nouvelles méthodes à elles seules n'élimineraient pas les besoins non satisfaits, mais il existe en revanche de nouvelles méthodes approuvées récemment par certains gouvernements qui pourraient permettre aux femmes d'exercer leur droit et de prévenir les grossesses de manière plus fiable et comportant moins de risques. Certaines études ont constaté que les principales causes de la cessation de la contraception, à savoir les effets secondaires et la crainte de ces effets, s'opposent aux efforts visant à répondre aux besoins non satisfaits (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

L'efficacité des méthodes et le choix d'une gamme complète font partie de la demande mais ils reflètent aussi l'offre. Les prestations de services peuvent être de piètre qualité et toute la gamme des méthodes peut ne pas être à la disposition de la plupart des gens; en conséquence, la planification familiale peut s'avérer peu attrayante pour eux, quand bien même ils souhaitent remettre à plus tard la procréation ou cesser de procréer.

Utilisation de la planification familiale et fiabilité des fournitures

La gamme des options de contraception disponibles s'élargit, en particulier dans les pays développés. En revanche, dans la plupart des pays en développement, les options dont disposent les femmes sont bien moins nombreuses, encore que la

USAGE DES CONTRACEPTIFS DANS LE MONDE, PAR MÉTHODE



Source : United Nations. 2011 World Contraceptive Data Sheet

gamme s'élargisse, là aussi, et comprenne souvent aujourd'hui, outre la pilule et les préservatifs, les contraceptifs injectables et les implants sous-cutanés. L'obtention de moyens contraceptifs est un problème; les distribuer en est un autre. La majorité de l'aide fournie pour les préservatifs est allouée à l'achat de ceux-ci et les dépenses de livraison, de distribution et d'administration sont, elles, relativement limitées.

ÉTUDE DE CAS

Fournitures au Swaziland

L'accès aux fournitures et la fiabilité de l'approvisionnement sont essentiels pour la réalisation du droit des personnes à la planification familiale. Comme beaucoup d'autres pays africains, le Swaziland a connu des ruptures de stocks, ce qui occasionne pour les gens des difficultés en matière de choix de méthode de contraception et remet en cause la confiance qu'ils peuvent accorder à une méthode donnée. Les programmes de sécurité



▲ *Couple dans un dispensaire rural de planification familiale de Mindanao (Philippines).*
©Panos/Chris Stowers

de l'approvisionnement en produits de santé reproductive s'étaient concentrés principalement sur l'achat de contraceptifs par l'État et avaient obtenu des résultats médiocres.

Dans le cadre de son effort visant à réduire les taux élevés de mortalité maternelle et de grossesse chez les adolescentes, le Swaziland a investi dans la sécurité de l'approvisionnement en produits de santé reproductive. Le ministère de la Santé a renforcé ses liens avec la société civile et l'UNFPA en établissant en 2011 un partenariat avec la Family Life Association of Swaziland, Management Sciences for Health et l'UNFPA pour renforcer l'exécution des programmes. Son objectif général était d'accroître l'efficacité du système de santé pour assurer la disponibilité de produits de santé reproductive au moyen de trois stratégies visant : à un renforcement de la sécurité des produits et services de santé reproductive, à un renforcement des capacités des ressources humaines pour la mise

en œuvre, le suivi et la fourniture de rapports, et à un accroissement de l'engagement politique et financier en faveur de la sécurité des produits de santé reproductive. Ces mesures stratégiques ont été opérantes, comme en témoigne ce critère classique qu'est l'augmentation de la prévalence de la contraception, mais il convient de noter aussi deux effets d'égale importance : l'augmentation du nombre d'établissements offrant des services de planification familiale et l'accroissement de la fiabilité de ces services. ■

Les méthodes traditionnelles restent populaires

Les méthodes de planification familiale traditionnelles sont toujours largement utilisées, en particulier dans les pays en développement. Mais les enquêtes n'apportent que rarement des éclaircissements sur les raisons pour lesquelles le choix des gens se porte sur les méthodes de planification familiale traditionnelles plutôt que sur les méthodes modernes.

Parmi les méthodes traditionnelles figurent l'abstinence périodique, le retrait, l'aménorrhée liée à l'allaitement (allaitement naturel prolongé) et diverses pratiques « populaires » ; leur efficacité varie donc considérablement. Des études comparées menées dans divers contextes confirment le fait que les femmes qui utilisent des méthodes modernes sont beaucoup moins susceptibles de tomber enceintes que celles qui se fient à une méthode traditionnelle (Trussell, 2011).

Bien que l'on ait tendance à les grouper en une seule et même catégorie, les méthodes traditionnelles présentent entre elles des différences notables. Plusieurs pays obtiennent grâce à ces méthodes de bons résultats. C'est ainsi, par exemple, que la méthode du retrait (dite aussi « coït interrompu ») est pratiquée couramment chez les couples éduqués en Iran et en Turquie ainsi qu'en Sicile et au Pakistan et qu'elle est à peu près aussi efficace que le préservatif pour prévenir les grossesses (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Erfani, 2010); le programme d'enquêtes démographiques et sanitaires la classe cependant dans la catégorie des « méthodes populaires entièrement inefficaces ».

Les méthodes féminines de planification familiale sont plus répandues que les méthodes masculines

Le Programme d'action de la CIPD note qu'« il faudrait aussi s'attacher en priorité à mettre au point de nouvelles méthodes de régulation des naissances à l'intention des hommes » et appelle à une participation du secteur privé. Il prie instamment les pays de déployer des efforts particuliers pour amener les hommes à s'impliquer davantage et à assumer leurs responsabilités dans le domaine de la planification familiale (paragraphe 12.14.). Près de 20 ans plus tard, aucune nouvelle méthode de contraception masculine n'a été largement proposée au public. Étant donné le nombre limité d'options de contraception pour les hommes, l'usage que font ceux-ci de la planification familiale n'a pas été ce qu'envisageait la CIPD. Aujourd'hui, même en comptant toutes les méthodes traditionnelles qui exigent la coopération des hommes (rythme, retrait et autres) et le préservatif masculin, les méthodes masculines ne représentent qu'environ 26 % de la prévalence mondiale de l'usage de contraceptifs (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011).

Les taux de stérilisation féminine dépassent de beaucoup les taux masculins. Bien que la décision de cesser définitivement de procréer puisse être difficile, la stérilisation est la méthode de planification familiale la plus communément utilisée dans le monde : plus d'une femme mariée sur cinq y a recours. Pratiquement en tout point du globe, les femmes subissent cette intervention bien plus fréquemment que les hommes. En Colombie, par exemple, où 78 % des femmes utilisent actuellement des moyens de contraception, près d'un tiers de toutes les femmes (31 %) ont été stérilisées, contre seulement 2 % des hommes (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). Étant donné la diminution progressive de la fécondité souhaitée, les couples qui se marient jeunes arrêtent d'avoir des enfants plus tôt; après avoir eu le nombre d'enfants qu'ils voulaient, ces couples doivent éviter les grossesses non désirées pendant une période pouvant atteindre 25 ans, d'où l'intérêt que présentent pour eux les méthodes de contraception permanentes.

Alors que l'on enregistre les taux de stérilisation féminine les plus élevés en Amérique centrale et dans le reste de l'Amérique latine (47 % en République dominicaine), les taux de vasectomie ne dépassent les 5 % que dans 14 pays du globe seulement. Les taux de stérilisation se situent pratiquement au même niveau pour les deux sexes, à environ 15 %, en Australie et en Nouvelle-Zélande (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). La stérilisation masculine ne dépasse la stérilisation féminine que dans quelques pays, en particulier au Canada et au Royaume-Uni, où le taux masculin est à peu près le double du taux féminin.

« Bien que la décision de cesser définitivement de procréer puisse être difficile, la stérilisation est la méthode de planification familiale la plus communément utilisée dans le monde : plus d'une femme mariée sur cinq y a recours. »

On peut déduire de la situation dans la plupart des pays développés que les taux de vasectomie reflètent principalement le pouvoir économique et les droits des femmes dans ces pays. Le Népal est parmi les rares pays en développement où le taux de vasectomie dépasse les 5 % et où il se situe à un tiers ou plus du taux de stérilisation féminine, ce qui tendrait à indiquer que l'autonomisation croissante des femmes au Népal a peut-être un effet sur le choix des méthodes contraceptives (EngenderHealth, 2002).

La stérilisation féminine est une intervention considérablement plus invasive et plus coûteuse, présente davantage de risques que la stérilisation masculine et est légèrement moins efficace, mais sa prévalence dépasse fortement celle de la vasectomie dans toutes les régions à l'exception de l'Amérique du Nord et de l'Europe de l'Ouest (Greene and Gold, n.d.; Shih, Turok and Parker, 2011). Le fait que la stérilisation féminine soit devenue la norme et que la stérilisation masculine reste rare est un effet éloquent de l'inégalité des sexes. Le manque d'accès à la vasectomie et l'absence de promotion

de cette opération porte atteinte aux droits des hommes et des femmes.

Au vu de ces réalités, il convient de s'interroger sur les facteurs que les conjoints prennent en considération pour décider, s'ils en parlent, lequel d'entre eux se fera stériliser. Une étude multipays a montré

que certains hommes qui choisissent la vasectomie le font par souci pour la santé de leur partenaire (Landry and Ward, 1997). D'autres étaient peu satisfaits du choix de méthodes disponibles ou leur conjointe avait cessé d'employer d'autres méthodes en raison de leurs effets secondaires. Dans certaines familles pauvres, la vasectomie a été choisie parce que l'épouse n'aurait pas pu se permettre de cesser de s'occuper des enfants et des travaux ménagers durant la période de convalescence. Certains hommes ont décidé qu'ils avaient assez d'enfants et n'ont pas consulté leur conjointe avant de se faire stériliser. Aux États-Unis, le taux de prévalence de la vasectomie est le plus élevé chez les hommes ayant fait des études supérieures et disposant de revenus importants, alors que le taux de prévalence de la stérilisation féminine est plus élevé chez les femmes ayant moins d'éducation et peu de revenus (Anderson et al., 2012).

La vasectomie est rare en Afrique subsaharienne, où ses taux sont de beaucoup inférieurs à 1 % (Bunce et al., 2007). Peu de prestataires de soins ont reçu la formation nécessaire pour la pratiquer et un grand nombre d'hommes et de femmes, sinon la plupart, n'en ont jamais entendu parler. Une étude de l'acceptabilité de la vasectomie en Tanzanie a constaté que les hommes comme les femmes étaient préoccupés par ses effets secondaires sur la sexualité (Bunce et al., 2007). Alors que certaines femmes craignaient que leur mari commence à leur être infidèle, les hommes avaient entendu des rumeurs selon lesquelles la vasectomie était cause d'impuissance et craignaient, eux, que leur femme les quitte si leur performance sexuelle s'en ressentait.

ÉTUDE DE CAS

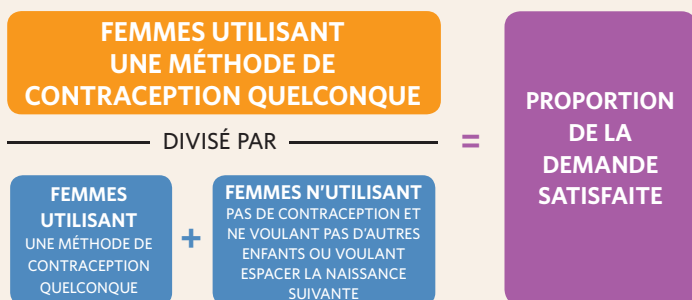
Sur la vasectomie sans bistouri dans les Îles Salomon

Après la CIPD, les programmes de planification familiale des Îles Salomon ont adopté une approche fondée davantage sur les droits. Les dispositions de la nouvelle politique de population reflétaient l'accent mis sur les droits, les pouvoirs publics s'engageant expressément « à encourager et à appuyer les efforts des parents de prendre des

DEMANDE ET OFFRE : ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

Les mesures de la prévalence de la contraception et du besoin non satisfait sont limitées dans leur aptitude à rendre compte de la nature dynamique des décisions des individus relatives à leur activité sexuelle, ainsi que du contexte dans lequel ces décisions sont prises. Par exemple, la prévalence de la contraception et le besoin de contraception non satisfait subissent l'influence de facteurs qui échappent au contrôle des femmes qui ont besoin de contraceptifs, notamment les changements de disponibilité et d'approvisionnement en contraceptifs au fil du temps. Par ailleurs, le besoin non satisfait de planification familiale reflète à la fois la demande individuelle de méthodes spécifiques et l'offre. À mesure qu'augmente le nombre de gens informés sur les avantages de l'exercice de leur droit de planifier leur famille, la demande de service peut éventuellement dépasser l'offre. Ceci peut se produire dans les régions d'accès difficile et parmi les groupes de population dont l'activité sexuelle ne correspond pas aux idées reçues concernant l'âge où il est approprié d'avoir des rapports sexuels.

Si la prévalence de la contraception et le besoin non satisfait sont des indicateurs importants, les limitations de ces deux paramètres exigent que l'on recherche des indicateurs supplémentaires afin de mieux appréhender la proportion de la demande de contraception à laquelle répondent les systèmes de santé (UNFPA, 2011). L'un de ces indicateurs est la « proportion de la demande satisfaite ». Il est calculé d'après les données recueillies actuellement et permet de suivre avec plus de précision si le désir de planification familiale exprimé par les femmes est satisfait. Par ailleurs, un emploi plus systématique des analyses par quintile ajustées pour le milieu urbain et le milieu rural peut aider les décisionnaires et les praticiens du développement à concevoir des stratégies et des programmes de planification familiale fondés sur le besoin plus adaptés.



Source : UNFPA (2010). *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. New York : UNFPA

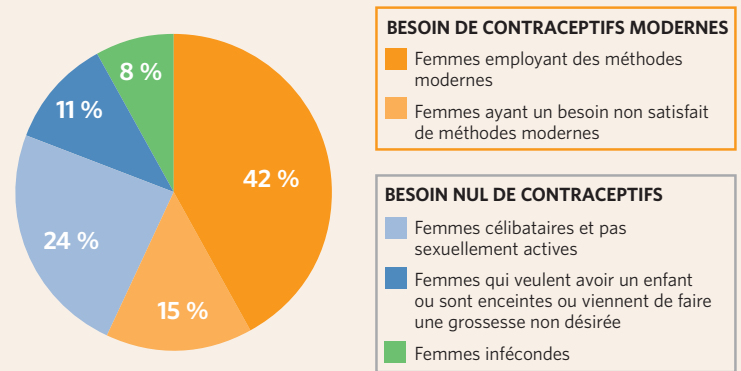
décisions de manière responsable sur la dimension de la famille [...] ». La planification familiale a connu un regain de faveur en 2003-2004 du fait de l'actualisation des directives nationales et d'une formation sérieuse des personnels de santé dans différents domaines, notamment le choix éclairé et une gamme élargie de méthodes. La prévalence des contraceptifs est passée de 11 % à 29 %.

La vasectomie sans bistouri est une méthode de contraception particulièrement populaire. Son succès a été attribué en partie au fait que les hommes étaient invités pour la première fois à s'impliquer davantage dans la planification familiale. Par ailleurs, ce type de vasectomie est très économique et peut se pratiquer localement alors que la ligature des trompes exige un déplacement pour se rendre dans un établissement hospitalier de référence. Autre facteur qui semble avoir joué en faveur de l'implication masculine, les hommes ont été invités à assister à l'accouchement de leur conjointe, ce qui a renforcé leur estime pour elles et leur a permis de mieux apprécier le processus de la mise au monde d'un enfant. ■

Contraception d'urgence

La contraception d'urgence est une méthode visant à prévenir la grossesse, applicable dans un délai de cinq jours après des rapports sexuels non protégés, une défaillance ou un emploi fautif d'un moyen de contraception (tel que l'oubli d'une pilule), un viol ou des rapports sous contrainte. Elle inhibe l'ovulation et réduit la probabilité de grossesse de jusqu'à 90 %. Elle ne peut pas empêcher l'implantation d'un ovule fertilisé, nuire au développement d'un embryon ou interrompre une grossesse. Plus le délai de prise de la pilule est bref, plus celle-ci est efficace. La pilule contraceptive d'urgence n'a pas d'effet une fois que l'ovule est implanté et elle ne provoque pas l'avortement. Elle est à prendre exclusivement en urgence et ne convient pas en tant que moyen de contraception ordinaire. Pour une protection de plus longue durée, un dispositif intra-utérin au cuivre posé dans les cinq jours suivant les rapports sexuels prévient également l'implantation et peut être laissé en place jusqu'à 10 ans (Trussell and Raymond, 2012). La contraception d'urgence joue un rôle spécial dans les cas de violence

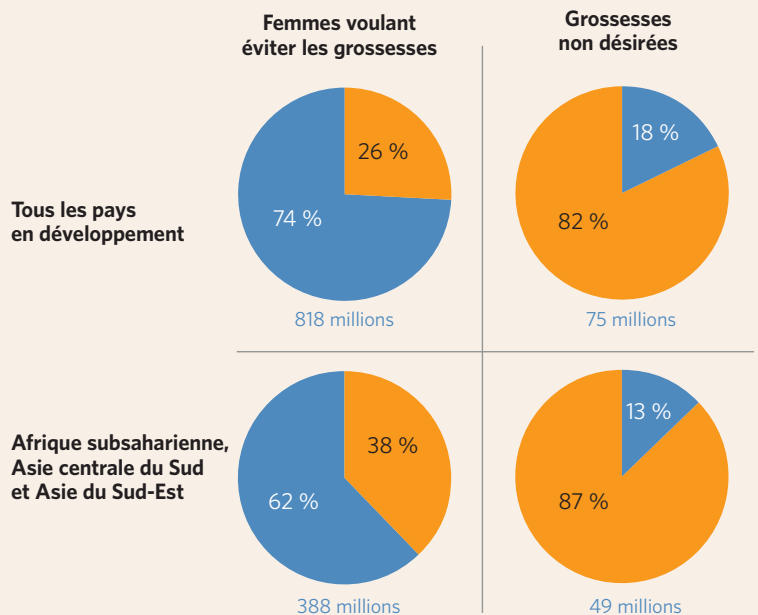
PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT EN ÂGE DE PROCRÉER ONT BESOIN DE CONTRACEPTIFS MODERNES



Source : Singh, S and JE Darroch, 2012.

LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES SURVIENNENT EN GRANDE MAJORITÉ CHEZ LES FEMMES QUI BIEN QUE VOULANT ÉVITER UNE GROSSESSE N'EMPLOIENT PAS DE CONTRACEPTION MODERNE

■ Pas de contraception ou méthode traditionnelle ■ Méthodes modernes



Sources : Darroch, Sedgh and Ball, 2011. Singh S and J Darroch, 2012, et calculs spéciaux pour Singh S et al., 2009.

sexuelle, les situations de conflit armé et les urgences humanitaires. Étant donné l'imprévisibilité et la nature souvent non planifiée des rapports sexuels chez les jeunes, la contraception d'urgence occupe une place particulièrement importante dans la gamme des services à offrir aux adolescentes et aux jeunes adultes.

Les droits et le besoin de planification familiale non satisfait

Selon un rapport de 2012 du Guttmacher Institute et de l'UNFPA sur le besoin non satisfait de planification familiale, on compte dans le monde en développement 1,52 milliard de femmes en âge de procréer. Selon les estimations, 867 millions ont besoin de contraception mais seules 645 millions utilisent une méthode de contraception moderne; les 222 millions de femmes qui ne le font pas ont un besoin de planification familiale non satisfait.

Selon les estimations, 80 millions de grossesses non désirées surviendront en 2012 dans le monde en développement à la suite d'un échec ou de la non utilisation de contraceptifs chez les femmes qui ne voulaient pas procréer dans un avenir proche.

- La plupart de ces 80 millions de grossesses non désirées (63 millions d'entre elles) se produiront chez les 222 millions de femmes ayant un besoin non satisfait de contraception moderne.
- Les grossesses survenant chez ces femmes représentent 79 % de toutes les grossesses non désirées.
- 18 % des grossesses non désirées surviennent chez les 603 millions de femmes qui utilisaient une méthode de contraception moderne mais qui éprouvaient des difficultés à l'utiliser systématiquement et correctement, ou en raison d'un échec de la méthode.

Pourquoi les besoins de contraception non satisfaits sont-ils si élevés ?

Les 222 millions de femmes qui veulent éviter la grossesse au moins dans les deux ans à venir mais qui n'utilisent pas de méthode de contraception reflètent une légère baisse du besoin non satisfait de 2008 à 2012. Durant cette période, le nombre de femmes souhaitant éviter la grossesse a augmenté de près de 40 millions, et les réductions du besoin non satisfait les plus fortes ont eu lieu en

Asie du Sud-Est. Malgré ces progrès, toutefois, il reste éminemment nécessaire de procéder à des interventions ciblées pour atteindre les collectivités sous-desservies et les sous-groupes de population marginalisés, où le besoin non satisfait est encore relativement élevé.

Dans l'ensemble du monde en développement, 18 % des femmes mariées ont un besoin non satisfait de contraception moderne, mais cette proportion est de 30 % à 37 % en Afrique occidentale, centrale et orientale et en Asie occidentale. Dans la région arabe, un nombre élevé de femmes a un besoin non satisfait de planification familiale, à savoir qu'elles préfèrent éviter la grossesse durant au moins une période de deux ans mais qu'elles n'utilisent pas de méthode de planification familiale. Une enquête du Projet panarabe pour la santé familiale a révélé que seules 40 % des femmes mariées en âge de procréer vivant dans les pays arabes font usage de méthodes de contraception modernes (Roudi-Fahimi et al., 2012). Dans la plupart des pays arabes, l'ambivalence des femmes à l'égard de la planification familiale provient de toute une gamme de facteurs, notamment de la crainte des effets secondaires, de préoccupations ayant trait aux réactions de leur mari et de conflits concernant leur rôle dans la famille et leur responsabilité de procréer. Cette ambivalence s'atténue à mesure que les femmes vieillissent.

En Afrique occidentale et centrale tout particulièrement, la faiblesse des systèmes de santé et la médiocrité des services contribuent à accroître le besoin non satisfait de contraception (Singh and Darroch, 2012). Dans pratiquement tous les pays en développement, les femmes des classes pauvres utilisent moins les contraceptifs et ont plus d'enfants que les femmes des classes aisées, ce qui souligne la nécessité de programmes ciblant les collectivités démunies. En Afrique subsaharienne, les femmes du premier quintile de richesse utilisent les moyens de contraception trois fois plus que les femmes du dernier quintile (Gwatkin et al., 2007). La grande différence entre les utilisatrices et les non-utilisatrices est que certaines femmes ont accès à l'information, disposent de davantage de choix du fait de leurs ressources supérieures et de

leur meilleure éducation, et sont en mesure d'agir conformément à leur désir de limiter la taille de leur famille.

Près de quatre grossesses non désirées sur cinq surviennent chez les femmes qui ont un besoin non satisfait de planification familiale (Singh and Darroch, 2012). Parmi les autres facteurs contribuant à ces grossesses figurent l'utilisation incorrecte ou non systématique d'une méthode de contraception, ce qui peut provenir d'une insuffisance d'information ou de conseils, et l'abandon d'une méthode sans adoption d'une autre (Singh and Darroch, 2012). L'usage de méthodes de contraception modernes est considérablement moindre chez les femmes jamais mariées que chez les femmes mariées dans tout le monde en développement, à l'exception de l'Afrique subsaharienne, où les femmes sont fortement motivées par le désir de prévenir les grossesses et de se protéger simultanément des infections sexuellement transmissibles, notamment par le VIH, et où le préservatif est la méthode prédominante employée par les femmes célibataires (Singh and Darroch, 2012).

Les données mettent également en évidence la nécessité de services conviviaux pour les adolescents et les jeunes. Les grossesses chez les adolescentes de familles pauvres de 15 à 19 ans sont plus de deux fois plus communes que chez celles du même groupe d'âge provenant de familles riches (Gwatkin et al., 2007). Cette disparité est aggravée par le fait que les filles pauvres sont plus susceptibles d'être mariées, non éduquées et dénutries et de donner naissance à des enfants prématurés ou d'un poids insuffisant. Peu d'améliorations en matière d'accès à la planification familiale ont eu lieu au cours des 10 dernières années chez les adolescents de 22 pays d'Afrique subsaharienne, où une adolescente sur quatre a un besoin non satisfait de planification familiale (United Nations, 2011c). Dans toutes les régions, les adolescentes mariées éprouvent plus de difficultés que leurs aînées à répondre à leurs besoins de services de contraception (Ortayli and Malarcher, 2010). Et les femmes jeunes qui n'ont jamais été mariées se heurtent elles aussi à des difficultés pour se procurer des contraceptifs, en grande raison du fait de la stigmatisation liée

à l'activité sexuelle avant le mariage (Singh and Darroch, 2012).

L'usage des contraceptifs réduit les taux d'avortement

Selon une étude récente du Guttmacher Institute, la baisse des taux d'avortement observée de longue date s'est enrayerée (Singh and Darroch, 2012) et l'on prévoit que 40 millions des 80 millions de grossesses non désirées qui surviendront dans le monde en développement en 2012 seront interrompues.

La plupart des grossesses non désirées aboutissant à un avortement proviennent de l'absence d'utilisation de contraceptifs ou d'un échec de la méthode utilisées, en particulier pour les méthodes traditionnelles telles que le retrait. Malgré les taux d'efficacité inférieurs, 11 % de toutes les utilisatrices de contraception (moins de 7 % de toutes les femmes mariées) de par le monde recourent à des méthodes traditionnelles telles que celles du retrait ou du rythme (Rogow, 1995). Si le manque d'accès aux méthodes modernes est souvent un facteur déterminant de ce choix, nombre de gens préfèrent également les méthodes dites « naturelles » en raison de l'absence d'effets secondaires et de coûts ainsi que du fait qu'elles n'exigent pas de consultation médicale hors du foyer.

▼ Agent de santé itinérant en visite à domicile à Gabarone (Botswana).

©Panos/Giacomo Pirozzi



La prise en compte des préoccupations des femmes concernant les méthodes de contraception moderne et l'apport d'une aide à celles qui cessent d'utiliser une méthode pour qu'elles en adoptent une autre qui soit efficace pourraient réduire de 60 % le nombre de grossesses non désirées en Afrique subsaharienne, en Asie centrale du Sud et en Asie du Sud-Est et de plus de moitié le nombre des avortements dans ces régions (Cohen, 2011). La réponse au besoin de contraception non satisfait au niveau mondial éviterait 54 millions de grossesses non désirées et 26 millions d'avortements, ce qui réduirait le nombre de ceux-ci de 40 millions à 14 millions (Singh and Darroch, 2012).

« Tous les pays devraient, au cours des prochaines années, procéder à une évaluation des besoins nationaux restant à satisfaire en matière de services de planification familiale de bonne qualité et intégration de ces services dans le contexte de la santé en matière de reproduction, en accordant une attention particulière aux groupes les plus vulnérables et les plus mal desservis de la population. »

— Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.16

Une étude de l'avortement dans 12 pays d'Asie centrale et d'Europe orientale a conclu qu'un grand nombre de femmes utilisaient des méthodes de contraception modernes mais avaient cessé de le faire pour diverses raisons (Westoff, 2005). La majorité des grossesses résultant de l'abandon d'une méthode de contraception moderne s'est soldée par des avortements. Ceci souligne combien il est important d'offrir toute une gamme de méthodes parmi lesquelles choisir, de fournir des services de conseil et d'accompagnement de qualité aux clientes/clients et de veiller à ce que les prestataires aident les femmes qui ne sont pas satisfaites d'une méthode à en choisir une autre pour éviter une grossesse non désirée.

En Ukraine, les taux de fécondité sont en baisse du fait des possibilités offertes aux femmes de faire carrière hors du foyer, et les couples sont de plus en plus nombreux à choisir d'avoir moins d'enfants. Au lendemain immédiat de la dissolution de l'Union soviétique, les couples recouraient à l'avortement en

tant qu'option principale pour réduire le nombre d'enfants. Aujourd'hui, toutefois, la planification familiale étant plus facilement accessible et mieux comprise, il y a moins de grossesses non désirées et donc moins d'avortements.

Dans la région Amérique latine et Caraïbes, le taux d'avortement a diminué, étant passé de 37 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans en 1995 à 31 pour 1 000 femmes en 2008 (Kulczycki, 2011), à mesure que progressait le taux d'utilisation de méthodes de contraception modernes, qui se situe actuellement à 67 % chez les femmes mariées (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). Toutefois, l'accès aux contraceptifs reste difficile dans certaines régions et pour certains groupes, notamment les pauvres et les adolescents. Les taux élevés de grossesse non souhaitée amènent de nombreuses femmes à vouloir avorter. Or l'avortement fait l'objet de restrictions dans la plupart des pays de la région et, dans un certain nombre de pays, n'est autorisé que si la vie de la mère est en danger. En conséquence, la quasi-totalité des 4,2 millions d'avortements pratiqués annuellement dans la région le sont clandestinement et dans de mauvaises conditions de sécurité; les taux d'avortement et la proportion des avortements non médicalisés sont les plus forts au niveau mondial (United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2011). Si les femmes riches peuvent s'adresser à des prestataires privés, les femmes pauvres subissent fréquemment les conséquences médicales et juridiques de leurs choix limités (World Health Organization, 2011a). Les avortements non médicalisés causent dans la région plus de 1 000 décès et 500 000 hospitalisations par an (Kulczycki, 2011).

Les femmes des régions développées et en développement ont des taux d'avortement similaires : 29 avortements pour 1 000 femmes dans les pays en développement et 26 pour 1 000 femmes dans les pays développés (World Health Organization, 2011). Bien que la prévalence de la contraception soit plus forte dans les pays développés, certaines femmes peuvent cesser d'utiliser les contraceptifs ou ne pas y avoir accès régulièrement.

Près de la moitié des avortements sont des avortements non médicalisés (Sedgh, Singh and Shah, 2012); pratiquement tous (98 %), tous groupes d'âge confondus, ont lieu dans les pays en développement, et le plus grand nombre en Afrique subsaharienne. L'Organisation mondiale de la santé a estimé à 21,6 millions le nombre d'avortements non médicalisés pratiqués chaque année (World Health Organization, 2011), ce nombre augmentant constamment à mesure qu'augmente de par le monde le nombre de femmes en âge de procréer (15 à 44 ans).

ÉTUDE DE CAS

L'avortement non médicalisé au Mozambique

Certaines jeunes Mozambicaines ont recours à des pratiques dangereuses et illicites pour mettre fin aux grossesses non désirées. L'Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (AMODEFA) et à présent d'autres organisations non gouvernementales ont formé des groupes de discussions dits « Caucus de femmes » qui se réunissent deux heures par semaine pour parler de ce problème et d'autres questions connexes (UNFPA, 2011a). Les membres des groupes choisissent les sujets, qui portent sur la contraception, les partenaires, l'avortement non médicalisé, l'égalité des sexes, les opportunités pour les petites entreprises et la violence à l'égard des femmes. Des jeunes femmes de l'AMODEFA ayant une formation dans les domaines des droits de la personne, de la santé sexuelle et reproductive et de l'égalité des sexes coordonnent les réunions. Les jeunes Mozambicaines signalent que ces activités leur donnent plus de confiance dans leur aptitude à prendre des décisions en matière de santé reproductive et leur apportent des connaissances sur les services de santé sexuelle et reproductive et sur les établissements dispensant ces services. ■

Contraception accrue, avortement réduit

Il est de nombreuses indications que l'accroissement de l'usage de la contraception s'accompagne d'une réduction des taux d'avortement (Westoff, 2008). En Russie, par exemple, parallèlement à une



augmentation de 74 % de l'usage du dispositif intra-utérin et de la pilule contraceptive de 1991 à 2001, l'avortement, qui était depuis des décennies la principale méthode de régulation des naissances, a chuté de 61 %. On constate une évolution analogue de la situation dans tous les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale où les femmes n'avaient précédemment pas accès aux méthodes de contraception modernes (Westoff, 2005).

Les données les plus récentes dont on dispose indiquent que 40 % des avortements non médicalisés dans le monde concernent des adolescentes et des jeunes femmes (Shah and Ahman, 2004). Les taux de mortalité et d'invalidité peuvent être plus élevés chez les adolescentes que chez les femmes adultes du fait de la tendance de la part de celles-là à décider d'avorter plus tardivement et à ne pas se faire soigner lors de complications. Les taux d'avortement augmentent avec l'imposition de limites à la contraception, l'accroissement de la demande de familles moins nombreuses ou l'avancement en âge de la mère.

▲ D'ici 2020, si 120 millions de femmes désirant des contraceptifs pouvaient en obtenir, cela réduirait de 200 000 le nombre de décès maternels durant la grossesse et à l'accouchement, ce qui équivaldrait à sauver une femme toutes les 20 minutes. L'accès à la contraception éviterait également le décès de près de 3 millions de bébés au cours de leur première année de vie.

©Lindsay Mgbor/UK Department for International Development

Une planification familiale ciblant les jeunes peut contribuer à prévenir les décès chez les adolescentes de 15 à 19 ans, lesquels ont pour principales causes les complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'avortement non médicalisé (Patton et al., 2009). Les décès maternels surviennent dans leur quasi-totalité dans les pays en développement, plus de la moitié en Afrique subsaharienne et près d'un tiers en Asie du Sud (World Health Organization, 2012).

Une étude comparative des hospitalisations dans 13 pays en développement a estimé que près d'un quart des femmes (8,5 millions par an) qui subissent un avortement font des complications qui exigent un traitement médical et que 3 millions d'entre elles ne peuvent pas se procurer les soins dont elles ont besoin (Singh, 2006).

Les adolescentes sont exposées à des risques plus élevés de complications et de décès que les adultes du fait de la grossesse. Comparées aux femmes adultes, les jeunes mères risquent de deux à cinq fois plus de mourir en couches, le risque étant le plus élevé pour les filles qui ont des enfants avant l'âge de 15 ans (World Health Organization, 2006). Le risque de décès maternel est jusqu'à quatre fois plus

élevé pour les adolescentes de 18 ans ou moins que pour les femmes âgées d'au moins 20 ans (Greene and Merrick, n.d.).

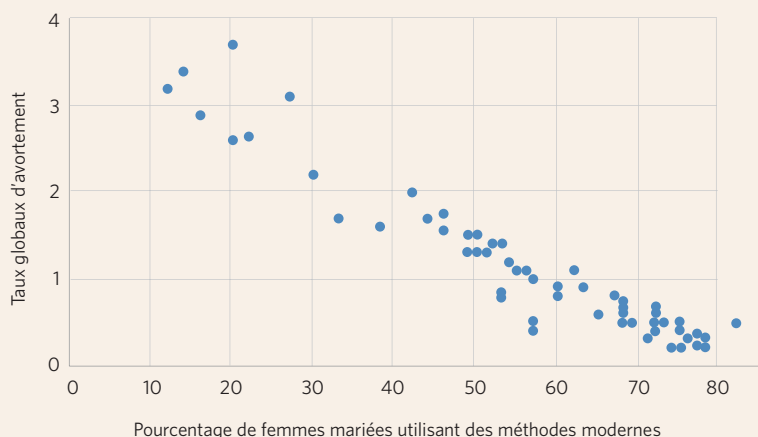
Souvent négligée, la morbidité maternelle revêt elle aussi une gravité particulière chez les jeunes. Les jeunes mères qui survivent à l'accouchement risquent bien davantage de souffrir de lésions et d'infections liées à la grossesse, et notamment de fistule obstétricale. En Afrique subsaharienne et en Asie, les Nations Unies estiment que plus de 2 millions de jeunes femmes sont porteuses d'une fistule obstétricale non traitée, affection qui est cause d'invalidité et d'exclusion sociale (World Health Organization, 2010).

Dans la plupart des situations, les taux élevés de mortalité et d'invalidité reflètent les inégalités d'accès aux services de santé et les handicaps sociaux auxquels les jeunes sont confrontés, qui sont à la fois une cause et une conséquence des risques que présente la grossesse pour la santé des jeunes femmes (Swann et al., 2003; Greene and Merrick, n.d.).

Près de 95 % des naissances parmi les adolescentes surviennent dans les pays en développement, et dans ces pays, quelque 90 % des adolescentes de 15 à 19 ans donnant naissance à un enfant sont mariées (World Health Organization, 2008). Le mariage précoce (avant l'âge de 18 ans) est de plus en plus largement reconnu comme une violation des droits fondamentaux des filles, notamment du droit d'être protégées des pratiques traditionnelles préjudiciables à leur santé (ainsi qu'il est énoncé dans la Convention relative aux droits de l'enfant), mais il ne reste que trop répandu, particulièrement en Afrique et en Asie du Sud, où environ la moitié des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans (Hervish, 2011). La plupart des filles mariées tombent enceintes peu de temps après leur mariage (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011).

Bien que 75 % des naissances chez les adolescentes soient décrites comme « souhaitées », (World Health Organization, 2008), ce souhait peut être dû dans une grande mesure à des pressions sociales et à des normes culturelles, poussant par exemple les femmes à apporter la preuve de leur fécondité à leur mari et à la famille de celui-ci à brève échéance après le mariage

TAUX GLOBAUX D'AVORTEMENT ET PRÉVALENCE DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION MODERNES DANS 59 PAYS



Source : Westoff, 2005.

(Godha, Hotchkiss and Gage, 2011). Chez les adolescentes non mariées, la grossesse est bien plus vraisemblablement non souhaitée et la probabilité d'avortement bien plus grande, ce qui est souvent le seul moyen de régulation des naissances dont elles disposent (World Health Organization, 2008).

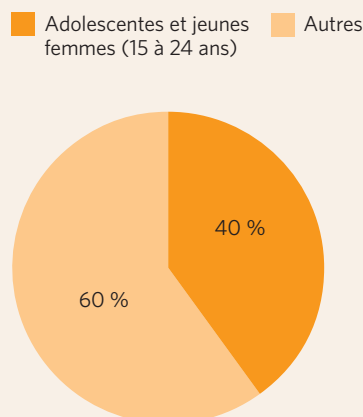
En Amérique latine, le taux des naissances chez les adolescentes a baissé rapidement mais reste élevé, se situant en moyenne à 80 naissances pour 1 000 jeunes femmes par an. Dans quelques pays, tels que l'Équateur, le Honduras, le Nicaragua et le Venezuela, le taux des naissances chez les adolescentes est supérieur à 100 pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, taux proche de celui de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne (UNFPA, 2011). Les taux des grossesses et des naissances chez les adolescentes sont considérablement plus élevés dans les groupes autochtones de ces pays, qui tendent à être défavorisés du point de vue de la situation socioéconomique et de l'éducation (Lewis and Lockheed, 2007). Aux États-Unis, le taux des naissances chez les adolescentes a récemment marqué une baisse dans tous les groupes ethniques pour se situer à 24 naissances pour 1 000 adolescentes, niveau historiquement le plus bas mais cependant plus élevé qu'en Europe de l'Ouest (UNFPA, 2010a).

Les naissances chez les adolescentes sont en baisse dans la plupart des régions du monde, mais la baisse se ralentit dans certaines régions et la tendance s'est même inversée dans certains pays d'Afrique subsaharienne où le taux des naissances chez les adolescentes sont les plus élevés au monde (United Nations Population Division, 2012). En Afrique subsaharienne, ce taux s'établit en moyenne à 120 naissances pour 1 000 adolescentes (de 15 à 19 ans) par an, les taux des pays s'échelonnant entre un maximum de 199 pour 1 000 au Niger et un minimum de 43 per 1 000 au Rwanda. Plus de la moitié des jeunes femmes ont un enfant avant l'âge de 20 ans (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011), et dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la fécondité chez les adolescentes a peu diminué depuis 1990 (Loaiza and Blake, 2010). Dans le Caucase et en Asie centrale, la fécondité des adolescentes s'est stabilisée au cours de la décennie écoulée, peut-être du fait

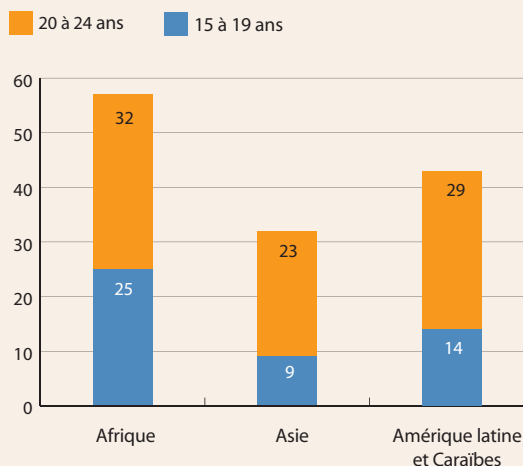
AVORTEMENTS NON MÉDICALISÉS CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES

POURCENTAGE DU TOTAL DES AVORTEMENTS NON MÉDICALISÉS DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT ET PROPORTION EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DES AVORTEMENTS NON MÉDICALISÉS PAR RÉGION

Part des adolescentes et des jeunes femmes en pourcentage du total des avortements non médicalisés pratiqués dans le monde



Ventilation des avortements non médicalisés par région et par groupe d'âge



Source : Shah, I., Ahman, E (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters*. 12(24 Supplement): págs 9-17.

des hauts niveaux de scolarisation des filles dans cette région, où la parité des sexes a été atteinte dans l'enseignement secondaire et où les filles dépassent les garçons dans l'enseignement supérieur (United Nations, 2012). La seule région où la fécondité des adolescentes ait augmenté de 2000 à 2010 est l'Asie du Sud-Est.

Besoin de données complètes

La protection du droit à la planification familiale exige en premier lieu que l'on dispose d'informations de référence sur l'accès et l'absence d'accès à la planification familiale. Cela exige également que l'on comprenne les perspectives des jeunes et des adultes sur la sexualité et sur la décision de procréer. Les technologies nouvelles permettent aux pouvoirs publics de mieux appréhender les tendances démographiques et les facteurs contextuels qui motivent l'activité sexuelle des gens et influent sur les taux de fécondité. Grâce aux moyens de communications numériques et mobiles, il est plus facile pour les gens de s'informer sur leurs droits et sur les obligations des pouvoirs publics de veiller au respect de ceux-ci.

L'évaluation des tendances de la planification familiale exige une analyse nuancée de l'identité des personnes les plus vulnérables et de celles dont les besoins ont été négligés, ainsi que des facteurs qui contribuent aux vulnérabilités et à l'incapacité

des gens à réaliser leurs droits en matière de planification familiale tout au long de leur existence (UNFPA, 2010).

Les mesures démographiques de qualité présentent un tableau complexe et mouvant. Les parties prenantes doivent de plus en plus analyser ces données en tenant compte des informations sur les facteurs sociaux, culturels et politiques qui influent sur la santé et sur l'évolution des tendances. L'Organisation mondiale de la santé affirme que ces déterminants sociaux de la santé sont responsables « de la plupart de la charge mondiale de morbidité et de la majorité des inégalités en matière de santé » (World Health Organization, 2005: 7). À tous les niveaux, individuel, communautaire et national, ces déterminants établissent des conditions qui influent sur la capacité des femmes, des hommes et des jeunes à accéder à une planification familiale de qualité quand ils souhaitent prévenir ou retarder une grossesse à divers stades de leur existence.

Les responsables politiques doivent donc faire usage de données complètes multisectorielles sur la dynamique de la population, notamment sur la structure par âge et le taux d'urbanisation, ainsi que sur d'autres tendances. L'accroissement de la disponibilité de la planification familiale risque d'être d'une efficacité limitée pour réduire les grossesses non souhaitées s'il ne s'accompagne pas d'analyses déterminant où le besoin non satisfait est le plus grand, où les efforts de défense des droits en matière de procréation ont été faibles, ou où des obstacles culturels, sociaux, économiques ou logistiques empêchent les individus d'accéder à l'information et à des services de qualité.

Le Programme d'action de la CIPD souligne les liens qui existent entre la sexualité humaine, l'âge et les relations entre les sexes, et en quoi ces facteurs se conjuguent et se répercutent sur la capacité des hommes et des femmes à parvenir à la santé sexuelle et à s'y maintenir ainsi qu'à gérer leurs fonctions procréatrices. Les programmes de planification familiale doivent donc reposer sur une analyse des données qui tient compte du continuum de l'activité sexuelle ainsi que des conséquences sexospécifiques et liées à l'âge de cette activité.

UN PLAIDOYER FONDÉ SUR LES DONNÉES MOBILISE DES APPUIS POLITIQUES ET FINANCIERS EN FAVEUR DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN ÉQUATEUR

Les taux de fécondité varient en Équateur selon le groupe de population. Les femmes du quintile de revenu inférieur ont par exemple en moyenne cinq enfants, contre deux enfants environ pour les femmes du quintile supérieur. Cette disparité reflète les inégalités en matière d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Pour y remédier, l'UNFPA a fait équipe avec le ministère de la Santé et diverses organisations bilatérales et multinationales pour recueillir et analyser des données en vue de documenter les disparités et de plaider en faveur de changements. Les résultats de ces travaux ont justifié la formulation en 2009 d'une nouvelle stratégie de planification familiale et de prévention des grossesses chez les adolescentes et ont amené l'Équateur à accroître ses investissements dans les fournitures de santé reproductive, et notamment dans les contraceptifs, de plus de 700 % de 2010 à 2012, pour les porter à 57 millions de dollars.



Conclusion

La fécondité, le besoin non satisfait, les taux d'abandon de méthodes de contraception et les taux d'avortement non médicalisé se situent à leur niveau le plus élevé dans les pays les plus pauvres et parmi les groupes de population défavorisés dans tous les pays. Il subsiste dans certains pays développés des taux élevés de grossesse non souhaitée. On constate de même la persistance d'inégalités en matière d'accès à la planification familiale et d'utilisation de la planification familiale entre les élites éduquées et

riches et tous les autres groupes. Lorsqu'il s'agit de planifier leur famille donc, les personnes qui en ont les moyens le font alors que les autres, dont l'accès est plus limité, voient leur besoin rester insatisfait et connaissent des grossesses non souhaitées.

En examinant le besoin d'information et de services de planification familiale de par le monde, les décideurs politiques doivent disposer de données complètes et tenir compte des caractéristiques diverses de l'activité sexuelle, au-delà des seuls taux de fécondité.

▲ *Couple et son bébé, à Vulcan (Roumanie).*
©Panos/Petrut Calinescu



Problématique de l'accès universel

Il y a de par le monde un très grand nombre de gens d'âges, de groupes ethniques et de lieux de résidence divers qui souhaiteraient recourir à la planification familiale mais qui ne sont pas en mesure de le faire. On relève d'amples variations dans l'aptitude des pouvoirs publics à aider la population à réaliser ce souhait et à veiller au respect des droits de la personne. Plusieurs pays ont adopté des mesures législatives pour faire une réalité des engagements internationaux relatifs aux droits (Robison and Ross, eds, 2007). Mais il en est aussi d'autres beaucoup trop nombreux où les droits de certains, pas de tous, ne sont garantis qu'en principe.

Malgré toute une gamme de mesures de protection juridiques, des obstacles à l'accès à la planification familiale, et à l'exercice des droits, persistent. Certains ont trait aux coûts et aux moyens financiers. D'autres proviennent de difficultés à assurer un approvisionnement fiable en fournitures et services de qualité dans les régions isolées ou des longues distances que doivent couvrir les personnes pour accéder à la planification familiale. D'autres encore tiennent aux normes sociales, aux coutumes ou à l'inégalité des sexes. D'autres enfin sont liés aux politiques et à la législation en vigueur.

En conséquence, de nombreux groupes ne sont pas en mesure d'exercer leur droit de décider d'avoir des enfants quand cela leur convient et dans les conditions qui leur conviennent. Les difficultés proviennent souvent de la discrimination directe et indirecte et des inégalités de l'application des lois, politiques et programmes en vigueur.

Au niveau mondial, certains sous-groupes de population se heurtent à d'énormes difficultés pour accéder à l'information et aux services dont ils ont besoin pour planifier leurs familles, ce qui fait de la planification familiale davantage un privilège réservé à certains qu'un droit universel exercé par tous.

Élimination des obstacles sociaux et économiques à la planification familiale

La Position commune des Nations Unies relative à l'approche de la programmation fondée sur les droits de la personne souligne l'importance du renforcement des capacités des individus à faire valoir leurs droits ainsi que des débiteurs d'obligations à s'acquitter de celles-ci, y inclus pour la fourniture de services. L'accroissement de l'accès aux services de planification familiale de base et de l'usage de ces services exige donc le renforcement des capacités et l'autonomisation des titulaires de droits, en particulier de celles et ceux qui sont butte à la marginalisation et à la discrimination, et le renforcement des capacités des débiteurs d'obligations en matière de réceptivité et de redevabilité. Il existe un grand nombre d'institutions variées qui peuvent s'employer à l'élimination des obstacles à la réalisation du droit à la planification familiale, et qui s'y emploient.

Divers facteurs sociaux, culturels et économiques peuvent favoriser ou entraver la réalisation des droits, notamment en matière d'accès à l'information et aux services de planification familiale et de fourniture de cette information et de ces services. De multiples caractéristiques telles que l'ethnicité, l'âge, la situation matrimoniale, le statut de réfugié, le sexe, le handicap, la pauvreté, la santé mentale

◀ *Brenda, 16 ans, (à gauche) et sa sœur aînée Atupele, 18 ans, étaient d'excellentes élèves mais ont dû abandonner leurs études, leur famille n'ayant pas les moyens d'acquitter les frais de scolarité. Toutes deux sont aujourd'hui de jeunes mères.*
©Lindsay Mgbor/
UK Department
for International
Development

ainsi que d'autres peuvent s'opposer à l'accès des personnes à la planification familiale. Toutefois, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ce sont l'inégalité des sexes, la discrimination fondée sur le sexe et la déshabilitation qui constituent les principaux obstacles auxquels les femmes se heurtent en matière de soins de santé et de réalisation de leurs droits.

Importance de l'égalité des sexes pour la réalisation des obligations de l'État

Dans de nombreux contextes, les normes liées au genre contribuent à l'acceptation chez les adultes des deux sexes de croyances, de comportements et d'attentes qui entraînent des risques pour la santé et des vulnérabilités pour les femmes et les hommes tout au long de leur vie. Par comparaison aux hommes, les femmes et les filles sont souvent socialisées pour être passives et sous-éduquées en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. La sexualité, concept qui englobe un ensemble de désirs, d'expériences et de besoins divers, est généralement réduite pour les femmes et les filles à des notions de pureté et de virginité. Les femmes font l'objet de pressions les poussant à se conformer à des normes sociales qui confinent uniformément leur activité sexuelle dans le cadre du mariage. Elles sont souvent découragées de prendre l'initiative pour aborder les sujets liés aux relations sexuelles, pour refuser d'avoir des rapports sexuels ou pour parler de planification familiale.

Dans le cadre des efforts déployés pour répondre aux besoins non satisfaits, tous les pays devraient chercher à répertorier et éliminer tous les principaux obstacles qui s'opposent encore à l'utilisation des services de planification familiale.

— Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement

Une culture à dominance machiste enseigne aux garçons et aux hommes que la sexualité et la performance sexuelle sont des éléments clés de la masculinité. Elle leur présente le plaisir des rapports sexuels comme une prérogative masculine et leur apprend à prendre l'initiative dans leurs relations sexuelles, ce

qui induit des pressions importantes (et une forte insécurité). Les perspectives traditionnelles sur les composantes de la masculinité peuvent encourager les hommes à rechercher de multiples partenaires sexuelles et à prendre des risques sexuels. Dans le monde entier, on enseigne aux hommes qu'ils ne sont pas responsables au premier chef de la planification familiale, et leur responsabilité est rarement engagée dans le cas des grossesses hors mariage.

Le traitement différencié des garçons et des filles commence tôt et se poursuit tout au long de leur existence. En conséquence, tout le monde, enfants, jeunes et adultes, absorbe généralement des messages sur la façon dont il convient de se comporter, de ne pas se comporter, de penser, et commence vite à établir des attentes divergentes de soi et d'autrui en tant qu'être sexué féminin ou masculin. Ces attentes débouchent souvent sur des pratiques qui peuvent être néfastes pour la santé sexuelle et reproductive.

Bien que ce soient les femmes qui subissent généralement les effets négatifs des normes relatives au genre au long de leur existence, la façon dont la société socialise aussi ses hommes et ses adolescents de sexe masculin produit des résultats contraires à la bonne santé sexuelle et reproductive. Dans de nombreuses sociétés, les hommes sont encouragés à affirmer leur masculinité en prenant des risques, en faisant preuve de tenacité, en se montrant durs à la douleur, en apportant à leur famille les moyens de vivre et en ayant de multiples partenaires sexuelles. Garçons et hommes se voient inculquer les rôles et les responsabilités de soutien et de chef de famille et, par les comportements dominateurs correspondants, affirment leur masculinité.

Si les normes liées au genre ne dictaient que des différences et pas une hiérarchie, nous n'en parlerions sans doute pas ici. Mais en général, elles établissent et renforcent la subordination des femmes aux hommes et produisent pour les deux sexes des résultats peu satisfaisants en matière de santé sexuelle et reproductive. Les femmes se voient souvent refuser les moyens de s'informer sur leurs droits et d'obtenir les ressources qui pourraient les aider à planifier leur vie et leur famille, à poursuivre des attitudes et à appuyer leur participation aux activités économiques formelles (Greene and Levack, 2010).

Les hommes, eux, n'ont souvent pas accès à la plupart des sources d'information et de services en matière de santé sexuelle et reproductive, ce qui leur donne l'impression que la planification familiale n'est pas de leur ressort et que ce sont les femmes qui doivent s'en charger.

Inégalité des sexes dans les programmes de planification familiale

L'inégalité des sexes est un grave obstacle à l'aptitude des femmes, ainsi que des hommes, à réaliser leur droit à la planification familiale; elle fait également entrave au développement durable. Si l'égalité des sexes consiste en l'objectif global de l'égalité des droits, de l'accès et des chances et en l'absence de discrimination fondée sur le sexe, l'équité entre les sexes fait référence à la juste répartition des ressources et des services (UNFPA, 2012b; Caro, 2009). Pour assurer équité et justice, les pouvoirs publics doivent viser à l'égalité des sexes en adoptant des stratégies et des mesures qui viennent compenser les inégalités historiques et sociales qui empêchent les femmes d'avoir les mêmes chances que les hommes (UNICEF, 2010).

Les obstacles juridiques, économiques, sociaux et culturels à la santé et à l'accès aux services de santé sont aggravés par les réalités physiologiques de la procréation : les femmes subissent les conséquences des choix peu judicieux en matière de santé sexuelle et reproductive aux dépens de leur santé et parfois de leur vie. Si elles disposent des informations, des méthodes et des services appropriés, les populations vulnérables sont mieux à même d'éviter un grand nombre des effets négatifs qui les affectent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. L'accent mis sur l'égalité des sexes peut faciliter aux femmes et aux hommes de tous âges et de tous horizons sociaux la tâche de la planification du moment et de l'espace des naissances de leurs enfants.

Les idéals rigides concernant les attitudes et comportements appropriés des hommes et des femmes sont des acquis, des normes et des construits sociaux qui varient selon le contexte local et qui interagissent avec des facteurs socioculturels tels que la



classe ou la caste (Barker, 2005; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Ces normes sociales et de genre sont appliquées et renforcées à de multiples niveaux par le biais d'attitudes et de comportements parmi les individus, dans les groupes de pairs, les communautés et les institutions.

▲ *Couple dans un service de soins prénatals au Venezuela.*
©UNFPA/Raúl Corredor

ÉTUDE DE CAS

La lutte contre la violence sexiste en Tanzanie

Le programme Jijenge! mis en œuvre en Tanzanie a reconnu le mal causé aux femmes par l'inégalité des sexes, notamment à leur santé sexuelle et reproductive (Michau, Naker and Swalehe, 2002). Au lieu de s'en tenir à une approche biomédicale type dans ce domaine, le programme a intégré l'égalité des sexes dans la santé sexuelle et reproductive par le biais de trois stratégies :

ASSOCIATION DES ATTITUDES ET DES COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

	NIVEAU SUR L'ÉCHELLE DES HOMMES ÉGALITAIRES	Pourcentage d'hommes qui disent que les facteurs suivants sont importants			
		COMMUNICATION DU COUPLE	SATISFACTION SEXUELLE	ACCOMPAGNEMENT DE LA CONJOINTE AUX VISITES PRÉNATALES	TEST DE DÉPISTAGE DU VIH
BRÉSIL	BAS	87	80	58	28
	MOYEN	84	91	68	31
	HAUT	87	95	87	38
CHILI	BAS	50	50	27	21
	MOYEN	86	83	83	24
	HAUT	90	88	89	31
CROATIE	BAS	70	61	69	5
	MOYEN	88	67	84	3
	HAUT	95	79	94	13
INDE	BAS	73	98	91	20
	MOYEN	65	98	91	12
	HAUT	64	98	93	6
MEXIQUE	BAS	71	86	75	16
	MOYEN	85	91	87	15
	HAUT	91	96	94	31
RWANDA	BAS	—	83	—	85
	MOYEN	—	85	—	87
	HAUT	—	90	—	89

Source : International Center for Research on Women and Promundo, 2011.

- Fourniture aux femmes d'information, de services cliniques et de conseils qui les aideront à repérer les causes fondamentales des problèmes de santé sexuelle dans leur communauté;
 - Formation de travailleurs communautaires pour mettre en place des organismes et des prestataires plus sensibles aux sexospécificités, y inclus des enseignant(e)s, des personnels de police, des juges et des groupes confessionnels et autres, qui pourraient adopter des pratiques plus conviviales pour les femmes;
 - Modifier les attitudes relatives à la problématique du genre dans les communautés en stimulant le débat public sur la situation des femmes au moyen de brochures, de productions de théâtre des rues, de réunions communautaires et d'autres véhicules de diffusion de l'information.
- Le programme a constaté qu'une focalisation particulière sur la violence sexiste (en particulier lorsque les messages étaient transmis par plusieurs voies) s'avérait plus efficace qu'une démarche largement

axée sur l'inégalité des sexes. Il a également noté l'importance clé de la participation des hommes aux débats ainsi que l'approbation de membres influents de la communauté. ■

Si les attitudes traditionnelles reflétant la domination masculine sont liées à des résultats peu satisfaisants en matière de santé, il s'ensuit logiquement que des attitudes plus égalitaires peuvent mener à des améliorations des attitudes et des pratiques relatives à la santé sexuelle et reproductive (Pulerwitz and Barker 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). L'Enquête internationale sur les hommes et l'égalité des sexes, par exemple, a mis en évidence l'association de pratiques plus saines à des scores élevés selon l'échelle des hommes égalitaires (GEM Scale) qui mesure les attitudes par rapport à l'égalité des sexes (International Center for Research on Women and Promundo, 2010).

Ces données révèlent que les hommes qui ont une attitude plus respectueuse ont généralement de meilleurs résultats en tant qu'individus et dans le couple en matière de communication entre conjoints et de satisfaction sexuelle et sont plus susceptibles d'accompagner leur conjointe aux visites de soins prénatals et de se soumettre à un test de dépistage du VIH.

Au fil des 15 dernières années, des organisations non gouvernementales, des organismes des Nations Unies et des instances gouvernementales ont investi dans des programmes qui allient les efforts de modification des normes relatives au genre et les interventions dans le domaine de la santé. Des recherches récentes montrent que les initiatives visant à l'adoption d'attitudes plus égalitaires chez les hommes peuvent influencer sur les attitudes et les pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive (Pulerwitz and Barker, 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Hommes et femmes peuvent adopter des attitudes et des pratiques plus saines, favorables à un respect mutuel de l'autre, sans distinction de sexe, d'ethnicité et d'orientation sexuelle. Des analyses mondiales récentes des programmes de santé sexuelle et reproductive ont constaté que ceux de ces programmes qui intégraient des considérations relatives au genre obtenaient de meilleurs résultats.



◀ Olivia Adelaide, laborantine au Centre de santé de Boane (Mozambique), qui offre des services de soins de santé primaires et de santé sexuelle et reproductive, y inclus de planification familiale et de dépistage du VIH.
©UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH

La séropositivité au VIH ne supprime pas nécessairement le désir d'avoir des enfants et les femmes séropositives peuvent aussi bien décider, compte tenu de leur statut sérologique, d'en avoir que de ne pas en avoir (Rutenberg et al., 2006). Les femmes vivant avec le VIH se trouvent incapables d'exercer leur droit de décider du nombre de leurs enfants et du moment et de l'espacement de leurs naissances lorsqu'elles sont privées des moyens et services nécessaires pour mettre à exécution leurs décisions par des pratiques discriminatoires telles que le refus de l'accès à la contraception, à la planification familiale, aux soins de santé maternelle et aux médicaments et aux services visant à prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Le droit à la santé et le droit à la santé sexuelle et reproductive confèrent aux femmes vivant avec le VIH le droit d'accéder aux traitements, aux soins et aux services nécessaires pour prévenir la transmission du virus à leur enfant à naître. Le risque de transmission périnatale du VIH est inférieur à 2 % lorsque la mère est sous traitement aux antirétroviraux, qu'elle accouche selon des pratiques à moindre risque et qu'elle nourrit son enfant selon des méthodes d'alimentation sans danger. En l'absence de services essentiels pour assurer la réalisation de ces conditions, le risque se situe entre 20 % et 45 % (World Health Organization, 2004a).

Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, on estime que 45 % des femmes enceintes séropositives ont reçu au moins certains antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant (World Health Organization, UNAIDS and UNICEF, 2010).

tats (Rottach, Schuler and Hardee, 2011; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Les attitudes et les attentes culturelles concernant la virginité, le mariage et les rôles dans la famille restent rigides dans de nombreux contextes, étant renforcées par l'appréhension devant la sexualité, le pouvoir et l'indépendance des femmes et par les dangers très réels auxquels les filles peuvent être exposées (Greene and Merrick, n.d.). À mesure que la durée effective des études se prolonge chez les filles, celles-ci sont statistiquement plus susceptibles de parvenir à la maturité sexuelle durant leur scolarisation; elles font alors face à des risques que peu d'établissements d'enseignement prennent en considération de manière appropriée, risques notamment de violence sexuelle, d'exposition aux infections sexuellement transmissibles et au VIH, de grossesse et d'accouchement précoces, et d'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses (Lloyd 2009).

« L'avortement non médicalisé est « une intervention visant à interrompre une grossesse non prévue qui est pratiquée par des gens qui n'ont pas les compétences nécessaires et/ou dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales minimales ».

World Health Organization (1992).

À l'évidence, tous ces risques ne sont pas nouveaux et ils ne se présentent pas exclusivement en milieu scolaire; les filles non scolarisées se marient, elles aussi, et continuent en grands nombres d'avoir des enfants dans leur adolescence. Ce qui est nouveau, c'est la possibilité accrue de conflits entre ceux des rôles des filles qui restent stables (corvées domestiques, attentes relatives à la virginité, gestion de leur sexualité et aspirations au mariage) et ceux qui changent (scolarisation, exposition à leurs pairs, mobilité accrue dans certains cas).

Une étude de l'expérience de jeunes de 12 à 19 ans ayant été scolarisés à 12 ans dans cinq pays d'Afrique montre que les filles sont moins susceptibles que les garçons, quel que soit leur âge, de faire des études primaires ou secondaires, et d'opérer la transition du primaire au secondaire (Biddlecom et al., 2008). Elles sont bien plus vulnérables à l'abandon de leurs études une fois qu'elles ont

atteint la maturité sexuelle et qu'elles sont devenues sexuellement actives avant le mariage; la grossesse précoce est encore plus catastrophique pour elles. Certaines recherches récentes indiquent que la grossesse et le mariage précoces tendent à être davantage des conséquences que des causes de l'abandon des études secondaires (Biddlecom et al., 2008; Lloyd and Mensch, 2008).

Redéfinition du vrai homme

Tout comme les femmes et les filles, les hommes et les garçons subissent des pressions sociales qui les poussent à adopter des idéals rigides en fonction desquels ils doivent se comporter, éprouver des sentiments et réagir pour être considérés comme de vrais hommes. Ces idéals sont appris et pas le résultat de leur appartenance au sexe masculin (Connell, 1987; Connell, 1998). Lorsqu'il leur est donné l'occasion d'y réfléchir, les hommes et les garçons décrivent souvent les pressions qui s'exercent, et qu'ils ressentent, pour faire d'eux de vrais hommes, ce concept exigeant d'eux qu'ils prennent des risques, sachent supporter la douleur, fassent preuve de tenacité, soient capables de nourrir une famille et aient de multiples partenaires sexuelles (Flood, 2007).

Cette notion de vrai homme renvoie à une masculinité hégémonique, mesure prédominante à l'aune de laquelle les hommes s'évaluent et évaluent les autres. Les concepts dominants de masculinité sont complexes, varient selon la société et sont influencés par plusieurs facteurs comprenant notamment la culture, la race, la classe sociale et la sexualité (Kimmel, 2000). Par exemple, un groupe qui souscrit à une version de la masculinité au sein d'une classe sociale ou d'un groupe ethnique peut exercer un pouvoir plus grand sur un autre, de la même façon que la masculinité hétérosexuelle exerce souvent sa domination sur la masculinité homosexuelle et bisexuelle (Marsiglio, 1998). Dans de nombreuses sociétés, la masculinité hégémonique est associée à l'hétérosexualité, au mariage, à l'autorité, à la réussite professionnelle, à la dominance ethnique et/ou à la résistance physique (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Les hommes et les garçons qui s'écartent des normes masculines dominantes dans leurs attitudes

et leurs comportements s'exposent au ridicule et à la critique (Barker and Ricardo, 2005). Par ailleurs, les jeunes hommes et les adultes qui souscrivent à ces notions traditionnelles de la masculinité sont plus susceptibles de se livrer à des pratiques sexuelles à risque (Sonenstein, ed, 2000). L'application de l'Échelle des hommes égalitaires met en évidence le fait que les hommes qui adhèrent à des notions de masculinité rigides sont plus susceptibles d'avoir des attitudes et des comportements qui mettent en danger leur santé sexuelle et la santé de leurs partenaires (Pulerwitz and Barker, 2008).

Les garçons et les hommes ne souscrivent pas tous aux versions de la masculinité dominantes dans leur communauté. Les jeunes hommes des classes socioéconomiques supérieures, par exemple, détiennent souvent plus de pouvoir et ont souvent plus largement accès aux biens et aux opportunités que ceux des classes socioéconomiques inférieures (Barker, 2005). La définition de leur identité au sein du groupe de pairs, de la famille et de la communauté auxquelles ils appartiennent est un processus dynamique qui évolue et change dans le temps (Connell, 1994). Les attitudes et les expériences des hommes, notamment les conclusions qu'ils tirent sur ce qui constitue un comportement acceptable socialement, ont des implications sur l'acceptabilité de l'accès aux services de planification familiale et sur leur volonté d'agir en participants actifs pour planifier leur famille avec leur partenaire.

Une étude menée au niveau mondial par l'Organisation mondiale de la santé a permis de constater que les formes de masculinité culturellement dominantes, qui encouragent souvent les hommes à réprimer leurs émotions et favorisent chez eux un sentiment d'invulnérabilité, opposent des obstacles à la santé et aux comportements favorables à la santé et qu'elles découragent certains hommes de rechercher des soins ou d'agir en tenant compte de la santé de leur partenaire (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Les hommes n'ont que rarement l'occasion de remettre en question ces normes masculines ou de réfléchir à l'effet que leur notion de masculinité a sur leur santé et celle de leur partenaire. Toutefois, des programmes adaptés ont démontré que les jeunes hommes et les hommes adultes peuvent



adopter des attitudes et des comportements égalitaires, lesquels sont associés à une meilleure santé sexuelle et reproductive (International Center for Research on Women and Promundo, 2010; UN Women, 2008).

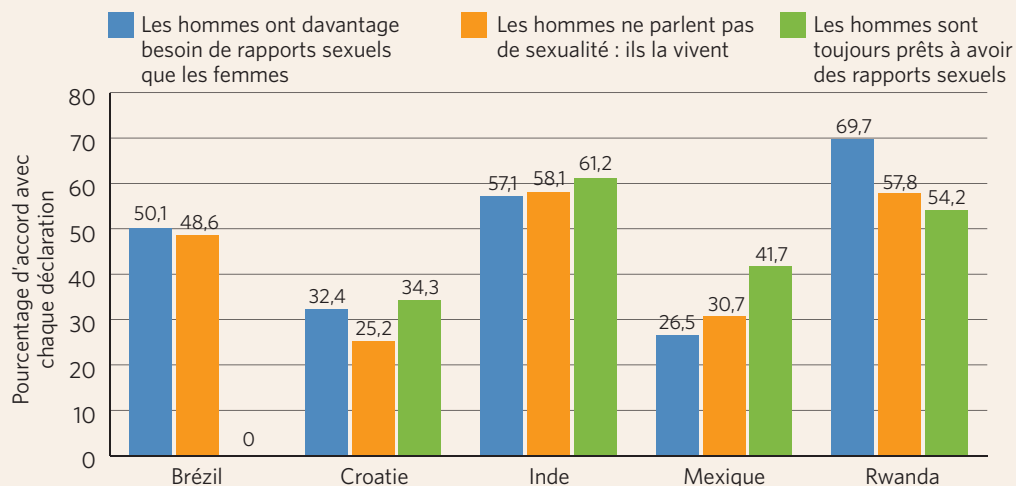
Les attitudes et normes courantes en matière de sexualité s'opposent généralement à l'accès de multiples groupes aux services de santé

Les normes sociales et culturelles dictent quand les femmes et les hommes peuvent avoir des rapports sexuels, quand, avec qui et à quelles fins. Il est largement considéré que l'activité sexuelle n'est acceptable que lorsque les personnes voulues s'y livrent dans les conditions voulues. Les points de vue des groupes exclus ne sont guère pris en considération dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes de planification familiale et il est généralement accepté que l'accès de ces groupes aux services soit limité, selon des tendances d'exclusion spécifiques dans chaque contexte.

Dans les sociétés du monde entier, il est considéré que l'activité sexuelle devrait être réservée aux personnes mariées, en bonne santé, hétérosexuelles,

▲ Jeunes hommes sur la place Tahrir au Caire (Égypte).
©UNFPA/Matthew Cassel

LIENS ENTRE L'ADHÉSION À LA MASCULINITÉ DOMINATRICE ET LA SEXUALITÉ



Source : International Men and Gender Equality Survey, International Center for Research on Women

monogames, ni trop jeunes ni trop âgées, et qui procréent conformément aux attentes de leur famille et de leur communauté. Lorsque l'activité sexuelle se situe hors de ces paramètres strictement définis, la société oppose des obstacles à l'accès de l'intéressé(e) à l'éducation, aux méthodes et aux services en matière de planification familiale.

Renforcées au fil du temps par des attitudes et des pratiques culturelles établies de longue date, les normes sociales sous-tendent le dialogue, ou

« La sexualité et les relations entre les sexes sont interdépendantes et, ensemble, influent sur la capacité qu'ont les hommes et les femmes d'avoir une vie saine et de maîtriser leur destin en matière de procréation. [...] Le sens des responsabilités en matière sexuelle, l'attention envers l'autre et l'égalité dans les relations entre les sexes, en particulier lorsqu'ils sont inculqués pendant les années de formation, favorisent des relations harmonieuses entre hommes et femmes, fondées sur le respect de l'autre. »

— Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.34.

l'absence de dialogue, sur les désirs sexuels des individus, leurs motivations et leurs réservations concernant l'accès la planification familiale, et la stigmatisation et la discrimination à l'égard de certains. Dans le cas des adolescents non mariés, par exemple, malgré d'abondantes données indiquant que beaucoup sont sexuellement actifs et qu'il est parfaitement logique du point de vue de la santé publique de les préparer à gérer leur expérience, les normes sociales n'autorisent pas le dialogue sur les relations sexuelles entre eux ou la fourniture d'informations à leur intention sur la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale.

L'existence de conditions sociales dans lesquelles l'activité sexuelle est considérée comme inacceptable ne dispense pas les États de s'acquitter de leurs obligations et de leurs engagements en matière de santé publique. Bien que les pouvoirs publics ne puissent pas, à eux seuls, modifier les attitudes et les normes discriminatoires relatives à la sexualité, ils peuvent structurer et coordonner divers processus qui réduisent les obstacles sociaux s'opposant à l'accès, renforcer les capacités des groupes marginalisés à exercer leurs droits et offrir aux personnes concernées des informations et des services appropriés,

notamment sous la forme d'une éducation sexuelle complète et objective.

La marginalisation de certains groupes de population et le déni de leurs droits minent le développement national. Ces groupes sont souvent les plus négligés, les plus exposés à la discrimination et, dans de nombreux pays aussi, ceux qui ont les plus grands besoins non satisfaits. Parmi les groupes dont l'activité sexuelle peut remettre en question les normes sociales dominantes et dont l'accès à une planification familiale fiable et de qualité peut être limité figurent : 1) *les jeunes*, 2) *les gens non mariés de tous âges*, 3) *les hommes et les garçons*, 4) *les autres groupes marginalisés ou en butte à une discrimination*.

Faute d'intégrer les politiques de planification familiale promouvant l'inclusion et d'appliquer un cadre fondé sur les droits, les institutions chargées de l'apport équitable d'information et de services courent le risque de négliger systématiquement les besoins de segments entiers de la population.

1 Jeunes

Malgré les engagements internationaux d'éliminer les obstacles à la planification familiale pour tous les groupes de population, les chercheurs constatent que les besoins des jeunes restent largement négligés. Il s'ensuit que la génération de jeunes la plus nombreuse de l'histoire n'est pas en mesure d'exercer ses droits en matière de procréation et de prévenir les grossesses non planifiées, d'atténuer les risques d'abandon scolaire ou de se protéger des infections sexuellement transmises, notamment du VIH. Cette réalité et ses conséquences néfastes sont en grande partie évitables.

Les gens de moins de 25 ans représentent actuellement 44 % de la population mondiale et dans les pays en développement, il n'y a jamais eu autant d'enfants et de jeunes, leurs nombres se situant respectivement à 1,6 milliard et à 1 milliard. Les filles de 10 à 19 ans à elles seules constituent un cinquième des femmes en âge de procréer (Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010; Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010a).

À mesure que ces jeunes accéderont à l'âge adulte, leurs réalités politiques, économiques et

socioculturelles façonneront les opportunités qui se présenteront à eux et les risques auxquels ils seront confrontés en matière de planification de la procréation. Dans de nombreuses sociétés, ces facteurs continuent de renforcer les attitudes et les pratiques qui limitent l'accès des jeunes ou qui les dissuadent d'accéder à l'éducation, aux services et aux ressources qui leur permettraient de s'informer et de choisir le moment où ils souhaitent devenir parents.

Le besoin de planification familiale non satisfait est à son niveau le plus élevé chez les 300 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans. Les risques de la grossesse et de l'accouchement pour la mère et l'enfant sont les plus élevés chez les adolescentes et des efforts intensifs doivent être déployés pour assurer le respect des droits des adolescentes à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, y inclus en matière de protection contre les infections sexuellement transmises et le VIH (UNICEF et al., 2011a). Chaque jour, 2 500 jeunes, majoritairement des femmes, sont nouvellement infectés par le VIH. Mariées ou non, les jeunes femmes ont souvent besoin de la double protection d'un préservatif et d'un contraceptif moderne pour les protéger à la fois de la grossesse et de la maladie.

En Afrique subsaharienne, en Asie centrale du Sud et en Asie du Sud-Est, plus de 60 % des adolescentes qui souhaitent éviter une grossesse ont un besoin non satisfait de contraception moderne. Plus de 80 % des grossesses non planifiées dans ce groupe d'âge surviennent chez ces adolescentes qui n'emploient pas de moyens de contraception modernes ou qui ont recours à une méthode traditionnelle.

Dans une analyse comparée des données des Enquêtes démographiques et sanitaires de 40 pays, le Guttmacher Institute a constaté que la proportion d'adolescentes ayant indiqué qu'elles avaient cessé de pratiquer une méthode de contraception alors qu'elles en avaient encore besoin allait de 4 % au Maroc à 28 % au Guatemala. Dans l'ensemble des pays, les taux d'abandon de méthode de contraception sont environ de 25 % plus élevés chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées, avec certaines variations régionales (Blanc et al., 2009). Dans tous les pays sauf l'Éthiopie, les adolescentes

ont été proportionnellement plus nombreuses que les femmes plus âgées à abandonner leur méthode de contraception tout en souhaitant cependant éviter une grossesse. La même analyse a fait apparaître des taux d'échec des contraceptifs plus élevés chez les jeunes au cours de la première année d'emploi de la contraception.

Très peu de jeunes sont en mesure d'explorer leur sexualité dans un contexte sain en bénéficiant d'une éducation sexuelle et de services qui leur permettent de prendre des décisions éclairées sur leurs comportements sexuels et leur santé reproductive. Les programmes de planification familiale peuvent refléter la croyance que les jeunes sont censés s'abstenir de rapports sexuels avant le mariage, norme socio-culturelle qui ne reflète plus les réalités diverses de la vie sexuelle de ce groupe d'âge.

Les jeunes explorent leur sexualité et gèrent leur vie sexuelle sous l'influence de membres

de leur famille, de pratiques religieuses, de dirigeants communautaires et de leurs pairs. En tous lieux, les adolescents des deux sexes sont exposés à des attitudes et à des comportements genrés qui façonnent leurs perceptions de l'identité de genre, de la sexualité et des relations ainsi que leurs comportements. La qualité et le contenu des informations que les jeunes reçoivent varient amplement et sont fortement influencés par les groupes de pairs de leur âge (Kinsman, Nyanzi and Pool, 2000; Jaccard, Blanton and Dodge, 2005). Lorsque les jeunes sont particulièrement vulnérables à la violence sexiste, les adolescentes peuvent en particulier être exposées à des risques accrus que leur première expérience ait lieu sous la contrainte ou la menace de la force. La contrainte est commune dans les cas d'initiation sexuelle précoce : dans certains pays, plus d'un tiers des filles signalent en avoir fait l'objet lors de leurs

DISPARITÉS DES TAUX DE FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES : L'ÉDUCATION ET LE REVENU DU MÉNAGE COMPTENT

Taux de fécondité par âge (naissances vivantes pour 1 000 filles) chez les filles de 15 à 19 ans, par quintile de revenu et région

Région	Nombre d'enquêtes par pays de la région	Moyenne régionale	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche	Ratio des taux de fécondité pauvres/riches	Pourcentage d'enfants d'âge scolaire non scolarisés dans le premier cycle du secondaire [^]
Afrique subsaharienne	29 sur 49	129,7	168,1	75,4	2,2	36,8
Amérique latine, Caraïbes	9 sur 17	95,7	169,5	39,2	4,3	5,5
Asie de l'Est	4 sur 7	42,4	75,6	17,6	4,3	10,0
Asie du Sud	4 sur 8	107,0	142,0	57,9	2,5	27,3*
Europe centrale et orientale, Asie centrale	6 sur 8	52,7	7,0	31,3	2,3	9,6, 4,9**
Moyen-Orient, Afrique du Nord	4 sur 6	57,8	68,2	35,1	1,9	19,5
Moyenne pour tous les pays	56 sur 95	103,0	142,5	56,6	2,5	18,3

Source des données sur la fécondité : Gwatkin et al., 2007

Source des données sur l'éducation : UNESCO Institute for Statistics, 2010

[^] Comprend les enfants d'environ 11 à 14 ans; âge variable selon le pays

* Comprend l'Asie du Sud et de l'Ouest

** Chiffres distincts pour l'Europe centrale et orientale et l'Asie centrale



premières expériences sexuelles (World Health Organization, 2012a).

Des analyses récentes de données sur le comportement sexuel chez les jeunes de 59 pays n'ont pas fait apparaître de tendance universelle à une précocité croissante de l'activité sexuelle; les tendances sont d'une grande complexité et présentent des variations notables selon les régions et la situation matrimoniale (Lloyd, 2005). Par ailleurs, la tendance mondiale à un retardement de l'âge du mariage a contribué à réduire la proportion des jeunes femmes qui indiquent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (Lloyd, 2005; Greene and Merrick, n.d.). Malgré cela, dans les régions à forte prévalence du mariage d'enfants, Asie du Sud et Afrique centrale, de l'Ouest et de l'Est, l'âge médian au premier rapport sexuel chez les femmes est plus bas qu'en Amérique latine et aux Caraïbes, par exemple. Chez les jeunes hommes, l'âge au premier rapport sexuel n'est pas lié à la situation matrimoniale. Ces différences entre les expériences des jeunes sont particulièrement marquées dans les pays en développement.

Des évaluations comparées de la santé sexuelle chez les adolescents aux États-Unis et en Europe ont permis de constater que les jeunes deviennent sexuellement actifs à peu près au même âge, mais qu'il se présente des différences notables en matière de résultats. Aux États-Unis, 46 % des élèves de

l'enseignement secondaire ont eu des relations sexuelles (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Malgré des niveaux analogues d'activité sexuelle dans plusieurs pays d'Europe, tels que l'Allemagne, la France et les Pays-Bas, cette activité aboutit considérablement moins souvent à des grossesses, des accouchements ou des avortements. Les taux de grossesse, d'accouchement et d'avortement sont d'environ trois fois, huit fois et deux fois plus élevés chez les adolescentes américaines que chez leurs homologues européennes (Advocates for Youth, 2011). Ces différences sont attribuables aux politiques européennes aux politiques européennes qui facilitent l'accès à l'information et aux services en matière de santé sexuelle aux jeunes d'âge scolaire, garçons et filles, respectent les droits des jeunes et contribuent à leur santé. Les jeunes Européens ont davantage accès à une éducation sexuelle complète et aux services de santé sexuelle, y inclus de planification familiale, et l'activité sexuelle est un sujet qui tend à être abordé de manière plus ouverte avec les parents et dans l'ensemble de la société.

Les schémas de nuptialité évoluent de par le monde. Les jeunes des deux sexes se marient plus tard et le nombre de pays où les premiers rapports sexuels coïncident avec le mariage pour les moins de 25 ans a diminué (Lloyd, ed, 2005; Greene and Merrick, n.d.). Ces tendances ont abouti à une augmentation

▲ *Jeunes mariés à Paris.*
©Panos/Martin Roemers

chez les jeunes de la prévalence des rapports sexuels avant le mariage. Dans les pays développés, on note un net prolongement de la période qui sépare le premier rapport sexuel du mariage (Mensch, Grant and Blanc, 2005). Le temps écoulé entre le premier rapport sexuel et la vie à deux est plus long chez les hommes (de trois à six ans) que chez les femmes (maximum de deux ans).

L'accroissement de l'écart entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge au premier mariage a des implications pour les risques et les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle, en particulier chez les filles d'âge scolaire. Une analyse récente portant sur 39 pays a révélé que, sauf au Bénin et au Mali, les adolescentes non mariées (de 15 à 17 ans) qui sont scolarisées sont bien moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels avant le mariage que leurs homologues non scolarisées (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). Bien que le comportement sexuel et la scolarisation soient soumis à l'influence

de facteurs individuels, familiaux et sociaux, ce constat met en évidence les effets protecteurs de l'éducation contre la grossesse et ses conséquences néfastes chez les adolescentes. Des données recueillies dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest indiquent que la grossesse et le mariage précoce pourraient être des conséquences, et non des causes, de l'abandon scolaire chez les filles dans certains contextes (Lloyd and Mensch, 2008).

Des millions de jeunes ont des relations sexuelles avant que leurs parents ne le reconnaissent ou que des institutions ne répondent à leurs besoins. Mariés ou non, ils ont aussi besoin de services pour éviter les grossesses non désirées et prévenir les infections sexuellement transmises, y inclus par le VIH, mais n'y ont pas suffisamment accès.

L'activité sexuelle des jeunes remet en question l'accent mis sur l'abstinence et l'opinion selon laquelle cette activité devrait avoir exclusivement pour but la procréation. Le fait est que beaucoup de jeunes ne sont pas abstinents et que leur activité sexuelle n'est pas motivée par le désir d'avoir des enfants. Des évaluations quantitatives effectuées en Afrique subsaharienne indiquent que les jeunes femmes non mariées et sexuellement actives ne cherchent pas à avoir un enfant (Cleland, Ali and Shah, 2006). En outre, les jeunes femmes mariées ne souhaitent pas nécessairement avoir un enfant à un jeune âge, et certaines d'entre elles, si elles sont déjà mères, souhaitent retarder une seconde grossesse.

Étant donné le désir de la part des jeunes de retarder la procréation et de prévenir les maladies, le terme de « planification familiale » peut sembler impropre pour caractériser leurs besoins. Des recherches récentes traitent de cette question clé. De nombreux jeunes peuvent s'intéresser à la contraception pour prévenir les grossesses non désirées et se protéger des infections sexuellement transmises, mais les messages classiques relatifs à la planification de leur famille sont sans pertinence pour eux. Il faut, pour tenir compte de leurs besoins et éliminer les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services appropriés, mettre l'accent sur la contraception et sur la prévention des maladies ainsi que sur une éducation sexuelle complète, ce qui s'inscrit dans le cadre des droits de la personne, notamment du droit à l'égalité et à la non-discrimination, et d'une

▼ *Adolescents à Madagascar lors d'une causerie sur les rapports sexuels protégés.*
©Panos/Piers Benatar



réflexion sur les rôles attribués aux deux sexes, ainsi que sur les attitudes et les comportements sexuels (Cottingham, Germain and Hunt, 2010).

2 Gens non mariés de tous âges

Par rapport aux générations précédentes, les jeunes et les adultes en âge de procréer sont plus nombreux à avoir des rapports sexuels hors mariage, sans désir immédiat d'avoir des enfants (Ortega, 2012). Il est nécessaire pour assurer leur accès à la planification familiale, quelle que soit leur situation matrimoniale, de reconnaître la réalité de l'activité sexuelle motivée par la quête du plaisir et le désir d'intimité avant ainsi qu'après le mariage.

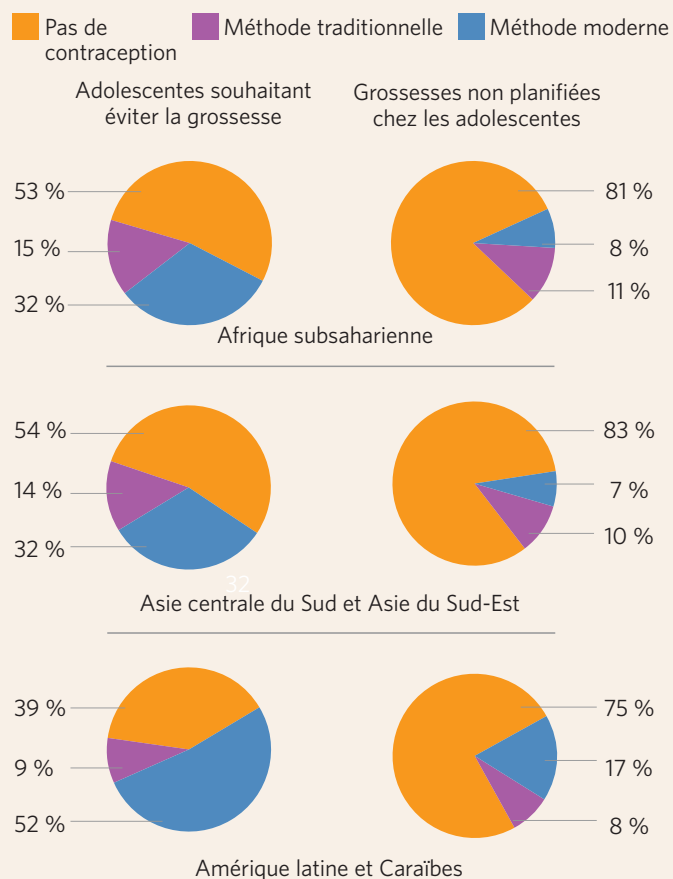
La plupart des habitants du globe se marient et la plupart de l'activité sexuelle se situe dans le cadre du mariage (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Cependant, nombreux sont les gens qui ne se sont jamais mariés ou qui ne le sont plus et qui souhaitent recourir à la planification familiale. Des données récentes soulignent le fait que les communications interpersonnelles entre adultes concernant la planification familiale – et l'utilisation effective de la planification familiale – ont lieu de plus en plus alors qu'ils sont célibataires, séparés, veufs ou divorcés.

Quand les programmes de planification familiale de l'État excluent ces groupes non mariés, ils marginalisent une part croissante de la population. Bien que les pratiques religieuses et les normes sociales considèrent le mariage comme un pré-requis de l'activité sexuelle, l'État a l'obligation d'assurer l'accès de tous à la planification familiale, quels que soient leurs convictions religieuses et leurs pratiques sexuelles, sans discrimination.

La proportion d'adultes qui ne se sont jamais mariés s'accroît dans certains pays (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Au cours des 40 ans écoulés, le nombre de pays où au moins 10 % des femmes n'avaient jamais été mariées à l'âge de 50 ans est passé de 33 à 41. Il existe aussi une proportion plus élevée d'hommes qui ne se marient pas. De 1970 à 2000, le nombre de pays où au moins 10 % des hommes n'étaient pas mariés avant leur 50e anniversaire est passé de 31 à 49.

Les unions consensuelles représentent une part croissante des formes de vie commune et elles tendent à être moins stables que le mariage officiel. En Amérique latine et aux Caraïbes, plus d'une femme de 20 à 34 ans sur quatre vit en union libre (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Cet arrangement est moins courant en Afrique subsaharienne et en Asie où la proportion des femmes vivant en union libre est d'environ 10 % et 2 % respectivement. Dans 16 pays développés, le pourcentage de femmes vivant en union consensuelle varie de près de zéro à 30. Dans la majorité des pays pour lesquels des

USAGE DE LA CONTRACEPTION ET BESOIN NON SATISFAIT CHEZ LES ADOLESCENTES QUI SOUHAITENT ÉVITER LA GROSSESSE DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT



Source : Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010a.

données sont disponibles, le pourcentage de femmes vivant en union consensuelle atteint son maximum dans le groupe de 25 à 29 ans (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009).

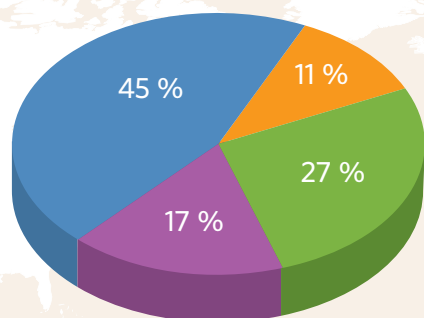
Au plan mondial, la proportion d'adultes divorcés ou séparés a doublé, étant passée de 2 % à 4 %, de 1970 à 2000. Le divorce et la séparation sont plus courants dans les pays développés que dans les pays en développement. Selon les World Marriage Data pour 2008, 11 % des femmes étaient divorcées ou séparées dans les pays développés, contre 2 % seulement, à âge égal, dans les pays en développement (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Les données de 15 pays industrialisés de 2006 à 2008 indiquent que la durée moyenne du mariage s'échelonne de 10 à 17 ans.

Par ailleurs, dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, environ un mariage enregistré sur quatre est un remariage.

Les adultes concluent des arrangements de vie commune, s'y tiennent et y mettent fin de manières très différentes des générations précédentes, et leurs besoins d'éducation et de services en matière de planification familiale présentent de nouvelles caractéristiques. Il s'offre des possibilités de repenser et de refocaliser les politiques et programmes de planification familiale afin de ne pas exclure les gens non mariés, qu'ils soient ou non jamais mariés, divorcés, séparés temporairement ou définitivement, ou veufs.

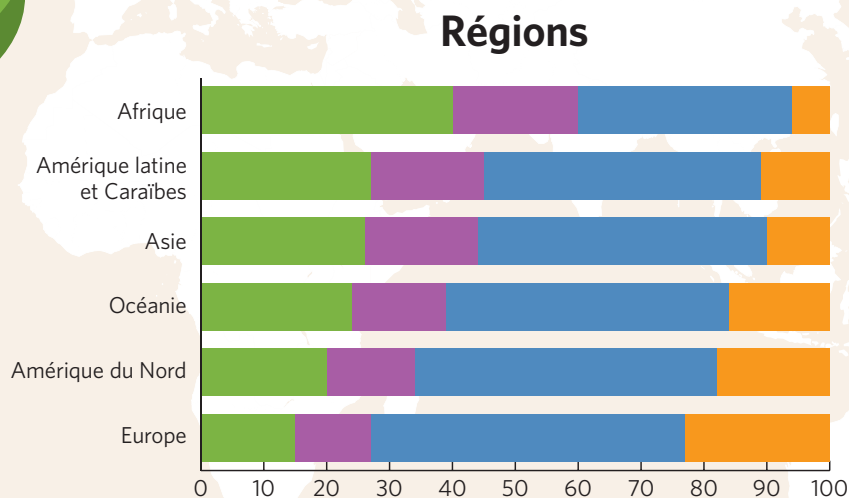
Dans les pays développés comme dans les pays en développement, les normes sociales promeuvent à divers degrés l'abstinence de relations sexuelles

NOUS VOICI ! PART DES JEUNES EN POURCENTAGE DE LA POPULATION TOTALE PAR RÉGION



Monde

0 à 14 ans 15 à 24 ans 25 à 59 ans 60 ans et plus



Régions

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011).

jusqu'au mariage. Malgré un large soutien en faveur de programmes complets d'éducation sexuelle dans de nombreux contextes, l'approche de la planification familiale fondée sur l'abstinence jusqu'au mariage peut affecter l'efficacité de ces programmes en milieu scolaire et elle néglige les besoins de santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes célibataires sexuellement actifs. Les données montrent qu'une telle approche de l'éducation sexuelle est peu efficace (Doug Kirby, 2008).

La « planification familiale » tend à se concentrer sur les besoins des personnes mariées relativement jeunes, groupe où les taux de fécondité sont généralement les plus élevés. Mais un nombre croissant de femmes et d'hommes plus âgés doivent se procurer des contraceptifs et se protéger des infections sexuellement transmises à un stade ultérieur de leur vie, souvent après le mariage (Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2010). Le désir de relations sexuelles chez les personnes de plus de 49 ans est essentiellement négligé dans l'élaboration des politiques et des programmes. Cette omission compromet les droits des aînés, hommes et femmes, sexuellement actifs qui souhaitent éviter des problèmes de santé sexuelle et reproductive, notamment en prévenant les grossesses à risque élevé et en se protégeant des infections sexuellement transmises, y inclus du VIH. La réponse à leurs besoins dans ce domaine exige que l'on rejette l'idée reçue que les personnes âgées ne sont pas sexuellement actives et n'ont pas besoin d'exercer leur droit à la planification familiale.

Femmes et hommes d'un certain âge entrent de plus en plus nombreux dans la phase finale de leur vie procréatrice étant célibataires, divorcés ou veufs, et constituent une vaste population de gens en situation de « post-mariage ». Des recherches menées en Thaïlande ont décrit la vulnérabilité des hommes âgés au VIH (Van Landingham and Knodel, 2007) mais il n'y a pas eu de recherches sur la planification familiale pour ce groupe. Les besoins sexuels des femmes et des hommes qui avancent en âge sont souvent négligés car, comme pour les adolescents, l'activité sexuelle hors mariage visant au plaisir et à l'intimité sort du cadre des normes sociales qui déterminent qui peut avoir des relations sexuelles et à quel moment. Mais la proportion d'adultes non mariés augmente



dans toutes les régions du monde, et il en découle pour l'État de nouvelles obligations de répondre aux besoins de planification familiale des personnes âgées (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Les femmes et les hommes qui avancent en âge ont un besoin non satisfait de services « conviviaux pour les personnes d'âge mûr ».

La fécondité masculine diminue très progressivement au cours d'une période de plusieurs années (Guttmacher Institute, 2003, cité dans Barker and Pawlak, 2011). Féconds bien plus longtemps que les femmes, les hommes âgés ne trouvent souvent pas d'appuis pour prévenir les grossesses à risque élevé chez leurs partenaires, dont beaucoup sont souvent plus jeunes qu'eux. Étant donné l'accroissement du nombre d'hommes et de femmes non mariés qui ont des rapports sexuels après le mariage et la dissolution du mariage, une attention complémentaire accordée à l'éducation des hommes âgés quant aux avantages et à la disponibilité de toutes les méthodes de planification familiale, notamment du préservatif et de la vasectomie sans bistouri, pourrait apporter

▲ Contraceptifs dans les locaux de l'Association de planification familiale égyptienne d'Abo Attwa, près d'Ismailiya.
©UNFPA/Matthew Cassel

à ceux-ci les moyens de prévenir les grossesses non désirées et à risque élevé à un âge avancé et protéger ainsi le droit à la santé des femmes âgées.

3 Hommes et garçons

Les hommes et les femmes entretenant une relation hétérosexuelle peuvent examiner en partenaires les questions relatives au moment et à l'espacement de la naissance de leurs enfants. Néanmoins, les besoins de planification familiale des hommes et des garçons ainsi que leur participation ont fait l'objet de moins d'attention que leur rôle de partenaire attentif soucieux de la santé de leur conjointe (Barker and Pawlak, 2011). Compte tenu des données scientifiques et de la prise de conscience croissante de l'importance de l'engagement des hommes et des garçons dans les domaines de la santé et de l'égalité des sexes, force est de constater que les réponses nationales aux besoins interdépendants de planification familiale des hommes ainsi que des femmes restent d'envergure et de portée limitées (Barker et al., 2010).

FAIBLES TAUX DE GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET D'AVORTEMENTS CHEZ LES JEUNES NÉERLANDAISES

Les Pays-Bas ont pris diverses mesures pour lever les obstacles qui s'opposent à l'accès des jeunes à la planification familiale (Greene, Rasekh and Amen, 2002), les principaux changements instaurés étant les suivants. Un programme complet d'éducation sexuelle est dispensé dans l'enseignement primaire et secondaire, comprenant des cours sur les relations, une clarification des valeurs, le développement sexuel, les aptitudes requises pour une gestion saine de la sexualité et la tolérance de la diversité; les enseignants reçoivent une formation sur le contenu et les approches pédagogiques; des informations de qualité sont fournies aux parents, aux médecins de famille, aux dispensaires pour jeunes et aux médias; la confidentialité patient-médecin est garantie, même pour les jeunes adolescent(e)s; des campagnes nationales sur la santé sexuelle, explicites et d'un ton humoristique, ont été menées. Le thème qui sous-tend les politiques relatives à la santé sexuelle et reproductive des jeunes aux Pays-Bas est que les lois doivent faire face à la réalité et non sacrifier aux idéologies (Ketting, 1994). En fait, les pouvoirs publics ont ainsi répondu aux besoins et aux droits de jeunes par des politiques qui assurent à ceux-ci l'accès à l'information et aux services. Les taux de grossesses non désirées et d'avortements des Pays-Bas sont aujourd'hui parmi les plus bas au monde.

Des données factuelles de plus en plus nombreuses recueillies au cours des 20 dernières années démontrent que les normes néfastes liées au genre influent sur les attitudes et les comportements des garçons et des hommes, ce qui entraîne des conséquences négatives pour les femmes et les filles ainsi que pour les hommes et les garçons eux-mêmes (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007; Barker et al., 2011). Ce même programme de recherche analysant divers contextes note que les garçons et les hommes peuvent adopter et adoptent souvent des attitudes et des comportements égalitaires à l'égard des femmes, qui favorisent une amélioration de la santé pour eux-mêmes, leur partenaire et leur famille. Ce constat est pris en considération de plus en plus fréquemment dans les politiques et programmes de planification familiale.

Par ailleurs, plusieurs conventions et accords internationaux, notamment le Programme d'action de la CIPD, affirment l'importance de la participation des hommes à la vie familiale, y inclus dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et de la planification familiale. On voit à présent un nombre accru de gouvernements qui engagent un dialogue de politique sur les rôles des hommes dans la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'un nombre accru de praticiens du développement qui intègrent les questions liées au genre dans la conception de leurs programmes.

La communauté internationale a reconnu que les partenaires masculins exercent une influence considérable sur les préférences du couple en matière de fécondité (UNFPA, 1994; Bankole and Singh, 1998). Nombre d'institutions, de prestataires de services et d'organisations de la société civile doivent toutefois dépasser la position commune et persistante selon laquelle les garçons et les hommes ne s'intéressent tout simplement pas à la planification familiale. Le fait est que ceux-ci sont souvent formés à un très jeune âge à considérer que les questions de fécondité relèvent de la responsabilité des femmes. Et même ceux d'entre eux qui souhaitent jouer un rôle plus actif sont souvent oubliés ou négligés par les prestataires de services. Les recherches sur l'influence des normes en matière de genre sur les garçons et les hommes remettent en question les stéréotypes concernant

leurs attitudes et leurs comportements et mettent en évidence les possibilités de promotion de la santé et d'initiatives visant à l'égalité des sexes.

Les comportements sexuels des hommes présentent d'amples variations d'une région à l'autre. Il en est ainsi, par exemple, de la période d'activité sexuelle. Les dernières données du Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires provenant de 30 pays indiquent que les jeunes continuent d'être actifs sexuellement pendant plusieurs années avant de se marier (IFC Macro DHS Statcompiler). L'écart entre l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge au mariage varie de 1,1 an en Asie du South et du Sud-Est à 6,8 ans en Amérique latine et aux Caraïbes. En Afrique subsaharienne, les jeunes hommes se marient 4,8 ans après leurs premiers rapports sexuels.

Lorsque les adolescents et les jeunes ne reçoivent pas les informations et les services appropriés durant ce délai qui sépare les premiers rapports sexuels et le début de la vie en couple, ils courent, ainsi que leurs partenaires, des risques accrus d'infections sexuellement transmises et de grossesses non planifiées. Les programmes de planification familiale axés sur le couple et étroitement liés à la santé maternelle sont moins susceptibles que d'autres d'atteindre ces hommes.

En partie du fait des efforts de prévention de l'infection par le VIH, les jeunes hommes sont mieux informés des méthodes contraceptives dont ils disposent (Abraham, Adamu and Dersse, 2010). Les hommes vivant avec une partenaire sont plus au courant des moyens de contraceptions à leur disposition; depuis quelques années, ils connaissent mieux les préservatifs, mais la vasectomie reste relativement peu connue.

Bien que les hommes soient de plus en plus informés des méthodes de contraception masculines, les femmes comptent encore pour 75 % dans l'usage des contraceptifs au niveau mondial (United Nations, 2011). En 2009, les Nations Unies signalaient que 9 % seulement des femmes mariées des régions en développement avaient recours à des méthodes de contraception exigeant une participation masculine, tels que les préservatifs et la stérilisation masculine (United Nations, 2009).

Les préférences des hommes en matière de fécondité ont évolué. De nos jours, les jeunes hommes

souhaitent généralement avoir moins d'enfants.

Il y a en conséquence chez les hommes, jeunes et adultes, un désir croissant d'information et de services qui les aident à décider quand ils auront des enfants (Guttmacher Institute, 2003).

L'usage des contraceptifs chez les jeunes hommes (de 15 à 24 ans) varie notablement sans le monde, la proportion de ceux qui déclarent y recourir allant de 63 % à 93 % dans certaines régions d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Amérique latine et des Caraïbes (United Nations, 2007). Ces chiffres diffèrent notablement de ceux de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, où moins de 50 % des jeunes hommes sexuellement actifs ont fait usage d'un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels. Sur le plan mondial, la stérilisation féminine reste la méthode de planification familiale la plus communément utilisée, étant choisie par 20 % des femmes mariées (United Nations, 2011). Cette proportion est bien plus élevée dans certains pays, les variations étant attribuables aux tendances de la fécondité

▼ À Kinaaba, un Ougandais tenant son enfant dans les bras, pendant que son épouse se fait faire une injection de contraceptif de longue durée.

©UNFPA/Omar Garzeddine



et à la gamme de méthodes réversibles dont les femmes disposent.

La communauté internationale s'est attachée plus systématiquement à obtenir l'implication des hommes dans le contexte de la prévention de l'infection par le VIH et les efforts déployés dans ce sens au niveau des collectivités ont contribué à accroître l'adoption du préservatif masculin. L'Organisation mondiale de la santé signale toutefois que moins d'un tiers (31 %) des jeunes hommes des pays en développement possèdent des connaissances « complètes et exactes » sur le VIH, ce qui indique que des appuis supplémentaires doivent être apportés en matière de santé sexuelle et reproductive chez les hommes, notamment par une éducation sexuelle et la fourniture de préservatifs (United Nations, 2009b).

« Avec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et faire en sorte que le nombre des grossesses d'adolescentes diminue considérablement. [...] Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, sont invités à reconnaître que les adolescents ont des besoins particuliers et à mettre en œuvre les programmes qui permettront de répondre à ces besoins. Ces programmes devraient comprendre des mécanismes d'appui à l'éducation et à l'orientation des adolescents dans des domaines tels que les relations entre hommes et femmes et l'égalité entre les sexes, la violence à l'encontre des adolescents, un comportement sexuel responsable, la planification responsable de la famille, la vie familiale, la santé en matière de reproduction, les maladies sexuellement transmissibles, la contamination par le VIH et la prévention du sida. »

— Programme d'action de la CIPD, paragraphes 7.46 et 7.47.

Les hommes expriment de plus en plus le souhait de participer davantage à la planification de leur famille, notamment pour réduire le nombre de grossesses non planifiées (Barker and Pawlak, 2011). Jusqu'à 50 % des hommes de certains pays (Allemagne, Brésil, Espagne, États-Unis et Mexique) envisageraient une contraception à base d'hormones si de telles méthodes masculines devenaient disponibles (Glasier, 2010). L'association des hommes en âge de

procréer aux programmes de planification familiale depuis un jeune âge peut favoriser une communication constructive au sein du couple sur le moment et l'espacement des naissances.

4 Autres groupes marginalisés

Autochtones et minorités ethniques. Les populations autochtones et les minorités ethniques ont souvent un accès insuffisant à la planification familiale. Des enquêtes qualitatives indiquent que les prestataires de services déclarent avoir eux-mêmes des difficultés à aider les femmes de groupes ethniques et autochtones en raison de leur incapacité de communiquer ou d'un manque de compréhension de leurs pratiques culturelles (Silva and Batista, 2010; Cooper, 2005). Les préjugés à l'encontre de ces groupes peuvent se traduire par une réduction des investissements dans leur santé sexuelle et reproductive (United Nations Economic and Social Council, 2009).

Le sous-investissement de l'État a des conséquences néfastes qui se manifestent par les larges disparités entre les femmes autochtones et non autochtones reflétées par ces indicateurs clés de santé reproductive et maternelle que sont notamment les taux de mortalité maternelle, les indices synthétiques de fécondité et le besoin non satisfait de planification familiale (Silva and Batista, 2010).

Il existe des inégalités notables liées à la santé entre les groupes autochtones et les autres dans plusieurs pays du monde. Au Guatemala, par exemple, où les groupes autochtones (Mayas, Xinkas et Garifunas) représentant près de 40 % de la population totale et 75 % de la population pauvre, 39 % des femmes autochtones de 15 à 49 ans mariées ont un besoin non satisfait de planification familiale et sont donc incapable d'exercer leur droit dans ce domaine (Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance, 2003). Par contraste, la proportion de femmes non autochtones ayant un besoin non satisfait de planification familiale se situe à 22 %. Ces disparités d'accès aux services contribuent au taux de fécondité élevé (6,1) des femmes autochtones qui sont également exposées à un risque plus grand de mortalité maternelle que leurs consœurs non autochtones.

ÉTUDE DE CAS

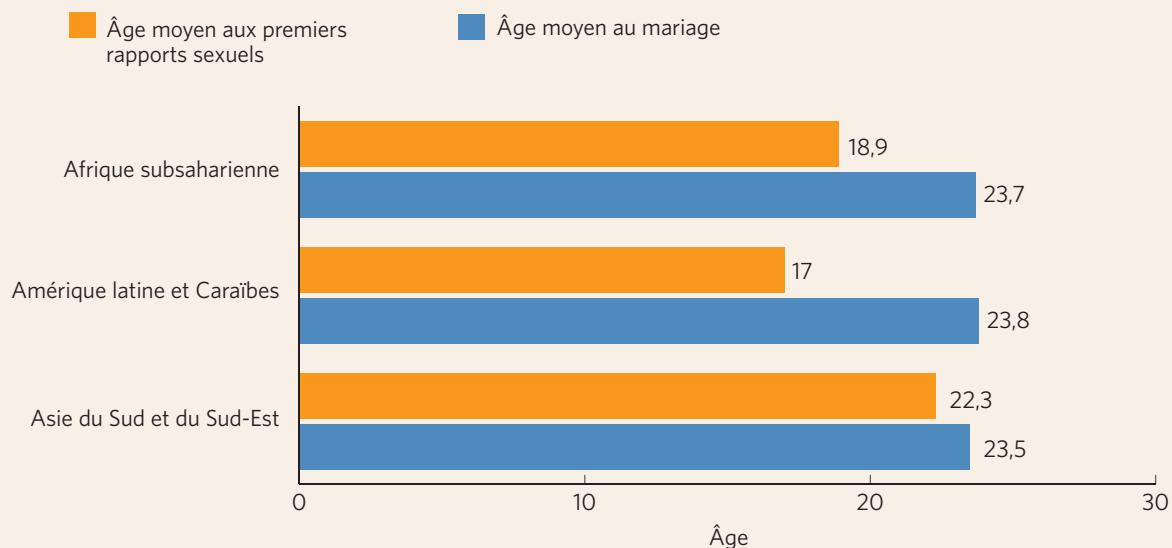
L'UNFPA et les groupes autochtones en Amérique latine

Pour traiter le problème des taux de mortalité maternelle et infantile élevés chez les populations autochtones, l'UNFPA s'emploie à accroître leur accès à des services de santé maternelle, néonatale et reproductive (y inclus de planification familiale) de qualité, sans dangers et culturellement acceptables (UNFPA, 2012d). Ce faisant, le Fonds promeut un dialogue interculturel entre les systèmes de santé traditionnels et les systèmes de santé nationaux allopathiques à base principalement occidentale, tout en appuyant

les interventions à base communautaires qui mobilisent les collectivités pour sauver la vie à des femmes. Le rôle d'intercession culturelle joué par les autorités et les dirigeants autochtones, y inclus par les accoucheuses traditionnelles, occupe une place fondamentale dans ce processus.

L'UNFPA a également contribué au progrès des connaissances sur les populations autochtones au niveau régional et national par le biais d'études qualitatives et quantitatives, d'actions de plaidoyer pour l'inclusion des questions intéressant les groupes autochtones dans les recensements démographiques et les enquêtes sur le logement, d'aide pour améliorer la tenue des registres sanitaires et administratifs. ■

BESOIN DE PLANIFICATION FAMILIALE REFLÉTÉ DANS LES ÉCARTS PLURIANNUELS ENTRE L'ÂGE DES HOMMES AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS ET AU MARIAGE



- En Afrique subsaharienne, les jeunes hommes ont des rapports sexuels environ 5 ans avant de se marier
- En Amérique latine et aux Caraïbes, les jeunes hommes ont, en moyenne, des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans et attendent près de 7 ans avant de se marier
- En Asie du Sud et du Sud-Est, selon les déclarations des intéressés, l'écart entre les premiers rapports sexuels et le mariage chez les hommes est de 1,1 an, soit notablement moins que dans les autres régions.

Source : Pays sélectionnés pour lesquels les données les plus récentes des enquêtes démographiques et sanitaires sont disponibles : IFC Macro DHS Statcompiler

PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES SITUATIONS HUMANITAIRES : SOMALIE

Les Somaliennes ont les taux de fécondité les plus élevés au monde, soit en moyenne plus de 6 enfants par femme (UNFPA, 2012b). Malgré les conflits, les famines et les taux de mortalité maternelle, infantile et postinfantile élevés, la population du pays a presque triplé au cours des 50 ans écoulés. Dans cette société pastorale, où la guerre a fait tant de morts, les enfants ont une immense valeur.

Tout au long des deux dernières décennies de conflit en Somalie et devant l'absence de gouvernement capable de fonctionner depuis 1991, l'attention internationale s'est portée sur la résolution de la crise politique et l'apport de secours d'urgence. Dans ce contexte, la mise en place de programmes et d'une infrastructure de santé nécessaires pour générer une demande de planification familiale et y répondre ne figurait pas au rang des priorités.

Certains estiment que la seule façon de communiquer efficacement en matière de planification familiale avec les Somaliennes et les Somaliens, dont la plupart sont des musulmans sunnites pratiquants, est de passer par la religion. Les actions en partenariat avec des organisations à base confessionnelle peuvent atténuer les pressions religieuses et sociales qui subissent les femmes qui pratiquent l'espacement des naissances. Les méthodes de contraception traditionnelles telles que le retrait et l'allaitement au sein exclusivement sont très facilement acceptés dans la société somalienne. L'UNFPA œuvre avec des organisations non gouvernementales et gouvernementales pour assurer l'approvisionnement en produits et services essentiels de santé reproductive. La pire phase de la famine étant aujourd'hui passée, la Somalie se voit offrir la possibilité de concentrer son attention sur les programmes de planification familiale en tant que moyen d'assurer le bien-être des futures générations.

Personnes handicapées. La Convention relative aux droits des personnes handicapées reconnaît les droits spécifiques de celles-ci et énonce les obligations corresponsantes des États. Elle précise que les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique sur la base de l'égalité avec les autres (article 12), ont le droit de se marier et de fonder une famille, « conservent leur fertilité » (article 23) et ont le droit d'accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive (article 25).

Les recherches ont constaté que les personnes handicapées sont en butte à une discrimination qui porte atteinte à leurs droits et que les préjugés sociaux limitent leur capacité d'exceller dans leurs études, leur vie professionnelle et leur vie

personnelle (World Health Organization, 2011). En outre, elles obtiennent des résultats socio-économiques inférieurs et souffrent de pauvreté (Scheer et al., 2003; European Commission, 2008).

L'opinion selon laquelle les personnes handicapées sont asexuées et celle qui considère que leur sexualité et leur fécondité doivent être contrôlées sont très répandues (World Health Organization, 2009). Or ces personnes sont sexuellement actives, et des études ont mis en évidence d'importants besoins non satisfaits de planification familiale (Maart and Jelsma, 2010; World Health Organization, 2009). Malgré des dispositions juridiques qui accordent aux personnes handicapées le droit de planifier et d'espacer les grossesses, les personnes handicapées sont plus susceptibles que les autres d'être exclues des programmes d'éducation sexuelle (Rohleder et al., 2009; Tanzanian Commission for AIDS, 2009). Des études ont également fait état de cas de stérilisation non volontaire de femmes handicapées (Servais, 2006; Grover, 2002), ce qui est contraire aux normes internationales en matière de droits de la personne.

Personnes vivant avec le VIH. Des recherches menées dans les pays développés ainsi que dans les pays en développement indiquent que la séropositivité au VIH ne supprime pas le désir d'avoir des enfants (Rutenberg et al., 2006). Les considérations spécifiques des femmes et des hommes vivant avec le VIH restent liées à la stigmatisation et à la discrimination à leur égard provenant de leur famille, de leur communauté ou du système de santé (Oosterhoff et al., 2008).

Pour les femmes et les hommes qui ont accès aux antirétroviraux, la séropositivité au VIH peut aujourd'hui être gérée essentiellement comme une maladie chronique. Bien que l'accès universel aux traitements salvateurs ne soit pas disponible dans toutes les régions du monde, la communauté internationale a réalisé des progrès considérables dans ce sens. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le nombre de gens bénéficiant d'un traitement a atteint 6,65 millions, soit une augmentation de 16 fois en l'espace de sept ans (World Health Organization, 2011). À mesure que l'accès au traitement antirétroviral continuera de s'élargir, les gens vivant avec le VIH seront de plus en plus

nombreux à exprimer leur sexualité et à planifier leur famille.

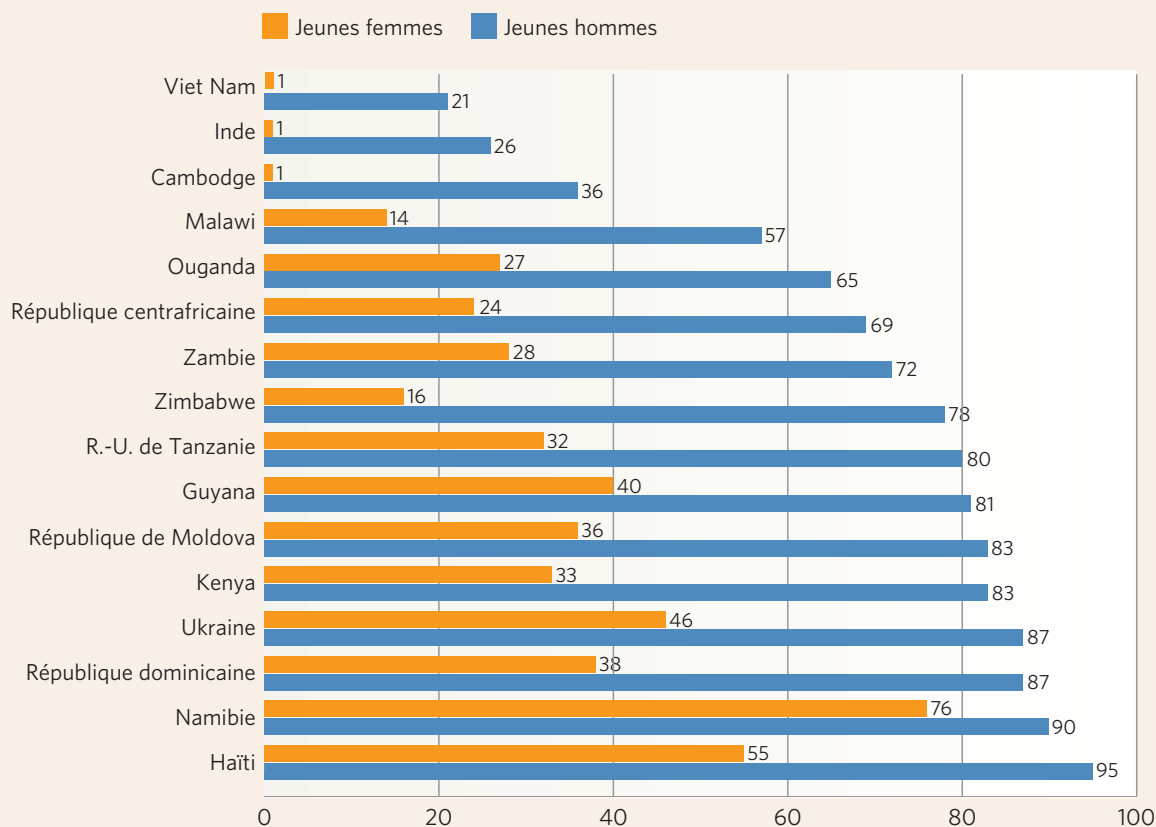
Les femmes et les hommes vivant avec le VIH signalent être soumis à des pressions intenses de leur famille, des dirigeants communautaires et des prestataires de soins les incitant à renoncer à avoir des enfants. La plupart de ces pressions sont liées aux préoccupations relatives au risque de transmission périnatale du VIH ou au bien-être des enfants dont les parents peuvent mourir prématurément du sida

(Cooper et al., 2005; International Planned Parenthood Federation, 2005). À mesure que s'accroît la durée de vie des gens porteurs du VIH, ceux-ci sont de plus en plus nombreux à envisager de procréer. Dans la plupart des sociétés, la procréation est une composante essentielle de l'identité sociale des femmes et des hommes; il est souvent attendu des « gens en bonne santé » qu'ils aient des enfants et ils font l'objet de pressions familiales ou communautaires dans ce sens.

LES JEUNES HOMMES SONT PLUS SUSCEPTIBLES QUE LES JEUNES FEMMES D'AVOIR EU DES RAPPORTS SEXUELS NON PROTÉGÉS HORS D'UNE RELATION STABLE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

(POURCENTAGES DE JEUNES DE 15 À 24 ANS)

Implications pour la planification familiale : les gens mariés et non mariés doivent avoir accès à la contraception pour prévenir les grossesses non désirées



Fuente : Enquêtes AIS, DHS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages, 2005-2009. Pour chaque pays, les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle elles sont disponibles au cours de la période indiquée.

Au Zimbabwe, ►
Patience Mapfumo,
37 ans, et son fils
Josphat, 5 ans, qui
est né sans être
infecté par le VIH.

© Elizabeth Glaser
Pediatric AIDS Foundation



POLITIQUES LIMITANT LA PLANIFICATION FAMILIALE

Criminalisation de la contraception d'urgence au Honduras

En avril 2012, le Congrès national du Honduras a adopté une loi imposant des sanctions pénales aux personnels médicaux qui dispensent des produits de contraception d'urgence et des informations sur cette contraception. Cette loi vise également toute femme qui utilise ou tente d'utiliser un moyen contraceptif d'urgence pour prévenir une grossesse non désirée et s'applique à toutes les femmes, y inclus les survivantes de viol.

Restrictions à la planification familiale à Manille

Depuis plus de dix ans, une interdiction des moyens de contraception modernes en vigueur dans la ville de Manille (Philippines) empêche les femmes d'accéder à la planification familiale. Le maire de Manille a émis un décret qui a pour effet de décourager l'usage de méthodes artificielles de contraception telles notamment que les préservatifs, la pilule, les dispositifs intra-utérins et la stérilisation chirurgicale. Il est interdit aux dispensaires de soins de santé de la ville qui reçoivent des fonds de la municipalité de fournir des moyens de contraception modernes.

En 2008, une action en justice a été intentée contre la ville, au motif d'une inconstitutionnalité de l'interdiction et avançant l'argument que celle-ci viole les obligations des Philippines en vertu du droit international. Cette contestation a été rejetée en première instance et l'appel interjeté subséquent a été lui aussi rejeté par la Cour suprême. Le dossier a été déposé de nouveau en avril 2009 devant le Tribunal régional de la ville de Manille.

Sources : *International Consortium for Emergency Contraception*, 2012; *Center for Reproductive Rights*, 2012; *Center for Reproductive Rights*, 2010; *EnGendeRights*, 2009.

La stigmatisation liée aux intentions de procréer des personnes séropositives au VIH varie selon les pays. Des études menées au Zimbabwe ont constaté, par exemple, que les femmes peuvent désirer avoir des enfants mais qu'elles ne se sentent pas suffisamment en sécurité pour réaliser leur désir, par crainte d'éventuelles réactions communautaires négatives motivées par le risque de transmission du VIH à l'enfant (Feldman and Maposhere, 2003; Craft et al., 2007). D'autres études menées en Afrique du Sud et en Côte d'Ivoire révèlent que certaines femmes souhaitent procréer précisément pour éviter la stigmatisation de l'infécondité, en raison non seulement des attentes sociales poussant les femmes à être mères mais aussi du fait qu'éviter la grossesse est souvent interprété comme un signe de séropositivité (Aka-Dago-Akribi et al., 1999).

Étant donné que les préservatifs sont la méthode contraceptive la plus largement disponibles et qu'ils protègent aussi contre la transmission du VIH, l'Organisation mondiale de la santé recommande que les personnes séropositives, hommes et femmes, qui souhaitent éviter de procréer utilisent cette méthode, seule ou avec un autre moyen de contraception (World Health Organization, 2012; Cooper et al., 2007).

Les études indiquent que l'infection par le VIH peut avoir des effets adverses sur la fécondité tant masculine que féminine (Lyerly, Drapkin and Anderson, 2001). Par ailleurs, dans les couples sérodiscordants, où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif, différentes méthodes sont à appliquer pour assurer la sécurité de la procréation. L'insémination artificielle peut réduire le risque d'infection lorsque c'est la femme qui est séropositive. Lorsque c'est le partenaire masculin qui est séropositif, le processus de procréation peut être plus complexe, plus problématique et plus coûteux (Semprini, Fiore and Pardi, 1997).

Pauvres. Malgré les améliorations obtenues ces 20 dernières années, l'état de santé sexuelle et reproductive varie selon le niveau de revenu (UNFPA, 2010). On constate un creusement des écarts entre les différentes catégories de revenu et un accroissement du nombre de gens qui ne sont pas en mesure d'exercer leur droit à la planification familiale. En

outre, des recherches révèlent qu'un part disproportionnée des dépenses publiques de santé et d'éducation est allouée aux segments aisés de la société, fait qui laisse à penser que les inégalités actuelles continueront de s'aggraver au sein des pays et entre les pays (Gwatkin, Wagstaff and Yazbeck, 2005).

Les enquêtes démographiques et sanitaires effectuées dans 24 pays d'Afrique subsaharienne indiquent que les femmes les plus pauvres et les moins éduquées ont « perdu du terrain », les adolescentes pauvres ayant les taux les plus faibles d'utilisation continue de la contraception et le besoin non satisfait de planification familiale le plus élevé (UNFPA, 2010). C'est ainsi, par exemple, que seules 10 % des femmes des ménages les plus pauvres font usage de moyens de contraception, contre 38 % de celles des ménages les plus riches.

L'exclusion sociale oppose un obstacle à l'accès des pauvres à l'information et aux services de planification familiale, auquel ne se heurtent pas les personnes de statut socioéconomique supérieur. Ces disparités compromettent la santé des femmes ainsi que l'exercice des droits des femmes et des hommes et minent les efforts de réduction de la pauvreté (Greene and Merrick, 2005). On a pu constater, par exemple, une augmentation des taux de natalité dans le groupe des adolescentes pauvres les moins éduquées, qui vivent souvent en milieu rural (UNFPA, 2010). Par contraste, les adolescentes éduquées appartenant aux ménages des trois quintiles de revenus supérieurs des zones urbaines ont depuis 2000 des taux de natalité peu élevés et en baisse.

Personnes difficiles à atteindre en milieu rural ou urbain. Dans la plupart des pays en développement, on note une forte corrélation entre la pauvreté et le lieu de résidence : les ménages urbains tendent à être plus riches que les ménages ruraux (Bloom and Canning, 2003). Les communautés difficiles à atteindre varient selon le pays considéré, mais le lieu où les gens vivent influe sur leur capacité d'accéder à la planification familiale.

Dans certains contextes, les populations des zones rurales, femmes et hommes, sont incapables d'accéder régulièrement aux informations et aux services de planification familiale. En moyenne, par exemple, le taux de prévalence de la contraception

« Nombreux dans le monde sont ceux qui ne peuvent jouir d'une véritable santé en matière de reproduction pour des raisons diverses : connaissance insuffisante de la sexualité; inadaptation ou mauvaise qualité des services et de l'information disponibles dans le domaine de la santé en matière de procréation; prévalence de comportements sexuels à hauts risques; pratiques sociales discriminatoires; attitudes négatives vis-à-vis des femmes et des filles; et pouvoir restreint qu'exercent les femmes sur leur vie sexuelle et leurs fonctions reproductives. Le fait que, dans la plupart des pays, les adolescents sont privés d'information et de services satisfaisants dans ce domaine les rend particulièrement vulnérables. Les personnes âgées des deux sexes ont des besoins spécifiques dans le domaine de la santé en matière de reproduction qui, souvent, ne sont pas pris en compte d'une manière adéquate. »

— Programme d'action de la CIPD, paragraphe 7.3

est de 17 % chez les femmes pauvres de l'Afrique subsaharienne rurale, contre 34 % chez leurs homologues urbaines (UNFPA, 2010). Il existe aussi des différences relatives au sein des communautés rurales et les évaluations nationales des revenus avec leur classification en quintile peuvent masquer les disparités qui existent au sein des communautés rurales et des communautés urbaines. Des recherches menées en Amérique latine et en Afrique subsaharienne ont ainsi mis en évidence le fait que lorsque l'on utilise les quintiles ajustés des communautés rurales pour examiner les indicateurs de la planification familiale, les femmes des communautés rurales appartenant aux quintiles les plus riches ont davantage accès aux services de planification familiale (Foreit, 2012).

Dans d'autres contextes, l'expansion rapide des zones urbaines n'a pas été suivie par un développement suffisant par l'État de l'infrastructure requise pour offrir une planification familiale de qualité aux populations pauvres de ces zones. Plus de la moitié de la population mondiale vit aujourd'hui en milieu urbain et, au cours des décennies à venir, la quasi-totalité de la croissance démographique mondiale aura lieu dans les villes, la plupart de cette croissance urbaine étant concentrée en Afrique et en Asie (UNFPA, 2007). Les deux tiers des populations urbaines de l'Afrique vivent dans des

« [...] La culture influe sur l'état de santé reproductive des femmes en déterminant l'âge et les modalités de l'activité sexuelle, les tendances du mariage, l'espacement et le nombre des enfants, les rites de la puberté, les mécanismes décisionnels et leur aptitude à contrôler les ressources, entre autres paramètres. Les stéréotypes sociétaux et culturels relatifs aux comportements et aux rôles des deux sexes expliquent également pourquoi tant d'adolescents et d'hommes restent à la périphérie des politiques et de programmes de santé sexuelle et reproductive, malgré le rôle clé qui est le leur dans ce domaine et leurs propres besoins d'information et de services. »

— Stratégie de planification familiale de l'UNFPA, 2012

établissements non planifiés, où le manque d'infrastructure et la menace de violence font obstacle à l'emploi par les femmes des services de transport et de santé (UN Habitat, 2003; Taylor, 2011). De nombreuses naissances survenant en milieu urbain dans les pays en développement ne sont pas désirées; on relève une différence de 30 % à 40 % dans les taux de prévalence des femmes des ménages urbains les plus riches et les plus pauvres (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

Les ruptures de stock, les perturbations des chaînes logistiques et les coûts contribuent aux besoins non satisfaits dans les communautés

difficiles à atteindre et sous-desservies, tant que milieu urbain qu'en milieu rural. En outre, le manque d'information ciblée relative aux besoins des habitants des zones rurales isolées et des communautés urbaines à forte densité de population figure parmi les facteurs clés qui contribuent aux taux inférieurs d'utilisation de contraceptifs et à un accroissement du besoin non satisfait (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

Migrants, réfugiés et personnes déplacées. La migration et les déplacements de population se font de plus en plus fréquents. En moins d'une décennie, de 2000 à 2008, le nombre total de migrants internationaux est passé de 150 millions de personnes (estimation) à 214 millions (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2008a). Les raisons des migrations et des déplacements intranationaux et internationaux varient, mais que ces phénomènes soient forcés ou volontaires, résultant de motifs politiques, économiques, sociaux ou environnementaux l'Organisation mondiale de la santé note que le nombre élevé de personnes qui changent de lieu de résidence présente à la communauté internationale un défi pour la santé publique (World Health Organization, 2003).

Les instruments internationaux relatifs aux droits de la personne reconnaissent explicitement que ces droits, notamment le droit à la santé et à la planification familiale, s'appliquent à toutes les personnes, migrants, réfugiés et autres ressortissants étrangers inclus (World Health Organization, 2003). Le déni de ces droits aux migrants et aux personnes déplacées exclus de la société empêche ceux-ci de bénéficier pleinement des services de santé, notamment de la planification familiale. Les femmes (et les hommes ainsi que les données commencent à le montrer) sont également vulnérables aux violences sexuelles de soldats, de gardes, de membres des communautés d'accueil et d'autres réfugiés; ces femmes sont donc exposées à des risques de grossesse non désirée (United Nations High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission, 2011).

Selon les migrants et les personnes déplacées dans les pays développés et les pays en développement, le manque d'information sur leurs droits et les services

INTÉGRATION ACCRUE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH ET DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU ZIMBABWE

Les femmes et les filles en âge de procréer ont été les plus durement touchées par l'épidémie de VIH au Zimbabwe : les taux de prévalence sont élevés chez les femmes enceintes et le VIH et le sida sont responsables d'environ un décès maternel sur quatre. En 2010, une évaluation des programmes et politiques concernant la santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida a constaté qu'une intégration insuffisante des programmes de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH réduisait les capacités des prestataires de soins à répondre au besoin non satisfait de planification familiale des femmes et des filles. En collaboration avec l'UNFPA, l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF, le ministère de la Santé et du bien-être de l'enfance s'emploie à réduire les manques en élaborant de nouvelles directives de prestations de services intégrés et en formant des prestataires.

disponibles figure parmi les principales raisons citées pour expliquer qu'ils n'accèdent pas aux services de santé (Braunschweig and Carballo, 2001). Un examen national de plusieurs pays d'Europe de l'Ouest a ainsi noté une élévation des taux de mortalité et de morbidité maternelles chez les immigrantes, effet associé à une réduction de l'accès aux contraceptifs (Kamphausen, 2000).

Une étude du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et de la Women's Refugee Commission effectuée à Djibouti, en Jordanie, au Kenya, en Malaisie et en Ouganda en 2011 a constaté que les gens vivant dans les établissements de réfugiés font état d'une utilisation moindre de moyens de contraception et de difficultés accrues à accéder à l'information et aux services, en particulier pour les adolescents des deux sexes (United Nations High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission, 2011).

ÉTUDE DE CAS

Expansion de la planification familiale dans les situations humanitaires

Dans le cadre des interventions d'urgence au Soudan du Sud, l'UNFPA a livré des trousseaux de contraceptifs oraux et injectables et des trousseaux de pose de dispositifs intra-utérins ainsi que d'autres produits de planification familiale (UNFPA, 2011a). Et en collaboration avec l'American Refugee Committee, il a continué de dispenser des formations sur la planification familiale à des travailleurs de la santé, à des agents de distribution communautaires et à des pairs éducatrices et éducateurs.

Il est fréquent que les stratégies et les programmes ne répondent pas aux besoins de planification familiale des populations de réfugiés et des personnes déplacées établies loin de leur foyer pendant des périodes de durée variable. Les efforts axés sur l'apport d'urgence de logement, de nourriture et de services de santé de base ne font pas toujours de place aux programmes ciblés visant à l'apport d'information et de services essentiels en matière de santé reproductive. Ces dernières années, cependant, des groupes de travail humanitaires interorganisations ont élaboré des ressources et des outils pour aider les personnels humanitaires à générer une

PLANIFICATION FAMILIALE ET VIE SEXUELLE SATISFAISANTE

Selon le paragraphe 7.2 du Programme d'action de la CIPD, on entend par santé en matière de reproduction la capacité de la personne de « mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité [...] On entend également par cette expressions la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. » Cette large conception de la santé reproductive, qui englobe une vie sexuelle satisfaisante et sans danger, a été prise en considération dans un certain nombre de programmes de planification familiale.

ÉTUDE DE CAS

Cours de planification familiale en Iran

La République islamique d'Iran exige de tous les couples qui ont l'intention de se marier qu'ils suivent un cours de préparation au mariage et qu'ils subissent un examen médical. Pour obtenir les résultats de cet examen et inscrire leur mariage à l'état civil, les couples doivent suivre un cours de deux heures portant sur la planification familiale, la prévention des maladies et, surtout, les relations psychologiques et sociales associées au mariage. La République islamique d'Iran a accordé une place prioritaire au débat sur « les questions sexuelles et émotives » en partie en raison des taux de divorce élevés. Depuis son lancement, le programme de planification familiale de l'Iran est l'un des plus efficaces au monde, ayant contribué à l'obtention d'un taux de prévalence de la contraception d'environ 81,6 %.

ÉTUDE DE CAS

Craintes relatives aux grossesses non désirées au Mexique

Selon une étude de 2008 portant sur une communauté traditionnelle du Mexique (Hirsch 2008: 101), les croyances religieuses des femmes les empêchaient de recourir à la planification familiale, la stérilisation étant la principale méthode qui leur était offerte, durant la plupart de leur vie procréatrice. Ces femmes s'inquiétaient donc souvent de l'éventualité de grossesses non prévues. Ce n'était qu'à partir de la fin de leurs années reproductives qu'elles avaient « la possibilité de prendre plaisir à l'intimité sexuelle sans la préoccupation d'une grossesse non prévue ou non désirée ».

ÉTUDE DE CAS

VIH, activité sexuelle et usage du préservatif

L'impact du préservatif sur le plaisir sexuel masculin est reconnu comme constituant un obstacle à l'emploi de ce moyen de contraception et de prévention de l'infection par le VIH (UNAIDS, 2000). Mais l'approche visant à encourager les femmes à faire usage de cette méthode a évolué considérablement depuis le début de l'épidémie de VIH/AIDS (Higgins and Hirsch, 2007). De nombreux programmes mettent l'accent sur le renforcement des aptitudes des femmes à la négociation, reconnaissant la résistance des hommes. Cependant, nous savons peu de choses sur la résistance des femmes à l'usage du préservatif masculin dans les rapports sexuels. Des recherches effectuées aux États-Unis ont toutefois constaté que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à ne pas aimer la sensation du préservatif masculin (Higgins and Hirsch, 2008).

demande de planification familiale et à veiller à ce que le droit des réfugiés dans ce domaine soit respecté. ■

Travailleuses du sexe. Les travailleuses du sexe ont non seulement le droit de décider du moment de la naissance de leurs enfants et de l'espacement des naissances, mais aussi celui d'utiliser des préservatifs pour se protéger des infections sexuellement transmises et notamment du VIH. Mais elles sont souvent en butte à une stigmatisation sociale et à une discrimination, qui les empêchent d'accéder aux informations et aux services de planification familiale (Lin, 2007).

Selon les normes sociales, le travail du sexe est souvent considéré comme immoral, et les institutions et les personnels chargés de l'application des lois et de la santé peuvent renforcer les attitudes et les pratiques discriminatoires, ce qui a des effets néfastes pour les travailleuses du sexe. Cela fait par exemple que dans certains pays tels que le Liban et les Philippines, l'opprobre attaché au travail du sexe et aux relations sexuelles hors mariage a été exploité pour adopter des mesures législatives qui empêchent les gens de posséder librement des préservatifs (Human Rights Watch, 2004; World Health Organization, 2005). Exposées à ces attitudes, les travailleuses du sexe considèrent souvent que les systèmes de santé ne sont pas sensibles à leurs besoins, lesquels systèmes leur refusent l'accès à toute la gamme des contraceptifs disponibles.

Certaines études signalent que lorsque les travailleuses du sexe accèdent aux services de planification familiale, elles le font rarement de leur plein gré et qu'elles sont victimes des préjugés des travailleurs de la santé qui négligent leurs besoins de santé sexuelle et reproductive, en se concentrant principalement sur le risque présenté par les infections sexuellement transmises et le VIH (Lin, 2007; Human Rights Watch, 2004). Il existe des cas documentés de prestataires de soins en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est qui ont été accusés de divulguer l'état sérologique VIH de clientes et de menacer de dénoncer les femmes séropositives aux autorités (Mgbako et al., 2008).

La stigmatisation des travailleuses du sexe et ses conséquences violent les droits universels de la per-

sonne. Selon l'Organisation mondiale de la santé, « les interventions ayant pour objet de promouvoir les pratiques sexuelles à risques réduits chez les travailleuses du sexe doivent s'inscrire dans le cadre d'un effort d'ensemble visant à assurer leur sécurité, à promouvoir généralement leur santé et leur bien-être et à protéger leurs droits de la personne » (World Health Organization, 2005).

Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres. Les programmes de planification familiale gérés par l'État négligent dans une grande mesure les besoins de ceux et de celles qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a affirmé que « la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est contraire du droit international des droits de l'homme » (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008). Cependant, dans la plupart des pays, ce sont les hétérosexuels qui sont privilégiés par les programmes de planification familiale gérés par l'État. Or certains homosexuels peuvent vouloir éviter les grossesses non désirées : les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes et les bisexuels, par exemple, peuvent choisir d'avoir des rapports hétérosexuels sans vouloir procréer. Dans d'autres situations, des lesbiennes et des gays peuvent souhaiter planifier leur famille. La violence sexuelle envers les gens motivée par leur orientation sexuelle perçue ou effective expose les femmes à des grossesses non désirées résultant d'un viol, ce qui exige l'accès à la contraception d'urgence.

Épouses enfants. Malgré la réduction des taux de mariage précoce, la pratique du mariage des filles de moins de 18 ans, âge adulte selon les normes internationales convenues, reste très répandue en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Le mariage précoce reste relativement peu commun chez les adolescents de sexe masculin. Selon les estimations, 34 % des femmes des pays en développement âgées aujourd'hui de 20 à 24 ans ont été mariées ou ont commencé à vivre en union libre avant l'âge de 18 ans. Les attentes sociales, notamment celles qui veulent que les filles se marient tôt, façonnent le comportement sexuel de celles-ci,



nuisent à leur performance scolaire et les exposent aux conséquences du mariage précoce.

Le mariage d'enfants mène à un début de l'activité sexuelle à une époque où les filles ne connaissent pas bien leur corps, leur santé sexuelle et reproductive, ni leur droit à la planification familiale. Les épouses enfants subissent également des pressions sociales considérables les poussant à démontrer leur capacité de procréer, ce qui encourage les grossesses précoces et peu espacées. Même lorsque les épouses enfants possèdent des connaissances exactes et complètes sur la façon de prévenir ces grossesses, leur incapacité de négocier l'usage du préservatif avec leur conjoint (généralement plus âgés qu'elles) ou d'accéder

aux services de planification familiale contribue à des taux élevés de procréation durant leur adolescence.

Peu de programmes de planification familiale comportent des stratégies pour atteindre les épouses enfants qui sont souvent isolées, sans réseaux sociaux bien développés, et exposées aux nombreux problèmes de santé maternelle associés à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes. C'est là un autre domaine important où il y a lieu d'investir. (Malhotra et al., 2011; Bruce and Clark, 2003; UNFPA, 2009; Lloyd, 2009; World Health Organization, 2008; Lam, Marteleto and Ranchhod, 2009; Levine et al, 2008; Mensch, Bruce and Greene, 1999.

▲ À Sanaa (Yémen), Nujoud s'est mariée à l'âge de 10 ans ; son mari en avait plus de 30. Ils sont aujourd'hui divorcés..

©VII/Stephanie Sinclair

Le manque de qualité, obstacle à l'usage de la planification familiale

Lorsque les services manquent de fiabilité ou sont fournis par du personnel non formé, ou devant la non disponibilité de toute la gamme des contraceptifs et des informations, les personnes ayant un besoin non satisfait de planification familiale peuvent s'abstenir d'y avoir recours, ce qui les empêche d'exercer leur droit.

Le système de santé de nombreux pays éprouve de grandes difficultés à gérer efficacement ses ressources humaines, s'assurer que l'infrastructure est à la hauteur des services à fournir et veiller à l'appro-

visionnement en matériels et fournitures appropriés de toutes sortes. Les habitants des régions rurales sont particulièrement vulnérables aux faiblesses du système de santé qui font qu'ils ne disposent pas des services offerts à leurs homologues urbains.

Les carences des directives relatives aux approches de la santé fondées sur les droits et la faiblesse de la gestion des personnels peuvent avoir pour conséquence des préjugés et des attitudes discriminatoires chez les travailleurs de la santé. Certains prestataires de services internalisent les préjugés sociaux à l'égard des populations minoritaires. Les attitudes des travailleurs de la santé peuvent affecter la qualité de l'information communiquée à certain(e)s client(e)s, ce qui a pour effet de limiter les options et de ne pas autoriser un choix véritablement éclairé.

Le manque d'espaces privés et l'incapacité de communiquer sont, pour certains groupes, des obstacles qui s'opposent à la fourniture des services. Une étude multipays récente a constaté que les programmes de santé dans les camps de réfugiés n'assuraient pas à toutes et à tous le respect de la vie privée, la confidentialité et la non-discrimination, en particulier pour les adolescents et les personnes non mariées (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011). Il est fréquent, dans certains contextes, que les personnes déplacées ou les réfugiés n'aient pas accès à des services de qualité du fait d'une volonté insuffisante d'aider les gens en situation instable, hébergés dans des établissements provisoires et face à des ressources limitées, à gérer leur fécondité (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011).

Les bénéficiaires potentiel(le)s des services de planification familiale peuvent se sentir aliéné(e)s par les prestataires lorsque leur santé à long terme est menacée. Dans les collectivités fortement touchées par le VIH, l'accueil négatif réservé aux membres de certaines castes ou de certains groupes ethniques peut les dissuader d'avoir recours aux services à des moments critiques de leur vie sexuelle et reproductive (United Nations Economic and Social Council, 2009a). Les membres des minorités ethniques, les gens des castes inférieures et les travailleuses du sexe, qui peuvent passer une grande partie de leur vie dans des collectivités pauvres, difficilement atteignables ou stigmatisées, ne bénéficient

PAYS AYANT LES TAUX LES PLUS ÉLEVÉS DE MARIAGE D'ENFANTS

Pays	Pourcentage de filles mariées avant l'âge de 18 ans
Niger	75 %
Tchad	72 %
Bangladesh	66 %
Guinée	63 %
République centrafricaine	61 %
Mali	55 %
Mozambique	52 %
Malawi	50 %
Madagascar	48 %
Sierra Leone	48 %
Burkina Faso	48 %
Inde	47 %
Érythrée	47 %
Ouganda	46 %
Somalie	45 %
Nicaragua	43 %
Zambie	42 %
Éthiopie	41 %
Népal	41 %
République dominicaine	40 %

Source : UNFPA, 2012

pas toujours de toute la gamme des approches de distribution (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011). Parmi ces approches figure la fourniture à base communautaire et dans de bonnes conditions de sécurité de contraceptifs injectables et de dispositifs intra-utérins approuvés par l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization, U.S. Agency for International Development, Family Health International, 2009).

ÉTUDE DE CAS

Tadjikistan

Le Tadjikistan s'emploie à résoudre le problème, notamment en milieu rural, du manque d'informations et de services. Des efforts conjoints de l'UNFPA et du ministère de la Santé ont permis d'améliorer l'accès des populations vulnérables à la planification familiale. Des informations et des services dans ce domaine sont actuellement fournis dans le cadre de programmes de santé reproductive complets et de qualité, ainsi que le prévoit le Programme d'action de la CIPD. Le Tadjikistan est parvenu à instaurer ces changements par le biais d'initiatives de renforcement des capacités, de campagnes de sensibilisation, en fournissant des contraceptifs et en veillant à ce qu'un matériel suffisant soit disponibles pour appuyer des prestations de services de qualité. ■

ÉTUDE DE CAS

Inde

Conformément à ses objectifs démographiques, le programme de planification familiale de l'Inde avait établi des cibles pour une gamme limitée de méthodes et s'en remettait aux travailleurs de la santé pour promouvoir celles-ci. De nombreuses personnes ont subi des pressions, voire des contraintes, qui les ont poussées à utiliser des méthodes de planification familiale de long terme ou permanentes, et l'approche adoptée limitait la gamme de méthodes disponibles. Il existait toutefois des données scientifiques indiquant que l'on pourrait répondre aux besoins non satisfaits sans fixer de cibles en veillant à ce que l'offre soit plus adaptée aux besoins locaux. Ceci a amené les pou-



voirs publics à formuler un nouveau cadre situant la planification familiale dans le contexte des services généraux de santé reproductive et infantile et étant basé sur la planification au niveau local, compte tenu d'une évaluation des besoins de services des femmes (Murthy et al., 2002). Bien que la réorientation d'un vaste programme national soit un processus peu rapide, l'élargissement de la gamme des méthodes disponibles, la gestion moins autoritaire des personnels de santé et l'adaptation du programme pour le rendre plus sensible aux besoins locaux ont concouru à un accroissement de la demande de planification familiale. ■

▲ *Agent de vulgarisation sanitaire administrant un contraceptif dans un village éthiopien.*

©UNFPA/Antonio Fiorente

Certaines mesures légales portent atteinte aux droits et à la santé

Les lois et les politiques qui limitent l'accès des gens et qui interdisent aux professionnels de la santé de fournir des services de santé sexuelle et reproductive, y inclus de planification familiale, portent atteinte au droit à la santé des femmes et institutionnalisent les cycles de stigmatisation et de discrimination. C'est ce qui note Anand Grover, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne

de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, relevant du Conseil des droits de l'homme. L'État qui recourt aux lois pour régler la conduite de la population en matière de planification familiale « substitue par la contrainte sa volonté à celle de l'individu ».

Dans le *Rapport intérimaire du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, M. Grover

recommande que les États « abrogent les lois pénales et autres restrictions fondées sur la loi [...] pour garantir l'accès à la planification familiale et aux produits, services et informations relatifs aux contraceptifs ». Il y déclare également que les lois pénales et autres restrictions réglementaires qui réduisent ou refusent l'accès aux produits et services de planification familiale, y inclus la contraception d'urgence, constituent des violations du droit à la santé et reflètent des notions discriminatoires du rôle des femmes dans la famille et la société.

Conclusion

Plusieurs groupes de population importants sont négligés par les systèmes de planification familiale ou se heurtent à des obstacles parfois insurmontables pour y accéder : les jeunes, les adultes non mariés durant les années clés de leur vie reproductive, les gens séparés de leurs partenaires, les personnes handicapées, les réfugiés, les personnes vivant avec le VIH/sida, et les minorités ethniques et autres groupes défavorisés. Il existe un immense besoin de leur apporter plus systématiquement et plus généreusement les moyens de retarder et de prévenir les grossesses non désirées.

Les approches de la santé et de la planification familiale fondées sur les droits de la personne sont susceptibles d'opérer la réorientation voulue. Les cadres de politique et de programmation axés sur les droits de la personne mettent l'accent sur l'équité et la non-discrimination pour parvenir à l'égalité, sur les initiatives visant à atteindre les groupes les plus négligés, souvent marginalisés et vulnérables, et sur la mise en place de mécanismes qui renforcent le suivi et la responsabilisation (UNFPA, 2010). L'application d'une telle approche exige toutefois qu'il existe des lois et des politiques interdisant et réprimant les pratiques discriminatoires, ainsi que des systèmes de mise en œuvre et la participation civique voulue pour assurer le jeu des responsabilités.

L'activité sexuelle a lieu de plus en plus selon des modalités qui remettent en question les normes sociales qui dictent les conditions acceptables de cette activité. Les familles, les collectivités, les institutions et les pouvoirs publics devront modifier leurs stratégies de manière à garantir que tous les gens, en tant que titulaires de droits et notamment

EXPANSION DE L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE PAR DES SERVICES LOCAUX CULTURELLEMENT APPROPRIÉS EN RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE LAO

La République populaire démocratique lao est un pays d'une grande diversité culturelle et ethnique. Ses communautés autochtones, qui parlent quatre langues uniques, représentent 40 % de la population totale du pays. Le besoin non satisfait de planification familiale au sein de ces populations autochtones est considérable. Avec l'appui de l'UNFPA, le Centre de santé de la mère et de l'enfant relevant du ministère de la Santé a lancé en 2006 une initiative visant à fournir des services de planification familiale culturellement appropriés et conviviaux. Le programme a dispensé des formations aux villageois pour leur permettre de faire fonction de prestataires de services de planification familiale à base communautaire, qui travaillent avec les adolescents, les jeunes et les couples. Dans ces communautés, le taux d'usage de la contraception qui était de 12 % en 2007 était passé à 45 % en 2011.

UNE FORMATION POUR LES PHARMACIENS ACCROÎT LA FIABILITÉ DE L'OFFRE DE CONTRACEPTIFS EN MONGOLIE

Le manque de formation spécialisée à l'intention des pharmaciens constituait un obstacle majeur qui réduisait la fiabilité de l'offre de contraceptifs et d'autres fournitures de santé reproductive en Mongolie, jusqu'à ce que l'UNFPA entreprenne de collaborer avec le ministère de la Santé et l'École de pharmacie de l'Université des sciences de la santé de Mongolie, pour réviser le contenu de la formation des jeunes pharmaciens. Ils sont aujourd'hui plus de 350 qui obtiennent leur diplôme chaque année, dotés des aptitudes requises pour dispenser des contraceptifs et contribuer ainsi à réduire le besoin non satisfait de planification familiale.



du droit à la planification familiale en vertu des conventions internationales, soient en mesure de réaliser ces droits. Les adolescents, les jeunes, les personnes non mariées de tous âges, les hommes et les garçons et les divers groupes marginalisés socialement dont l'accès à l'information et aux services est limité figurent parmi les principaux sous-groupes de

population qui n'ont pas bénéficié sur un pied d'égalité des progrès récents de la planification familiale. En conséquence, le besoin non satisfait reste relativement élevé parmi les populations clés et l'accès à la planification familiale fait encore davantage figure de privilège réservé à d'heureux élus que de droit universel exercé par toutes et par tous.

▲ *Le Premier ministre britannique David Cameron et Melinda Gates parlant de la planification familiale et du bénévolat avec des jeunes, lors du Sommet de Londres sur la planification familiale.*

©Russell Watkins/
UK Department for
International Development



Impact social et économique de la planification familiale

La capacité d'exercer son droit à la planification familiale, et plus généralement à la santé sexuelle et reproductive, est essentielle pour la réalisation d'autres droits; elle apporte également de nombreux avantages économiques aux individus, aux ménages, aux collectivités et à l'ensemble du pays considéré. Une meilleure santé reproductive, planification familiale incluse, a de multiples répercussions sur l'économie et donc sur le développement durable. Les femmes qui font moins de grossesses à risque et accouchent dans de meilleures conditions de sécurité courent des risques de mortalité inférieurs

et sont en meilleure santé générale. Leurs bébés sont en meilleure santé à leur naissance et le restent au cours de leur petite enfance. Ces améliorations de l'état de santé apportent de multiples avantages économiques : des investissements supérieurs dans la scolarisation, une participation accrue au marché du travail et, à terme, une augmentation des revenus, de l'épargne, de l'investissement et de l'accumulation d'actifs. On dispose toutefois de peu de données concernant les impacts sur la vie des hommes.

Les chercheurs qui tentent de documenter l'ampleur de ces impacts se heurtent à plusieurs difficultés, qui proviennent en partie de ce que l'usage de la planification familiale dépend de multiples autres variables, notamment du revenu, de l'éducation (celle des femmes en particulier), des possibilités d'emploi des femmes, de la rapidité de l'industrialisation et de l'urbanisation, des normes culturelles et sociales et du coût de l'entretien des enfants. Ces variables sont difficiles à mesurer et influent considérablement les unes sur les autres.

de l'amélioration de leur propre santé. L'accès à la planification familiale joue là un rôle clé en réduisant la fécondité globale, le nombre de grossesses non prévues et de grossesses à risque, et, par suite, les risques de mortalité maternelle et de morbidité maternelle à long terme (Maine et al., 1996). L'accès à la planification familiale peut également mener à un espacement plus optimal des naissances, ce qui améliore la santé maternelle générale en réduisant le syndrome d'épuisement maternel et les risques d'accouchement prématuré et de complications (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez and Kafury-Goeta, 2007).

À Sri Lanka par exemple, les baisses les plus marquées de la mortalité maternelle sont survenues au cours de la phase de baisse de la fécondité dans le pays. Aujourd'hui, Sri Lanka a parmi les taux de prévalence de la contraception les plus élevés, les taux de fécondité les plus bas et les taux de mortalité maternelle les plus faibles et il affiche certains des meilleurs résultats mondiaux pour les indicateurs de santé maternelle et infantile (Seneviratne and Rajapaksa, 2000).

Certaines des données les plus rigoureuses concernant l'effet de la baisse de la fécondité sur l'amélioration de la santé féminine proviennent du canton de Matlab (Bangladesh), où un programme à long terme de santé de la mère

◀ *Classe de géographie à l'université Eduardo Mondlane (Mozambique).*
©UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

La planification familiale et le bien-être des femmes

Impact sur la santé

L'impact économique de l'amélioration de la santé reproductive sur la vie des femmes part

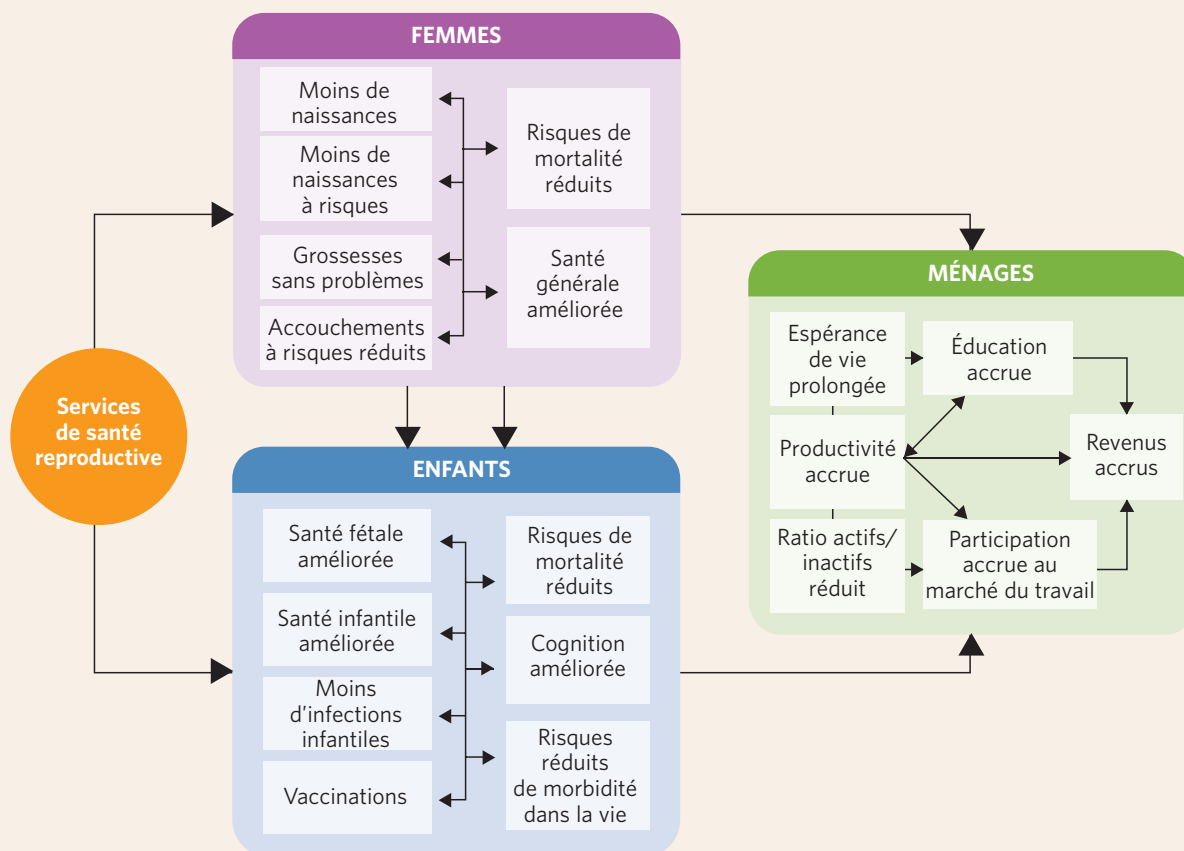
et de l'enfant a assuré une livraison à domicile de contraceptifs, de soins prénatals, de vaccinations, de trousse d'accouchement hygiénique et de divers autres services de santé pour les femmes. En l'espace de 30 ans, ce programme a non seulement réduit la fécondité d'environ 15 % et induit une baisse des taux de mortalité maternelle et infantile, mais il a également eu diverses retombées positives sur la santé des femmes. Les femmes qui ont bénéficié du programme pendant toute la durée de leur vie procréative ont vu leur poids augmenter et leur état de santé général s'améliorer (Phillips et al., 1988; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Ronsmans and Khat, 1999; Chowdhury et al., 2007). Des études ont constaté que l'indice de masse corporelle des femmes bénéficiaires du programme avait franchi un seuil associé à des risques de mortalité inférieurs (World Health Organization,

1995). Selon une étude récente, une augmentation d'un point de l'indice de masse corporelle aux environs du niveau de 18,5 réduit le risque de mortalité de 17 % (Joshi and Schultz, 2007).

Les bienfaits de la planification familiale pour la santé sont particulièrement importants chez les jeunes femmes et les adolescentes. Le risque de décès maternel est deux fois plus élevé chez les femmes de 15 à 19 ans que chez leurs aînées en raison de leur manque de maturité physique et du risque accru de complications à l'accouchement telles que la fistule obstétricale (Miller et al., 2005; Raj et al., 2009).

En évitant les grossesses précoces, en réduisant les grossesses à risque et en diminuant les risques de mortalité prématurée ou de morbidité à long terme, l'amélioration de l'accès à la planification familiale peut accroître la durée de vie, allonger les horizons du rendement des investissements dans le capital

LIENS ENTRE LA SANTÉ REPRODUCTIVE ET LES RÉSULTATS ÉCONOMIQUES





humain et permettre aux femmes de réallouer leur temps à d'autres activités économiques. Une étude a constaté qu'en Europe et en Amérique du Nord, les femmes passaient jadis 70 % de leur vie adulte à procréer et à élever les enfants avant la transition démographique mais n'y consacraient plus que 14 % à l'époque moderne (Lee, 2003).

Impact sur la scolarisation

En Colombie, la réduction de la fécondité induite par le programme de planification familiale Profamilia a été associée à une augmentation de près de 0,15 an de la durée de scolarité (Miller, 2009). À Sri Lanka, la réduction du risque de mortalité maternelle obtenue de 1946 à 1953 a accru l'espérance de vie des femmes de 1,5 ans (environ 4 %), ce qui a augmenté l'alphabétisation des femmes dans les cohortes concernées de 2,5 % (un point de pourcentage) et la durée de scolarité de 4 % (0,17 an) (Jayachandran and Lleras-Muney, 2009).

Le choix entre scolarité et procréation est particulièrement important pour les adolescentes car le

fait d'avoir un enfant peut perturber les études et la préparation à l'entrée sur le marché du travail. La relation entre mariage et procréation varie selon le contexte ou le pays et la relation de causalité entre la grossesse et l'abandon scolaire chez les adolescentes peut être difficile à déterminer clairement.

Des recherches fondées sur l'Enquête longitudinale nationale sur les jeunes des États-Unis ont constaté que les rapports sexuels précoces avaient des effets négatifs sur la performance scolaire et le niveau d'éducation des filles, même lorsque les variables socioéconomiques connexes étaient contrôlées (Steward, Farkas and Bingenheimer, 2009). Une autre étude effectuée aux États-Unis confirme que la maternité durant l'adolescence réduit la probabilité d'obtention d'un diplôme d'études secondaires dans des proportions allant jusqu'à 10 %, diminue le revenu annuel des jeunes adultes de 1 000 à 2 400 dollars et abrège la scolarité (Fletcher and Wolfe, 2008).

La grossesse chez les adolescentes limite également la performance scolaire dans les pays en



▲ Retour des champs à Kiribati. Inscription sur le t-shirt : Pas de préservatif, pas de sexe. ©UNFPA/Ariela Zibiah

développement. Lloyd et Mensch (2008) ont calculé les risques cumulés d'abandon scolaire des filles avant d'achever leur éducation secondaire dans cinq pays africains. Ils estiment que le risque d'abandon scolaire des adolescentes résultant de la grossesse ou du mariage s'échelonne entre 20 % au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Togo et près de 40 % au Cameroun. Une analyse de l'impact de la maternité sur la scolarité des adolescentes au Chili conclut qu'il en résulte une réduction comprise entre 24 % et 37 % de la probabilité de fréquentation scolaire et d'achèvement des études (Kruger et al., 2009).

Si certaines études déterminent que les filles semblent plus susceptibles d'abandonner leurs études une fois qu'elles ont atteint la maturité

sexuelle et qu'elles ont des rapports sexuels avant le mariage, d'autres attribuent l'abandon scolaire des filles à des raisons autres que la grossesse (Biddlecom et al., 2008). Dans certains cas, la grossesse peut être la conséquence d'un abandon scolaire. Des données recueillies en Afrique du Sud indiquent par exemple que la médiocrité des résultats scolaires est associée à un risque accru de grossesse et, par suite, d'abandon scolaire. Il en résulte des impacts négatifs à long terme sur l'éducation, les connaissances, l'emploi et le revenu des femmes (Grant and Hallman, 2006).

Impact sur la participation des femmes au marché du travail

L'accès aux services de santé reproductive, planification familiale incluse, améliore également les chances des femmes d'entrer dans la population active, tout d'abord en permettant à celles-ci de décider du moment des naissances et donc de leur disponibilité pour participer au marché du travail. La commercialisation en 1960 de l'Enovid, première pilule contraceptive distribuée aux États-Unis, illustre bien la situation. La pilule a apporté aux Américaines une liberté sans précédent, leur permettant de décider simultanément de leur vie procréative et de leur vie professionnelle. Une analyse causale de l'impact de la pilule sur le choix du moment des premières naissances et sur la participation des femmes au marché du travail indique que la légalisation de l'accès à la pilule avant l'âge de 21 ans a réduit considérablement la probabilité d'une première naissance avant l'âge de 22 ans, a accru le nombre de femmes parmi les travailleurs rémunérés et a augmenté le nombre d'heures travaillées annuellement. Les effets sont notables : de 1970 à 1990, l'accès à la pilule pour les jeunes femmes s'est traduit par une augmentation de trois points sur les 20 points de pourcentage (14 %) d'augmentation totale des taux de participation au marché du travail et par une augmentation de 67 heures sur l'augmentation totale de 450 heures travaillées annuellement (15 %) chez les femmes de 16 à 30 ans (Bailey, 2006).

L'accès aux services de planification familiale se répercute aussi sur la participation au marché du travail du fait de la réduction de la morbidité et de l'amélioration de l'état de santé général. La

ESTIMATIONS DES TAUX DE FÉCONDITÉ

PROJECTIONS MÉDIANES 2010-2015

Région	Indice synthétique de fécondité (enfants par femme), 2010-2015
Monde	2,45
Régions développées	1,71
Régions en développement	2,57
Pays les moins avancés	4,10
Régions en développement, pays les moins avancés exclus	2,31
Régions en développement, Chine exclue	2,86
Afrique	4,37
Afrique australe	2,46
Afrique centrale	5,16
Afrique de l'Est	4,74
Afrique de l'Ouest	5,22
Afrique du Nord	2,75
Amérique du Nord	2,04
Amérique latine et Caraïbes	2,17
Amérique centrale	2,41
Amérique du Sud	2,06
Caraïbes	2,25
Asie	2,18
Asie centrale	2,46
Asie centrale du Sud	2,56
Asie de l'Est	1,56
Asie de l'Ouest	2,85
Asie du Sud	2,57
Asie du Sud-Est	2,13
Europe	1,59
Europe méridionale	1,49
Europe occidentale	1,69
Europe orientale	1,49
Europe septentrionale	1,86
Océanie	2,45

Selon les estimations des Nations Unies, l'indice synthétique de fécondité est tombé en dessous du seuil de remplacement (2,1 enfants par femmes) dans plus de 83 pays. Certains gouvernements de pays où chaque génération est à présent moins nombreuse que la génération précédente s'inquiètent de cette tendance qui réduit le nombre de travailleurs et de contribuables et accroît le nombre de personnes âgées à charge. Avec l'augmentation du nombre d'individus et de couples capables d'exercer leur droit à la planification familiale, il peut s'avérer utile d'engager un dialogue national sur la politique familiale, notamment le congé parental, l'appui aux services de soins et l'élimination des pratiques d'emploi discriminatoires à l'égard de gens ayant des enfants en bas-âge. Toutefois, les modifications éventuelles des

politiques ne doivent pas affaiblir la volonté financière et politique de l'État de veiller à ce que les femmes et les hommes de tous âges aient un accès fiable à des informations et à des services de planification familiale de qualité.

Dans les sociétés où le taux synthétique de fécondité est passé en-deçà du seuil de remplacement, ce n'est pas le simple accès à la planification familiale qui fait que les individus et les couples s'abstiennent d'avoir des enfants. Au contraire, ils parviennent à avoir moins d'enfants ainsi qu'ils le désirent parce qu'ils ont les moyens de ce faire. L'accès à la planification familiale habilite les femmes de plus en plus par l'apport d'informations et de services en les dotant des moyens de faire valoir leurs droits et de réaliser leurs préférences en matière de fécondité.

planification familiale contribue à la réduction des accouchements à risque et à complications, ce qui réduit le risque de morbidité maternelle et accroît la productivité des femmes.

Cette évolution connaît quelques exceptions. Dans certains contextes, la participation des femmes au marché du travail peut diminuer au lieu d'augmenter lorsque la fécondité diminue ou lorsque le niveau d'instruction et le statut socioéconomique augmentent. Dans le projet du Matlab au Bangladesh, par exemple, l'apport de services de planification familiale et de santé reproductive à domicile aux femmes adultes pendant une période de 20 ans s'est traduit par des améliorations notables de leur bien-être mais la participation des femmes au travail rémunéré a, en fait, diminué. Les chercheurs attribuent ce phénomène aux mœurs fortement patriarcales et aux restrictions imposées aux déplacements des femmes, en particulier dans les classes sociales aisées et supérieures, ce qui a amené certaines femmes à travailler au foyer au lieu d'effectuer des travaux manuels ou salariés hors de chez elles. Les estimations indiquent toutefois que les femmes qui ont effectué des travaux rémunérés ont touché un salaire supérieur de plus d'un tiers à celui de leurs homologues qui n'avaient pas bénéficié des services du programme. Cet accroissement des salaires était dû dans une grande mesure aux aptitudes acquises par les femmes durant leurs études dans les villages couverts par le programme (Schultz, 2009a).

Les effets positifs de la planification familiale sur la santé et le revenu renforcent également les droits des femmes

La baisse de la fécondité, l'amélioration de la santé et l'augmentation des revenus peuvent améliorer la réalisation des droits des femmes au foyer et dans les collectivités. Une étude récente indique que lorsque les taux de fécondité baissent et que l'importance du capital humain dans l'économie augmente, les hommes se montrent plus disposés à partager le pouvoir avec les femmes pour s'assurer que les enfants soient plus instruits, étant donné que les femmes investissent davantage dans le capital humain des enfants, et leur pouvoir de négociation leur vaut une participation accrue aux décisions du

ménage (Doepke and Tertilt, 2009). Les hommes font face à un choix à opérer entre leur propre utilité et celle de leurs enfants, de leurs petits-enfants et des générations futures. Ceci les incite à accorder davantage de droits aux femmes. On a de ce phénomène des preuves historiques : en se fondant sur les débats parlementaires et les articles rédactionnels des journaux, les auteurs ont démontré qu'en Angleterre et aux États-Unis, il s'est produit au XIX^e siècle une réorientation progressive des arguments axés sur les droits des hommes pour accorder la priorité aux besoins des enfants.

La planification familiale et le bien-être des enfants

L'amélioration des services de santé reproductive influe sur la santé de l'enfant de plusieurs manières. L'utilisation des services de planification familiale pour obtenir une réduction du nombre de naissances (en particulier des naissances à risque) et un meilleur espacement des naissances a des retombées positives du fait que les femmes en meilleure santé donnent naissance à des enfants en meilleure santé eux aussi et qu'elles disposent également de plus de ressources à investir dans le bien-être de leurs enfants (Alderman et al., 2001).

Impact sur la santé et la survie infantiles et postinfantiles

De nombreuses études transnationales ont constaté l'existence d'une corrélation positive entre la planification familiale et la survie des enfants : les utilisatrices des programmes de planification familiale ont des taux de mortalité réduits et leurs enfants aussi (Bongaarts, 1987). Cette corrélation ne saurait toutefois être interprétée comme une relation de cause à effet en raison de facteurs de confusion tels que la longueur et l'intensité de l'allaitement au sein, la prématurité et des effets biologiques, comportementaux, environnementaux, socioéconomiques ou sanitaires non spécifiés dont on sait qu'ils causent de fortes différences en matière de mortalité infantile entre les familles. Une étude récente où plusieurs de ces facteurs étaient contrôlés a toutefois constaté qu'un accroissement de l'espacement des naissances pouvait réduire la mortalité néonatale, infantile et post-infantile et a conclu qu'un espacement de trois

à cinq ans pouvait, à lui seul, réduire de jusqu'à 46 % la mortalité infantile dans les pays en développement (Rustein, 2005).

Les données de divers programmes de pays confirment ces constats. Une étude menée en Colombie, par exemple, montre que la disponibilité locale de dispensaires et de lits d'hôpitaux et l'accroissement des dépenses de planification familiale par habitant sont associés à une mortalité infantile moindre ainsi qu'à des taux de fécondité plus bas chez tous les femmes des zones urbaines (Rosenzweig and Schultz, 1982). Aux Philippines, la présence d'un programme de planification familiale a eu des effets directs sur la santé des enfants (Rosenzweig and Wolpin, 1986). L'élargissement de l'accès à la santé reproductive, l'amélioration de l'espacement des grossesses et la diminution du nombre de grossesses à risque ont eu pour effet combiné de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la survie des enfants au Bangladesh (Phillips et al., 1998; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Joshi and Schultz, 2007). Des effets analogues ont été constatés pour un programme de Navrongo, au Ghana (Binka, Nazzar and Phillips, 1995; Pence et al., 2001; Phillips et al., 2006; Pence, Nyarko and Phillips, 2007).

Des études récentes ont utilisé des paramètres anthropométriques de la santé au cours de la vie pour mesurer la santé dans la petite enfance. La taille offre des aperçus intéressants à cet égard. La taille à l'âge adulte est considérée comme un indicateur latent de l'état nutritionnel dans la petite enfance et de l'état de santé au cours de la vie : les enfants à déficit pondéral à la naissance, par exemple, sont moins grands une fois adultes même après des apports nutritifs supplémentaires dans leur enfance. Bien que la taille soit déterminée par la constitution génétique, elle est en partie le résultat d'une nutrition et de soins et d'un état de santé satisfaisants, en particulier durant la petite enfance. Elle a augmenté au cours des dernières décennies dans les populations où le revenu national par habitant a augmenté et où les activités de santé publique se sont développées. Une étude menée aux Philippines dans la province de Laguna qui a recueilli des informations sur la taille, le poids et les programmes de planification familiale de 1975 à 1979 a constaté



que l'exposition aux programmes de santé et aux programmes de planification familiale augmente la taille ainsi que le poids des enfants par rapport à l'âge. Ses estimations indiquent que la taille d'un enfant n'ayant pas consulté est de 5 % inférieure à celle d'un enfant ayant consulté régulièrement et que l'exposition de la mère à des services de planification familiale est liée à une augmentation de 7 % de la taille de l'enfant.

Un autre mécanisme important reliant l'accès à des services de planification familiale améliorée à la santé dans la petite enfance est l'amélioration de la nutrition maternelle qui se produit du fait d'un meilleur espacement des grossesses et d'une réduction du nombre de grossesses. Une abondante littérature dans les domaines de la médecine, de la santé publique et des sciences sociales indique que l'amélioration de la nutrition maternelle joue un rôle essentiel dans le développement de l'enfant. De nombreuses études montrent que la sous-nutrition

▲ À un atelier de planification familiale au Costa Rica.

©UNFPA/Alvaro Monge

maternelle, mesurée d'après le retard de croissance, la perte pondérale, les carences énergétiques chroniques, les carences en micronutriments essentiels et l'indice de masse corporelle inférieur à 18,5, est associée à un risque accru de retard de croissance intra-utérin ainsi que de complications à la naissance et de déficience congénitale (Bhutta et al., 2008). Les problèmes de croissance fœtale peuvent contribuer indirectement aux décès néonataux, en particulier à ceux dus à l'asphyxie et aux infections à la naissance (septicémie, pneumonie et diarrhée), lesquels comptent pour plus de la moitié dans les décès néonataux survenant aujourd'hui dans le monde.

La baisse des taux de fécondité et l'amélioration de la santé maternelle sont, on le sait, associées à une amélioration de la santé néonatale, une augmentation du poids à la naissance et une réduction des risques de décès néonatal. Ceci a été constaté dans une étude prospective de cohortes de naissances à échantillonnage communautaire au Népal, en Inde, au Pakistan et au Brésil. L'étude a conclu que les risques de mortalité néonatale, toutes causes confondues, étaient 8,1 fois et 2,8 fois plus grands respectivement chez les enfants nés à terme et ayant un poids de 1 500 à 1 999 grammes et chez ceux nés à terme ayant un poids de 2 000 à 2 499 grammes que chez les enfants ayant un poids de plus de 2 499 grammes à la naissance (Bhutta et al., 2008).

Scolarisation des enfants

L'amélioration de la santé reproductive et l'accès à la planification familiale peuvent également influencer sur l'investissement dans le capital humain chez les enfants, de diverses manières. L'accroissement de l'espérance de vie crée de nouveaux incitatifs et de nouvelles possibilités d'investissement dans l'éducation. En outre, l'amélioration de la santé reproductive se traduit par une amélioration de la santé générale des mères durant la grossesse, ce qui a des impacts favorables sur le développement cognitif des enfants. Enfin, la baisse de la fécondité libère des ressources pour les femmes et leur permet d'accroître les investissements dans l'éducation de leurs enfants.

La meilleure preuve de la relation entre la baisse de la fécondité, l'amélioration de la santé reproduc-

tive et l'éducation des enfants vient du canton de Matlab, au Bangladesh. Non seulement la baisse de la fécondité et l'amélioration de la santé maternelle ont-elles accru les investissements dans l'éducation des enfants, mais elles ont aussi favorisé le choix de la scolarisation de ceux-ci au lieu de l'entrée dans la force de travail (Sinha, 2003; Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2010). Il a également été constaté que le programme avait eu des impacts positifs sur les résultats des tests et le développement cognitif des enfants (Barham, 2009).

Participation future des enfants au marché du travail

La réduction de la fécondité de la mère, l'amélioration de sa santé et l'accroissement des investissements dans le capital humain chez les enfants devraient se répercuter à terme sur la participation de ceux-ci au marché du travail. Cet effet paraît intuitivement logique et évident, mais les données empiriques qui confirmeraient cette hypothèse s'avèrent jusqu'ici difficiles à recueillir, principalement en raison de la longueur des délais avant que ces résultats puissent être observés.

D'autres preuves à l'appui de l'existence de la relation entre la santé de la mère, la santé de l'enfant et la participation de celui-ci au marché du travail sont fournies par les études de nutrition maternelle. Ces études démontrent que la baisse de fécondité et l'amélioration de la santé maternelle sont associées à des améliorations non seulement de la santé de l'enfant, des résultats des tests cognitifs et de la performance scolaire, mais aussi de sa situation professionnelle et de sa rémunération, ainsi qu'à une réduction de la non-participation au marché du travail et de la maladie chronique et de l'incapacité avant l'âge de 50 ans et de façon encore plus marquée ultérieurement (Miguel and Kremer, 2004; Almond 2006; Almond, Edlund, et al., 2007; Almond and Mazumder, 2008; Almond and Currie, 2011).

Une étude récente sur des jumeaux monozygotes visant à estimer les effets de l'apport intra-utérin de nutriments sur la santé et les revenus des adultes a constaté que l'état de santé jouait un rôle majeur en tant que déterminant de la répartition du revenu dans le monde (Behrman and Rosenzweig, 2004).

Cette étude a fait apparaître des variations considérables dans l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance selon les pays et a montré que l'accroissement du poids à la naissance apportait de réels avantages. Un tel accroissement améliore la performance scolaire chez l'adulte et augmente la taille adulte pour la plupart des catégories de poids à la naissance. L'étude a également découvert que l'augmentation du poids à la naissance chez les bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance apportait des avantages notables sur le marché du travail, mais pas chez les bébés des catégories de poids supérieures.

Santé reproductive et richesse et bien-être des ménages

Il existe plusieurs mécanismes par lesquels la baisse de la fécondité et l'amélioration de la santé peuvent se traduire en une amélioration du bien-être social et économique des ménages (Bloom and Canning, 2000; Birdsall, Kelley and Sinding, 2001; Schultz, 2008; Sinding, 2009). D'une part, comme il a été noté précédemment, les personnes en meilleure santé travaillent davantage et sont physiquement et cognitivement plus fortes; elles sont de ce fait plus productives, ont des revenus supérieurs et accumulent davantage de richesses. D'autre part, ces personnes ont une espérance de vie plus longue, ce qui leur apporte davantage d'opportunités d'investir dans leur éducation et leur capital humain et d'en retirer des bénéfices accrus. Cette corrélation positive entre la santé et la richesse est encore renforcée par le bas niveau de la fécondité et par l'effet du choix entre quantité et qualité qui amène les parents à investir davantage de ressources dans chacun de leurs enfants lorsque le nombre de ceux-ci diminue.

Épargne, revenu et avoirs des ménages

L'amélioration de la santé et l'augmentation de l'espérance de vie que peut procurer l'amélioration de l'accès aux services de santé reproductive et notamment de planification familiale mènent à des modifications des décisions relatives non seulement à l'éducation, mais aussi aux dépenses et à l'épargne tout au long de la vie de l'individu. Du fait de la baisse de la fécondité, les gens s'en



remettent moins à leurs enfants pour les aider et les soutenir dans leur vieillesse. Ils tendent donc plus à épargner en prévision de leur retraite, tendance renforcée par l'amélioration de la santé et l'augmentation de l'espérance de vie qui font de la retraite une perspective plus probable et qui en prolongent également la durée. Il existe de nombreuses preuves de cette relation entre la baisse de la fécondité et les taux d'épargne (Bloom and Canning, 2008), plusieurs études constatant une corrélation positive

▲ Dispensaire de santé ambulancier à Sri Lanka. ©UNFPA/FPASL

entre la baisse de la fécondité ou l'accroissement de l'espérance de vie d'une part et les taux d'épargne d'autre part.

Dans la Province chinoise de Taiwan, par exemple, le taux de l'épargne privée est passé de 5 % dans les années 50 à plus de 20 % dans les années 80, cette évolution étant pratiquement synchrone avec les accroissements de l'espérance de vie (Tsai, Chu and Chung, 2000). Cet effet est amplifié par l'adoption de systèmes de protection sociale et de sécurité sociale.

Certaines des meilleures preuves au micro-niveau des relations entre la baisse de la fécondité, l'amélioration de la santé reproductive et l'augmentation des revenus proviennent une fois encore du canton du Matlab, au Bangladesh (Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2008; Barham, 2009; Schultz, 2009). Les données globales indiquent que la baisse de la fécondité et de la mortalité infantile a contribué à l'atténuation de la pauvreté : les garçons ont été scolarisés bien plus longtemps, les filles ont vu leur état nutritionnel s'améliorer et les femmes plus éduquées ont été proportionnellement plus rémunérées pour leur travail et les avoirs des ménages ont augmenté proportionnellement. Les ménages des villages couverts par le programme ont signalé une augmentation de 25 % de leurs avoirs par adulte et possédaient une proportion moindre d'avoirs sous des formes venant compléter le travail des enfants, tels que du bétail, du matériel de pêche ou même des terres agricoles mises en valeur annuellement. Ils détenaient une plus forte proportion de leurs avoirs en épargne financière, bijoux, vergers et étangs, logement et biens de consommation durables, qui peuvent être des biens se substituant au soutien traditionnellement apporté par les enfants aux parents âgés.

L'accès amélioré à la planification familiale, la baisse de la fécondité, la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et l'amélioration de la santé infantile accroissent également les revenus et l'épargne du fait de la réduction des dépenses effectuées pour faire face aux chocs liés à la santé, tels que la perte soudaine de salaire, la dissolution du ménage et les problèmes de santé des membres survivants de la famille, en particulier des enfants. L'amélioration de la santé contribue aussi à l'accrois-

sement de la productivité économique.

Évolution des processus décisionnels au sein des ménages

La disponibilité de services de santé reproductive, et en particulier de planification familiale, modifie également la structure du pouvoir au sein des ménages. Dans les situations où les préférences des femmes et des hommes diffèrent en matière de fécondité, et où les femmes ont accès indépendamment aux services de planification familiale, le contrôle accru qu'elles exercent sur leur fécondité leur confère un pouvoir de négociation, une autonomie et un pouvoir décisionnel accru au sein de la famille.

On peut trouver un exemple de ce phénomène au niveau national au Bangladesh. La chute rapide de la fécondité, qui est passée d'environ six enfants par femme dans les années 70 à moins de trois dans les années 90, s'est accompagnée d'augmentations de l'éducation des femmes et de leur participation au marché du travail, en particulier dans l'industrie vestimentaire (Kabeer 1997; Kabeer 2000). L'accès aux marchés du travail, aux marchés du crédit et en général à la société a permis à ces femmes de renégocier les normes du *purdah* (isolement des femmes) qui confinaient les femmes des générations précédentes chez elles et limitaient leur influence au sein de ménages patriarcaux.

Ces processus sont également mis en évidence dans une étude au microniveau de travailleuses de la santé communautaires au Matlab, au Bangladesh, qui ont joué un rôle clé dans l'apport de soins de santé reproductive et ont également bénéficié de leur emploi dans le cadre du programme. La baisse de leur propre fécondité, l'amélioration de leur santé, les nouvelles possibilités d'emploi et leur rémunération ont eu pour effet conjugué de valoriser leur statut et d'accroître leur pouvoir de négociation dans leur ménage et leur communauté (Simmons, 1996).

L'accès à la contraception peut, de lui-même, placer les femmes en meilleure posture pour négocier au sein du ménage. Ceci est clairement illustré dans le cas de l'Afrique subsaharienne. Les hommes et les femmes de cette région ont toujours eu des préférences divergentes concernant le nombre idéal d'enfants à avoir. Alors que les femmes assument les coûts directs, physiques et économiques, de la

procréation et du soin des enfants, les hommes qui pratiquent la polygynie et le placement d'enfants répartissent ces coûts sur de multiples ménages. En conséquence, les femmes peuvent préférer avoir des familles moins nombreuses que ne le veulent les maris. Leur aptitude à exercer leurs préférences, toutefois, peut être limitée par les normes sociales en faveur d'une forte fécondité et par les lois qui exigent le consentement du mari pour accéder à la contraception.

La baisse de la fécondité et l'amélioration de la santé apportent aux femmes la possibilité de réallouer leur temps non seulement à des activités sur le marché du travail au lieu de le consacrer exclusivement à leurs enfants, mais aussi aux soins des autres membres de la famille, telles que les personnes âgées, comme l'a documenté une autre étude effectuée au Matlab (Chaudhuri, 2005; Chaudhuri, 2009).

Planification familiale et bien-être des garçons et des hommes

L'impact de la planification familiale sur la santé

physique des hommes est vraisemblablement peu important. En revanche, le fait de retarder les grossesses ou de prévenir les grossesses non prévues peut avoir des répercussions sur leur éducation et leurs possibilités d'emploi (Montgomery, 1996). Lorsqu'un homme assume la responsabilité de la grossesse d'une femme, il peut se voir contraint d'abandonner ses études (sans être toutefois exposé à la même stigmatisation sociale que les femmes) pour travailler et subvenir aux besoins de la femme. Comme la plupart des mères, les pères responsables peuvent devoir renoncer à des emplois lucratifs, accepter un métier qui n'est pas idéal et ne pas pouvoir profiter de possibilités de carrière et de développement professionnel.

Hors du mariage ou au sein du mariage, une grossesse non prévue peut avoir un effet sur la santé mentale des deux parents, en particulier lorsque ceux-ci ont des opinions divergentes sur la façon de gérer la situation (Leathers and Kelley, 2000). Les données indiquent que l'incidence de la dépression, d'autres problèmes de santé mentale et des violences physiques est plus forte en cas de grossesse non



◀ Couple attendant de recevoir des conseils de planification familiale dans un hôpital régional du Cameroun.

© UNFPA/Alain Sibener



▲ *Ricardo et Sara, à Mexico, disent qu'ils attendront d'avoir terminé leurs études et trouvé un emploi avant de se marier et d'avoir des enfants.*

©UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola

prévue qu'en cas de grossesse voulue. Ces problèmes touchent non seulement l'homme et la femme concernés mais aussi leurs enfants et les autres membres de leur famille (Korenman et al., 2002).

Les données indiquent également que les grossesses non désirées sont souvent associées à des niveaux plus élevés de dissolution du mariage, à une baisse des revenus du ménage et à divers effets psychosociaux négatifs affectant le développement des enfants (McLanahan and Sandefur, 1994).

Santé, démographie, richesse des nations et développement durable

L'impact de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, y inclus de la planification familiale, de l'égalité des sexes est bien plus fort et plus direct au niveau des ménages qu'au niveau microéconomique ou macroéconomique. Mais les impacts des services de la planification familiale au niveau des individus

et des ménages, réduction de la fécondité, amélioration de la santé, baisse de la mortalité, accroissement de l'investissement dans le capital humain, augmentation de la participation au marché du travail et augmentation des revenus et de l'épargne, se manifestent également aux niveaux plus fortement agrégés des communautés et des pays. Ces effets aux macroniveaux sont parfois plus difficiles à repérer du fait de l'interrelation entre les variables et de la présence de multiples variables supplémentaires telles que l'environnement institutionnel et politique, les guerres et autres grands événements sociaux, économiques et politiques. Bien qu'il n'existe pas de preuves concluantes concernant l'ampleur des relations en jeu, des consensus se dégagent dans certains domaines.

Il y a ainsi consensus chez les économistes, les démographes et les décideurs politiques sur le rôle de la pyramide des âges dans le développement

économique. Les baisses de fécondité réduisent dans un premier temps la proportion des jeunes dans la population. Pendant un certain temps, la réduction de la population jeune en situation de dépendance envers les autres pour la satisfaction de ses besoins de base n'est pas compensée par une augmentation de la population âgée qui dépend, elle aussi, d'autrui. À ce point de la transition démographique, la taille relative de la population en âge de travailler s'accroît. Cet accroissement ponctuel de la proportion de la population en âge de travailler qui coïncide avec une réduction ponctuelle des ratios de dépendance (aussi dits ratios actifs/inactifs) produit des conditions favorables au développement économique; c'est ce que l'on appelle le « dividende démographique ».

Au niveau macroéconomique, la transition démographique aide les pays qui ont des problèmes à investir dans la santé et l'éducation d'une population jeune nombreuse et en croissance rapide, et à gérer une offre essentiellement illimitée de main-d'œuvre. Le dividende démographique apporte également aux pays des possibilités d'accroître la participation au marché du travail, les revenus, l'épargne, l'investissement et le changement social, si des politiques appropriées sont en place pour investir dans le capital humain de ce groupe de jeunes (par le biais de dépenses accrues de santé et d'éducation par habitant, d'investissements supérieurs dans l'infrastructure physique et institutionnelle, et d'appuis en faveur d'une participation civique, entre autres).

Des dividendes démographiques ont été dégagés en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique latine, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et dans les îles du Pacifique (Lee et al., 2010; Lee, 2003; Lee et al., 2001; Mason and Lee, 2004; Lee and Mason, 2006; Bloom et al., 2009; Schultz, 2009). Le phénomène a commencé en Asie de l'Est dans les années 70, en Asie du Sud dans les années 80 et en Afrique subsaharienne avec le nouveau millénaire.

Impact de la planification familiale au macro-niveau sur l'épargne, l'investissement et la croissance

Les ratios actifs/inactifs et le dividende démographique peuvent avoir de multiples effets sur

« Après une réduction soutenue des taux de fécondité sur une période de 20 à 30 ans, le nombre d'adultes générant des revenus s'accroît par rapport au nombre des habitants qui ont besoin de leur appui, ce qui crée une situation plus favorable à la croissance économique et au développement durable. »

l'économie et la société. Aux premiers stades de la transition démographique, lorsque la tranche jeune de la population commence à augmenter, l'État peut avoir à augmenter ses dépenses pour se doter d'établissements d'enseignement et de santé, de logements et d'autres éléments d'infrastructure supplémentaires pour assurer le bien-être et la productivité futurs de la population. Cette réorientation des ressources en faveur de jeunes, qui consomment mais ne produisent pas, peut ne pas être propice à des améliorations immédiates des taux de croissance économique (Coale and Hoover, 1958). Mais après une réduction soutenue des taux de fécondité sur une période de 20 à 30 ans, le nombre d'adultes générant des revenus s'accroît par rapport au nombre des habitants qui ont besoin de leur appui, ce qui crée une situation plus favorable à la croissance économique et au développement durable.

L'un des facteurs clés de l'amélioration de la croissance économique durant la transition démographique est l'augmentation de l'épargne et de l'investissement. Ayant moins d'enfants, les adultes peuvent consacrer une part accrue de leurs ressources à l'épargne, en prévision de leur retraite, ce qui accroît le capital disponible pour l'investissement.

L'amélioration de la santé générale et la réduction du fardeau des maladies accroissent également l'attractivité des opportunités d'investissement. La baisse des ratios actifs/inactifs en Asie de l'Est depuis les années 60, par exemple, a induit une augmentation substantielle des taux de l'épargne, offert de nouvelles possibilités d'investissement et aidé les pays de la région à réduire leur dépendance à l'égard des capitaux étrangers (Higgins and Williamson 1996; Higgins and Williamson, 1997). L'accroissement des taux de l'épargne a également contribué à la mise en place de systèmes de pension et de sécurité sociale : la population toujours croissante

d'adultes en âge de travailler a pu financer les avantages sociaux offerts à un groupe relativement peu nombreux de personnes âgées (Reher, 2011).

L'amélioration de la santé, l'augmentation des investissements dans l'éducation et l'accroissement des taux de l'épargne et des montants de l'investissement mènent à terme à la croissance économique. La progression rapide des économies de l'Asie de l'Est depuis 1975 est liée, on l'a démontré, au dividende démographique de la région. Une étude a conclu que les changements de la pyramide des âges ont joué pour au moins un tiers dans la croissance économique des « tigres » de l'Asie (Bloom, Can-

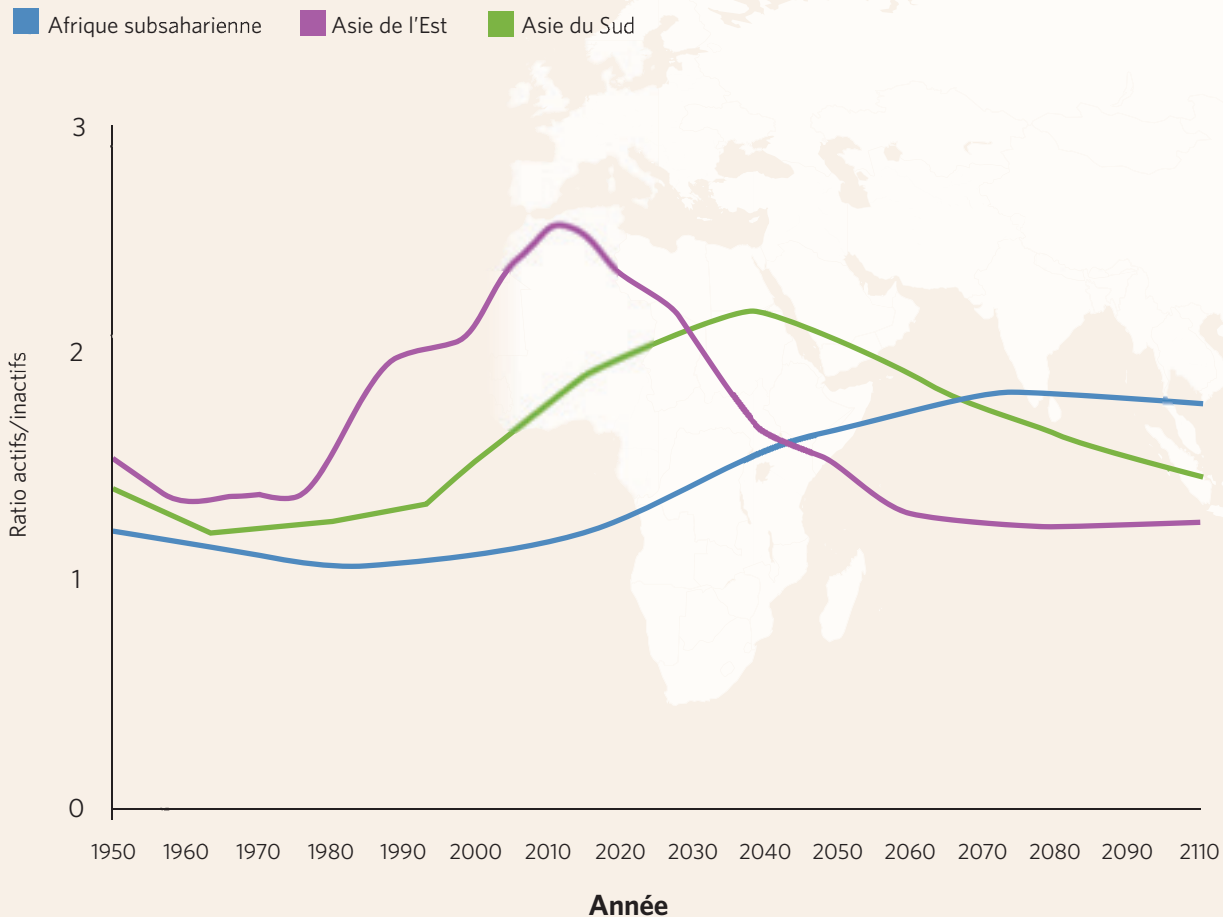
ning and Malaney, 2000; Williamson, 2001).

Les recherches démontrent également que la santé initiale de la population est l'un des moteurs les plus puissants et les plus robustes de la croissance économique. Selon une étude, un accroissement d'un an de l'espérance de vie produit une augmentation d'environ 4 % du PIB par habitant (Bloom, Canning and Silva, 2001; Bloom, Canning and Silva, 2003).

Conclusion

L'accès accru à la planification familiale peut accroître le bien-être des femmes, des hommes,

RATIO ACTIFS/INACTIFS



Source : United Nations, World Population Prospects 2012, Medium Fertility Variant

des enfants, des ménages et des communautés par l'augmentation de l'espérance de vie, la réduction de la morbidité et l'amélioration de la santé dans son ensemble. Il accroît les possibilités d'investissement dans l'éducation et les autres types de formation du capital humain, de même que la participation au marché du travail, augmentant ainsi la productivité, les revenus, l'épargne, l'investissement et l'accumulation d'actifs.

La baisse de la mortalité suivie par celle de la fécondité mène à des changements de la pyramide des âges et dégage un « dividende démographique » global au niveau des pays; il en résulte des améliorations de la croissance économique et du développement.

Trois grandes conclusions émergent des recherches. La première est que non seulement les améliorations de la santé reproductive assurent-elles le respect des droits et l'amélioration de la vie des femmes et des enfants mais aussi qu'elles atténuent la pauvreté et promeuvent la croissance économique. La seconde conclusion est que les programmes intégrés visant à améliorer la santé reproductive – programmes de santé maternelle, de santé infantile, de nutrition et de planification familiale – peuvent amener des changements démographiques ainsi qu'économiques. Et troisième conclusion, ces programmes ne doivent pas être considérés comme pouvant se substituer à d'autres types de politiques



visant à la croissance et au développement durable et il faut, au contraire, considérer la planification familiale comme une composante de stratégies de plus ample portée pour investir dans le capital humain, en particulier pour les femmes.

▲ *Services conviviaux pour les jeunes en Égypte.*
© UNFPA/Matthew Cassel



Coûts et avantages du respect du droit à la planification familiale

Il est essentiel d'élargir l'accès à la planification familiale pour respecter les droits de la personne et recueillir les bénéfices du contrôle des naissances de manière à assurer le bien-être économique et social des individus, des ménages, des communautés et des nations. Mais quel en sera le coût ? Le fait de traiter la planification familiale comme un droit a d'importantes implications pour les politiques de développement et le cadre du développement durable qui succèdera en 2015 aux objectifs du Millénaire pour le développement.

De par sa dimension normative, l'approche des droits de la personne opère une réorientation radicale en faisant passer les stratégies de planification familiale du domaine de l'engagement politique et du pragmatisme économique à celui des obligations et en déclenchant des signaux d'alerte face à certains compromis politiques complexes.

Du côté du pragmatisme économique, toutefois, il y a lieu de s'intéresser aux implications économiques et budgétaires du respect de l'obligation d'égalité et de non-discrimination pour les politiques fiscales et budgétaires, et par exemple à l'impact des redevances d'utilisation ou des impôts sur l'abordabilité des services de contraception. Il y a lieu de même d'examiner l'obligation de la réalisation progressive par rapport aux allocations budgétaires dans les divers secteurs du budget national.

Les estimations des coûts n'ont généralement pas adopté cette perspective axée sur les droits, mais elles ne sont aucunement en contradiction avec elle. Elles se sont généralement concentrées sur les caractéristiques démographiques de la population, sa structure par âge et, en combinaison avec le besoin non satisfait, le nombre de clientes potentielles de la planification familiale qui en résulte.

Un besoin croissant

Le besoin de planification familiale augmentera du fait de l'entrée imminente d'un nombre croissant de gens dans leurs années procréatrices, en particulier dans les pays les plus pauvres. Quelque 15 % des femmes des pays en développement en âge de procréer souhaitent repousser leur prochaine grossesse ou cesser de procréer mais n'utilisent pas de méthodes modernes de contraception (Singh and Darroch, 2012). Leur droit à la planification familiale est donc exposé à des risques.

Le « besoin non satisfait », selon la définition largement acceptée, n'est pas aussi élevé dans les pays riches. Toutefois, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, une part appréciable des naissances se caractérise par la « non-intentionnalité ». Le taux de non-intentionnalité se situe à son niveau le plus bas en Europe de l'Ouest, à 30 %, et à son niveau le plus haut en Amérique du Sud, à 64 % (Singh, Sedgh and Hussain, 2010). Aux États-Unis, il est estimé que 49 % des grossesses ne sont pas intentionnelles, chiffre qui est resté inchangé de 1994 à 2001 (Finer and Henshaw, 2006).

Les grossesses imprévues, aux États-Unis, surviennent le plus fréquemment chez les femmes de 18 à 24 ans, non mariées, pauvres, noires

◀ *Mwanasha et près de 200 femmes se réunissent à l'ombre d'un baobab. Elles viennent chercher des contraceptifs qui, pour beaucoup d'elles, peuvent changer leur vie et transformer l'avenir de leur famille. Au Malawi, une femme sur 36 meurt en couches, contre une sur 4 600 au Royaume-Uni.*

©Lindsay Mgbor/
UK Department for
International Development

GROSSESSES NON PRÉVUES ET ISSUES, 2008

	Nombre total de grossesses (en millions)	Pourcentage de grossesses non prévues	Répartition des grossesses non prévues par issue (en pourcentage de toutes les grossesses)		
			Naissances	Avortements provoqués	Avortements spontanés
Monde	208,2	41	16	20	5
Régions développées	22,8	47	15	25	6
Régions en développement	185,4	40	16	19	5
Afrique	49,1	39	21	13	5
Afrique australe	2,0	59	34	20	8
Afrique moyenne	6,9	36	22	8	5
Afrique occidentale	15,5	30	16	10	4
Afrique orientale	17,4	46	25	14	6
Afrique septentrionale	7,4	38	15	18	5
Amérique du Nord	7,2	48	23	18	7
Amérique latine et Caraïbes	17,1	58	28	22	8
Amérique centrale	4,6	43	20	17	6
Amérique du Sud	11,3	64	31	24	9
Caraïbes	1,2	63	31	23	9
Asie	118,8	38	12	21	5
Asie centrale du Sud	60,4	38	15	18	5
Asie de l'Est	31,7	33	4	25	3
Asie de l'Ouest	7,5	44	24	15	6
Asie du Sud-Est	19,2	48	14	28	6
Europe	13,2	44	11	28	5
Europe occidentale	2,4	42	17	20	5
Europe orientale	6,4	48	5	38	5
Europe méridionale	2,7	39	18	16	5
Europe septentrionale	1,8	41	17	18	5
Océanie	0,9	37	16	16	5

Source : Singh, S. et al. 2010: 244.

ou hispaniques. En 2001, 48 % des conceptions imprévues ont eu lieu au cours d'un mois où la mère faisait usage de contraceptifs (Finer and Henshaw, 2006). Cela provient du fait que certaines femmes sont plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés alors qu'elles font usage de contraception à d'autres moments. En outre, elles peuvent appliquer des méthodes moins efficaces. Enfin, les femmes qui vivent en union libre sont plus susceptibles de faire des grossesses non planifiées en partie du fait de leur ambivalence à l'égard de la contraception, qui peut leur être inspirée par la préférence de leur partenaire qui n'est pas nécessairement la leur. Les gens des classes socioéconomiques inférieures sont plus susceptibles de subir les conséquences d'un échec de la contraception, en partie du fait qu'ils utilisent plus souvent des méthodes d'une efficacité moindre.

Usage de la contraception, niveaux actuels et besoin non satisfait

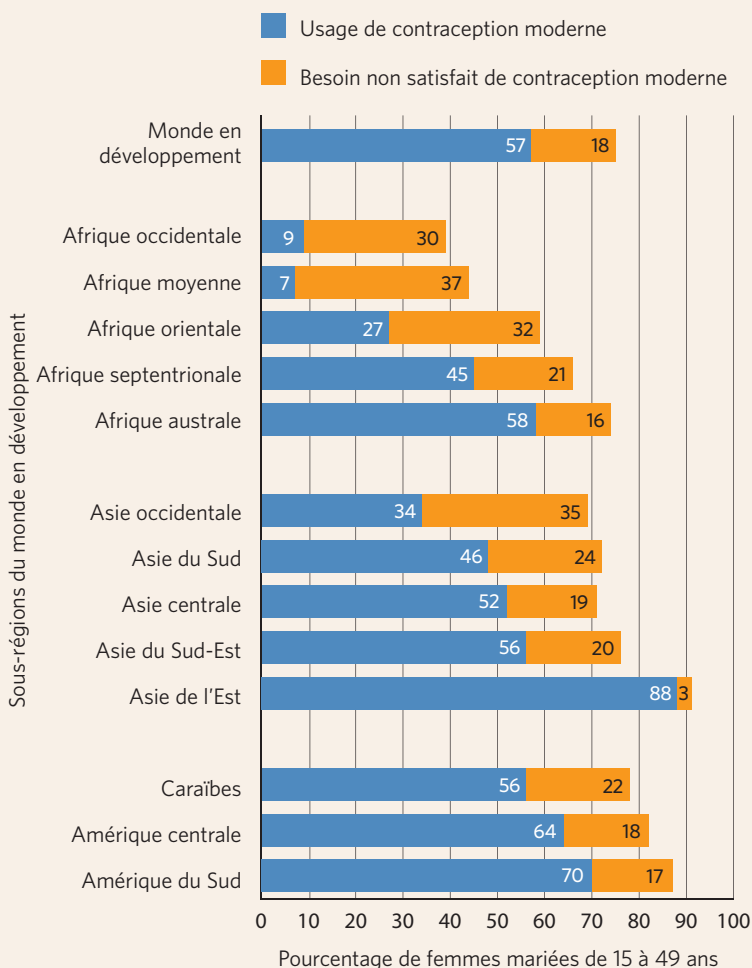
Ainsi qu'il a été décrit aux chapitres 2 et 3, il existe un besoin important et croissant de services de santé sexuelle et reproductive, planification familiale comprise, chez les personnes mariées étant donné que l'on se marie aujourd'hui plus vieux et que l'activité sexuelle entre personnes non mariées s'est accrue. Les femmes non mariées sexuellement actives courent plus de risques de grossesses non planifiées que les femmes mariées. Les femmes vivant en union libre font usage de moyens de contraception à des taux comparables à ceux des femmes mariées mais, étant plus jeunes, tendent à avoir des niveaux d'activité sexuelle supérieurs; par ailleurs, elles sont peut-être aussi plus fécondes.

Dans les pays en développement et les pays développés, l'usage de la contraception par les femmes mariées de 15 à 49 ans est passé de près de 0 % dans les années 60 à environ 47 % en 1990 et à 55 % en 2000 pour se stabiliser ensuite (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2004 & 2011). En Afrique de l'Est, ce taux est passé de 20 % en 2008 à 27 % aujourd'hui. En Asie du Sud-Est, durant la même période, il est passé de 50 % à 56 %. De 2008 à 2012, du fait de l'augmentation de l'usage de méthodes de contraception moderne de 1,7 % par

an en moyenne, on compte aujourd'hui 42 millions de femmes mariées de plus qui pratiquent la planification familiale.

Singh and Darroch (2012), avec leurs nouvelles mesures du besoin non satisfait, recalibrées pour inclure les estimations relatives aux femmes sexuellement actives jamais mariées, calculent que sur les 1,52 milliard de femmes en âge de procréer dans les pays en développement, 867 millions ont en 2012 un besoin de planification familiale.

VARIATIONS DES BESOINS NON SATISFAITS ET DE L'USAGE DE LA CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES FEMMES MARIÉES DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT EN 2012



Source : Singh & Darroch 2012



du terrain par rapport à des problèmes de santé « concurrents », tels que les maladies infectieuses, ses avocats n'ayant pas su persuader les détenteurs du pouvoir, décideurs politiques et donateurs d'accroître leurs apports.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) demandait aux donateurs internationaux de couvrir un tiers des coûts de la santé sexuelle et reproductive, planification familiale comprise, et aux pays en développement d'en couvrir les deux tiers.

Ni les pays en développement ni les pays donateurs ne sont parvenus à cet objectif. Par exemple en 2010, pour répondre aux besoins de planification familiale des utilisatrices de contraception moderne d'alors, on attendait des donateurs des apports d'environ 1,32 milliard de dollars, mais ils n'en ont contribué que 822 millions de dollars, soit environ un tiers de moins que le montant cible.

Le manque de fonds peut être attribué aux coupes budgétaires opérées dans certains pays donateurs ainsi qu'aux changements d'allocation des ressources décidés par le pays considéré. Les États-Unis, par exemple, l'un des grands contributeurs de fonds pour la planification familiale internationale, ont inscrit des pays de plus en plus nombreux sur une liste de pays appelés à passer à une catégorie supérieure et qui, une fois la transition opérée, n'ont plus besoin du même niveau de soutien. Figurent sur cette liste les pays ayant un taux synthétique de fécondité de 3,0 ou moins et un taux de prévalence de la contraception moderne de 55 % ou plus (Bertrand, 2011). Les pays d'Amérique latine ont été particulièrement touchés par ce processus, car les ministères de la santé de la région n'ont pas alloué de ressources pour compenser la réduction progressive ou la perte des apports des États-Unis.

Élargissement de l'accès pour répondre au besoin non satisfait

La fourniture de contraceptifs aux 645 millions d'utilisatrices et d'utilisateurs actuels dans le monde en développement coûte 4 milliards de dollars par an. L'amélioration de la qualité des services coûterait, selon les récentes estimations du

Le besoin d'environ trois de ces femmes sur quatre est satisfait; celui de l'une d'elles sur quatre ne l'est pas.

Les financements ne suffisent plus à répondre aux besoins

L'appui des donateurs et des gouvernements en faveur de la santé sexuelle et reproductive, tout particulièrement de la planification familiale, diminue à un moment critique, où près de 2 milliards de jeunes arrivent à l'âge de procréer. Par ailleurs, nombre de pays en développement n'ont pas inscrit la santé sexuelle et reproductive au rang de leurs priorités dans le secteur de la santé (Population Council, 2007; Birungi et al., 2006). Simultanément, la santé sexuelle et reproductive a perdu

▲ *Panel d'annonce de contributions de donateurs lors du Sommet de Londres sur la planification familiale.*

©Russell Watkins/
UK Department for
International
Development

Guttmacher Institute, 1,1 milliard de dollars de plus par an. La fourniture de méthodes de contraception modernes, avec services améliorés, aux 222 millions de femmes ayant des besoins de contraception non satisfaits viendrait ajouter aux coûts 3 milliards de dollars par an. Au total donc, le coût de la réponse aux besoins de contraception de toutes les femmes des pays en développement et de l'amélioration de la qualité des services atteindrait un total de 8,1 milliards de dollars par an. La satisfaction de tous les besoins de contraception moderne accompagnée de l'amélioration de la qualité des services porterait le coût moyen annuel par utilisatrice du monde en développement de 6,15 dollars à 9,31 dollars (Singh and Darroch, 2012).

Le coût de la réponse au besoin non satisfait est le plus élevé en Afrique subsaharienne et dans les pays les plus pauvres des autres régions où les capacités de prestation des services sont les plus faibles. Une telle réponse exigerait donc une réallocation des ressources des donateurs, qui attribuent actuellement aux 69 pays les plus pauvres 36 % de leurs apports en faveur de la planification familiale; cette part devrait être portée à environ 51 %.

ÉTUDE DE CAS

Responsabilisation en Sierra Leone

La corruption impose des coûts immenses aux systèmes de santé. Durant la guerre civile en Sierra Leone et à la fin du conflit, plus de 50 % des médicaments et des fournitures médicales destinés aux établissements de santé publique échappaient aux contrôles (UNFPA, 2011a). La chaîne logistique faisait face à un manque de transparence, à des problèmes de comptabilité, à une mauvaise gestion et au vol de produits pharmaceutiques dans le système de santé publique, puis à leur revente à des pharmacies privées. L'UNFPA soutient la coalition Health for All [Santé pour tous], organisation de la société civile qui œuvre en vue de la mise en place d'un système de suivi et évaluation solide et indépendant. Les nouveaux inspecteurs du système de santé ont aujourd'hui réduit les vols et accru la responsabilisation et la reddition de comptes, ce qui a des effets directs sur l'accès de la population à la planification familiale. ■

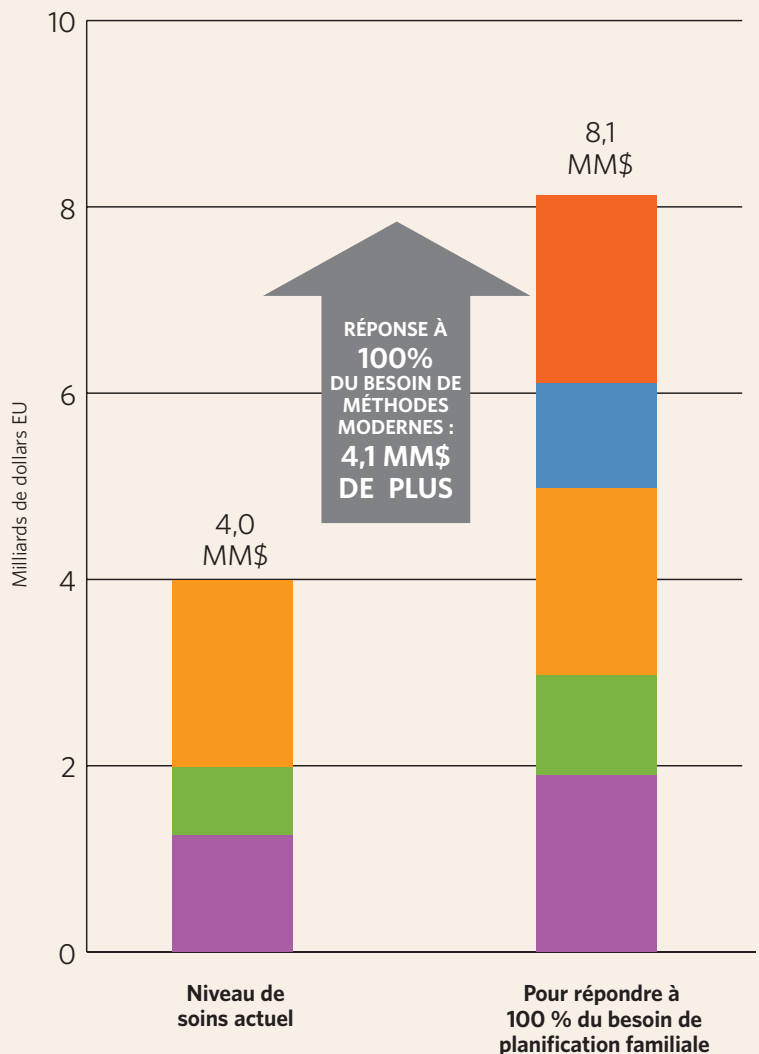
COÛT DE LA RÉPONSE AU BESOIN DE CONTRACEPTION MODERNE EN 2012 : 4,1 MILLIARDS DE DOLLARS DE PLUS

Coûts directs

- Produits et fournitures de contraception
- Salaires des agents de santé

Coûts des systèmes et des programmes (S&P)

- Niveau actuel des coûts des S&P
- Coût supplémentaire des S&P pour les utilisatrices actuelles
- Coût des S&P pour répondre au besoin non satisfait



Source : Singh & Darroch, 2012

Économies résultant de la réponse au besoin non satisfait

Par un investissement supplémentaire de 4,1 milliards de dollars dans les services de contraception moderne dans les pays en développement, le monde économiserait quelque 5,7 milliards de dollars en services de santé maternelle et néonatale grâce à la prévention des grossesses non désirées et des avortements non médicalisés (Singh and Darroch, 2012). La planification familiale est une intervention qui réduit les coûts au niveau de l'individu, du ménage et du pays (Cleland et al., 2011; Greene and Merrick, 2005). Des recherches récentes estiment que l'usage accru de la contraception au cours des deux décennies écoulées a réduit de 40 % le nombre de décès maternels du fait de la réduction du nombre de grossesses non désirées (Cleland et al., 2012). On pourrait prévenir 30 % de décès maternels de plus en répondant tout simplement au besoin non satisfait de planification familiale.

Les conséquences des « pratiques sexuelles à risque », à savoir les diverses affections liées à la santé sexuelle et reproductive y inclus l'infection par le VIH, contribuent considérablement à la charge mondiale de morbidité (Ezzati et al, 2002). La

mauvaise santé sexuelle et reproductive est la cinquième cause de mortalité au niveau mondial et le deuxième facteur contributif au fardeau de la morbidité mesuré en années de vie corrigées du facteur incapacité (AVCI); la proportion des pertes d'AVCI dues aux pratiques sexuelles à risque est bien plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Le droit à la planification familiale : implications en termes de coûts

La détermination des coûts de la planification familiale présente des difficultés en raison de la diversité des modes de prestation des services et du fait que ces services comprennent souvent davantage que les méthodes de planification familiale (Janowitz and Bratt, 1994). Par ailleurs, les coûts associés aux grossesses non prévues ou les économies résultant de la prévention de telles grossesses s'étendent au-delà du niveau individuel et ont des impacts sur les familles, les communautés et les nations.

En outre, certains coûts de planification familiale sont assumés par les services de santé et d'autres par les individus. Dans certains contextes, les coûts imposés au niveau individuel ont pour effet de défavoriser certains groupes dans une mesure variable. En général, le coût de la fourniture

Les services de planification familiale offrent toute une gamme d'options en Guinée.
© UNFPA/Mariama Sire Kaba.



d'informations n'est pas compris dans les estimations qui portent davantage sur la fourniture des produits et des services.

Les programmes qui ont assuré l'accès à la planification familiale pour les premiers groupes « faciles à atteindre » risquent de constater qu'il est bien plus coûteux de le faire pour les clientes de la catégorie suivante (Janowitz and Bratt, 1994). Ils devront, par exemple, atteindre des gens plus isolés géographiquement ou socialement et il faudra peut-être aussi étendre ou améliorer les services pour tenir compte des droits des groupes marginalisés.

La volonté d'assurer le respect du droit à la planification familiale exige que l'on comprenne bien tous les coûts à assumer pour atteindre tous les individus. Faut-il mener des activités de diffusion pour accroître l'accès des groupes défavorisés ? Comment l'État s'acquitte-t-il de son obligation de prioriser les groupes les plus difficiles à atteindre lorsque cela n'est pas pleinement justifiable économiquement ? Faudra-t-il inclure des composantes extra-hospitalières pour surmonter les obstacles qui s'opposent à l'accès à la planification familiale ?

Le Programme d'action de la CIPD reconnaît les contraintes sociales et culturelles relatives à la santé et énonce des arguments justifiant l'élimination de certaines d'entre elles dans le cadre des programmes de planification familiale. Mais ces programmes qui vont « au-delà de la planification familiale » peuvent paraître très lointains des services bien qu'ils aient de vastes impacts sur la santé et le développement (Singh and Darroch, 2012). Il en est ainsi, par exemple, des travaux auprès des hommes et des garçons pour encourager l'application de normes et l'établissement de relations plus égalitaires à l'égard des femmes, notamment pour appuyer l'usage de la planification familiale par leur partenaire ou par eux-mêmes.

Les activités appuyant la planification familiale : essentielles pour les droits elles aussi

Le calcul des coûts porte généralement sur les services de santé et sur l'apport de fournitures et de services pour répondre au besoin non satisfait. Il néglige souvent la nécessité d'influer sur les conditions sous-jacentes qui façonnent le point de vue

des gens sur la procréation et leur permettent de faire usage de la planification familiale.

Une approche du développement durable fondée sur les droits de la personne peut guider les politiques et les programmes et les aider à repérer l'ensemble de facteurs interreliés causes du besoin non satisfait dans le pays ou le contexte local considérés et à en tenir compte. L'application d'une telle approche tout au long du processus de l'analyse de la situation, de la formulation des politiques et de la détermination des coûts des programmes peut contribuer à l'établissement de budgets publics plus sensibles aux diverses formes de discrimination et plus respectueux des droits de la personne.

[La volonté d'assurer le respect du droit à la planification familiale exige que l'on comprenne bien tous les coûts à assumer pour atteindre tous les individus.](#)

Le Guttmacher Institute note dans sa récente analyse des coûts que « des interventions dépassant le cadre de la planification familiale sont nécessaires pour tenir compte des facteurs sociaux qui s'opposent à l'usage de la contraception. [...] La prise en considération de ces types d'obstacles exige une détermination d'intervenir dans le long terme et à grande échelle, par exemple en offrant une éducation sexuelle complète et des programmes d'éducation du public de grande envergure et judicieusement conçus » (Singh and Darroch, 2012).

Les activités appuyant la réalisation du droit à la planification familiale peuvent comprendre :

- Des activités visant à modifier les normes pour induire des changements à long terme au niveau de la demande, par exemple en œuvrant auprès des hommes et des adolescents pour retarder le mariage et soutenir leur conjointe;
- Des activités de mobilisation des gens pour qu'ils revendiquent leurs droits et tiennent les prestataires responsables de la qualité des services;
- Des initiatives visant à éliminer les obstacles à l'accès, par exemple en participant au développement des systèmes de transports communautaires.



▲ Le Dr Babatunde Osotimehin, Directeur exécutif de l'UNFPA, durant son allocution au Sommet de Londres sur la planification familiale.

©Russell Watkins/
UK Department for
International
Development

Certaines activités visant à accroître la demande de planification familiale, par exemple en encourageant les hommes à appuyer l'usage de la planification familiale par leur conjointe et en sensibilisant aux avantages de l'espacement et du choix du moment des grossesses pour la santé et pour l'économie sont parfois incluses dans les estimations des coûts parce qu'elles sont directement en rapport avec l'usage de la planification familiale.

Il est possible de calculer le coût des efforts déployés pour modifier les normes concernant le genre et autres normes liées à la santé sexuelle et reproductive, mais il est problématique de mesurer leur rôle dans l'accroissement de l'usage de la contraception. Il est donc problématique d'évaluer leur coût par rapport à la planification familiale, bien qu'ils puissent avoir en définitive des effets non seulement sur la planification familiale ainsi que sur d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive mais aussi dans d'autres domaines

de la santé et du développement. On peut citer à titre d'exemple d'intervention de modification des normes ayant des effets cliniques concrets le programme de formation « Stepping Stones » élaboré en Afrique subsaharienne et aujourd'hui adapté aux spécificités de dizaines de pays du monde entier (Welbourn, 2003). Ce programme agit sur les rapports de force entre les sexes au niveau communautaire pour avoir, de diverses manières, un impact sur la santé. Il a modifié les attitudes relatives au genre et a eu notamment pour effet de réduire l'incidence du VIH et d'accroître l'usage du préservatif, même un an après l'intervention.

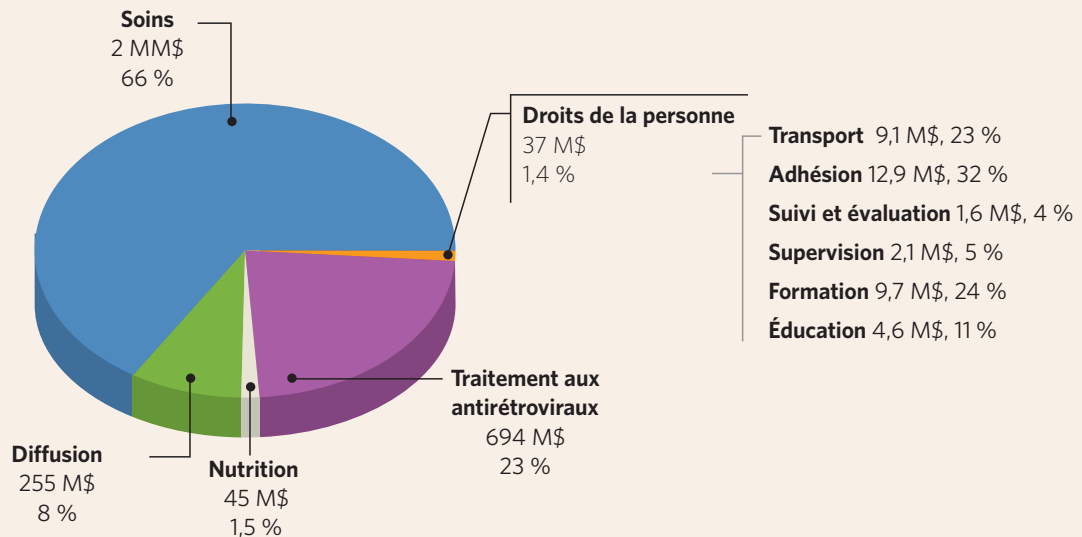
Le débat relatif au coût de l'offre de planification familiale à toutes les personnes qui souhaitent y avoir recours a fait jusqu'ici peu de place aux droits. Il existe toutefois dans d'autres domaines des cas où le coût du respect des droits de la personne est pris en considération dans le calcul des coûts globaux.

Une étude des coûts associés au traitement de l'infection par le VIH, par exemple, a inclus des estimations pour les activités de soutien qui assureraient l'efficacité de l'investissement dans l'offre de traitements antirétroviraux. Parmi ces activités, figurent des mesures de protection des droits fondamentaux des bénéficiaires des traitements (Jones et al., 2011). Une étude récente s'attache à calculer le coût du respect des droits de la personne dans l'offre d'accès au traitement par antirétroviraux en tant qu'intervention préventive peu coûteuse (Granich et al., 2012).

Cette étude constate que faute d'associer la communauté et de l'appuyer, il est peu probable que le programme atteigne ses objectifs. Le modèle retenu se prononce en faveur de « l'engagement de la communauté dans la planification et la mise en œuvre du programme, de manière à ce que nul ne soit contraint de subir des tests de dépistage du VIH et à ce qu'un appui approprié soit fourni aux personnes pour répondre à leurs questions ou à leurs préoccupations ». « Contrairement à de nombreuses autres études comparables, notent les responsables, nous avons inclus dans les coûts ceux de nombreuses composantes d'un cadre résolument axé sur les droits de la personne. » (Granich, 2012) Le coût de la prise en compte de ces composantes représente

COÛTS MOYENS ASSOCIÉS AU TRAITEMENT DE L'INFECTION PAR VIH PAR CATÉGORIE VENTILÉS PAR COMPOSANTES

(MONTANTS EN DOLLARS EU)



M\$ = millions de dollars
MM\$ = milliards de dollars

Source : Granich et al, 2012

1,4 % du coût total du programme, ce qui constitue un investissement modeste dans le succès à long terme de l'initiative et dans la contribution de celle-ci à la réalisation des droits.

Conclusion

Les estimations récentes du besoin non satisfait mettent en évidence les niveaux significatifs des investissements requis pour assurer le respect du droit de la population mondiale à la planification familiale. Le besoin de planification familiale non

satisfait, de niveau élevé, est appelé à augmenter encore au cours des années à venir du fait de la nombreuse génération de jeunes qui atteignent l'âge de la procréation. Il a été démontré que la planification familiale est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces par rapport au coût jamais élaborée. En conséquence, toute décision relative à l'investissement dans la planification familiale doit apprécier ses coûts au regard des multiples avantages qu'elle apporte aux individus, aux ménages et aux nations.



L'universalisation du droit à la planification familiale

Près de 20 ans se sont écoulés depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) durant laquelle les représentants de 179 gouvernements ont transformé l'approche de la santé sexuelle et reproductive, planification familiale comprise, dans le monde. Mais si certains progrès ont été accomplis, il reste encore beaucoup à faire pour réaliser la vision axée sur les droits telle qu'a conçue la CIPD.

Le Programme d'action de la CIPD a défini la santé sexuelle et reproductive et a situé la planification familiale dans un large contexte de droits interreliés. Il a pris en considération, au-delà des programmes, les circonstances de la conjoncture sociale et économique qui façonnent les décisions des gens concernant leur vie sexuelle et reproductive et qui déterminent leur aptitude à agir conformément à ces décisions. Il a mis en exergue les rôles et les besoins des adolescents, des hommes et d'autres groupes jusqu'alors laissés de côté. Et il a souligné le besoin de services qui respectent les droits de la personne et qui répondent aux préférences individuelles en matière de planification familiale.

Les responsables politiques, les organisations internationales, les instances gouvernementales et la société civile ont perçu cette nouvelle approche fondée sur les droits comme révolutionnaire, en partie du fait qu'elle faisait obligation aux pouvoirs publics de mettre les services et les fournitures de santé reproductive à la disposition de toutes et de tous. Mais il convient de se demander si ce changement a été perçu comme révolutionnaire au niveau individuel, par les femmes, les hommes, les filles et les garçons que la CIPD visait à aider.

Lorsque le droit à la planification familiale a été respecté et lorsque l'accès à la planification familiale a été élargi, la population en a bénéficié, sous la forme d'une meilleure santé, de revenus plus élevés, d'une réduction de la pauvreté et d'une plus grande

égalité entre les sexes. Toutefois, la CIPD n'a pas encore changé les réalités quotidiennes de centaines de millions de personnes qui souhaitent éviter ou retarder les grossesses mais qui ne sont pas en mesure de le faire, soit qu'elles n'aient toujours pas accès à des informations et à des services de contraception de qualité, soit qu'elles se heurtent à des obstacles sociaux, économiques et logistiques insurmontables.

Ces personnes n'ont pas encore bénéficié des améliorations de la santé, de l'autonomisation et de la jouissance d'une série d'autres droits que la planification familiale peut apporter ou dont elle peut faciliter la réalisation. Les défis sont particulièrement rudes dans les pays en développement, mais ils ne sont pas absents des pays développés où beaucoup de femmes et d'hommes ne sont pas en mesure d'accéder à la planification familiale, sont mal desservis ou ne sont pas satisfaits des méthodes qu'ils emploient.

La vision de la CIPD n'a pas encore été traduite pleinement en une approche fondée sur les droits des politiques et programmes de santé sexuelle et reproductive de qualité, accessibles à toutes et à tous. En conséquence, trop d'individus ne sont toujours pas en mesure de décider de la taille de leur famille et du moment de leurs grossesses.

Les gouvernements qui ont adopté le Programme d'action de la CIPD se sont engagés à faire en sorte que les individus disposent des informations, de l'éducation et des moyens requis pour

Lorsque les femmes sont en mesure d'exercer leur droit à la planification familiale, elles peuvent décider du moment et de l'espacement de leurs grossesses; elles peuvent aussi exercer de nombreux autres droits et en bénéficier.

décider librement et de manière responsable s'ils souhaitent avoir des enfants et quand les avoir, et ils ont convenu que la planification familiale est un droit.

Ce droit est de même expressément énoncé dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et il a été inclus dans le 5e objectif du Millénaire pour le développement, en particulier dans la cible 5 B qui est de rendre l'accès à la médecine procréative, planification familiale incluse, universel d'ici à 2015. Mais les progrès à cet égard marquent un temps de retard sur ceux de la réalisation des autres objectifs du Millénaire pour le développement.

Reste à savoir ce qui se passera après 2015, une fois dépassée la date butoir de la réalisation de ces objectifs.

Les valeurs et les principes affirmés dans la Déclaration du Millénaire constituent une base solide pour relever les défis du développement mondial. Le programme de développement durable pour l'après-2015 reposera selon toute vraisemblance sur les principes fondamentaux des droits de l'homme, l'égalité et la durabilité. Conformément à ces principes, les actions visant les objectifs de développement seront entreprises dans quatre grands domaines interdépendants : le développement social inclusif, la durabilité du point de vue de l'environnement, le développement économique inclusif, et la paix et la sécurité.

La vision du développement de l'après-2015 est holistique et de portée mondiale; elle repose sur les principes, valeurs et normes de base qui découlent des cadres dont il a été convenu sur le plan international. Ces principes contribueront à la cohérence des politiques au niveau mondial, régional, national et sous-national ainsi qu'au renforcement réciproque des activités de développement.

La planification familiale est l'une de ces activités. Lorsque les femmes sont en mesure d'exercer leur droit à la planification familiale, elles peuvent décider du moment et de l'espacement de leurs grossesses; elles peuvent aussi exercer de nombreux autres droits, tels que les droits à l'éducation, à la santé et au développement, et en bénéficier.

La capacité de déterminer si l'on veut des enfants, quand et combien l'on en veut relève de la réalisation de l'égalité des droits et des chances, et la planification familiale est donc une question d'équité et de justice sociale.

La planification familiale est un droit fondamental de la personne, droit à la réalisation duquel les hommes et les femmes de tous âges et de toutes les régions du monde aspirent. En 2012, la réalisation universelle de ce droit semble de plus en plus à notre portée.

Les quatre recommandations générales qui suivent et leurs stratégies d'exécution spécifiques ont pour objet d'assurer la reconnaissance de la planification familiale en tant que droit fondamental et facteur essentiel du développement durable. Elles soulignent la nécessité : 1) d'adopter une approche fondée sur les droits ou de renforcer une telle approche; 2) de veiller à mettre l'accent sur la planification familiale dans le cadre du développement durable de l'après-2015; 3) d'assurer l'égalité en concentrant l'attention sur les groupes spécifiques exclus; 4) de mobiliser des fonds pour investir pleinement dans la planification familiale.

La planification familiale est un droit fondamental de la personne, droit à la réalisation duquel les hommes et les femmes de tous âges et de toutes les régions du monde aspirent. En 2012, la réalisation universelle de ce droit semble de plus en plus à notre portée.

1 Étendre la portée de la planification familiale et améliorer les services en adoptant une approche de la santé fondée sur les droits de la personne

La planification familiale doit s'inscrire dans le cadre de programmes complets de santé sexuelle et reproductive. Une approche de la planification familiale fondée sur les droits de la personne consiste en bien davantage qu'en la seule protection du droit d'accéder aux services de planification familiale. Les liens étroits qui existent entre le droit de choisir si l'on veut des enfants, quand et combien, et les autres aspects de la vie sexuelle et reproductive exigent que l'on adopte une approche large des services.

Les pouvoirs publics devraient exercer une surveillance pour éliminer les incitatifs, les cibles ou la tarification des redevances qui encouragent les prestataires de soins à plaider en faveur de l'adoption de méthodes particulières, ou les incitatifs à utiliser la contraception. La prestation des services elle-même doit être conforme aux normes des droits de la personne et les obstacles à l'utilisation des services doivent être reconnus comme des atteintes à ces droits. Les gens pauvres et peu instruits risquent tout particulièrement de mal comprendre, d'être mal informés sur les modes d'action des contraceptifs et de se laisser influencer dans leurs choix.

Il faut aller « au-delà de la planification familiale » pour lever les obstacles à la santé sexuelle et reproductive. Les femmes doivent souvent, et les hommes parfois, surmonter des obstacles tenant aux normes de genre profondément ancrées pour exercer leur droit à la planification familiale. Il s'agit de garantir l'accès des femmes à la planification familiale en l'appuyant par des activités qui tiennent compte directement de leur situation sociale et qui accroissent leurs capacités en matière de prise de décision, de mobilité, d'autonomie et d'accès aux ressources. Les programmes doivent cibler les contraintes directement pour assurer l'exercice effectif du droit à la planification familiale.

Il faut reconnaître le rôle crucial des hommes et des garçons dans la réalisation du droit des femmes à la planification familiale, parallèlement à leurs propres droits. En tant que droit de la personne, la planification familiale concerne tout le monde et tous les parents potentiels, des deux sexes. D'une importance toute particulière pour les femmes, leur santé et leur bien-être, elle est aussi d'un grand intérêt et d'une grande valeur pour les hommes. Il existe dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des possibilités d'encourager les hommes à y participer plus pleinement. Les hommes peuvent aider les femmes à réaliser leur droit à la planification familiale en les appuyant en tant que partenaires, en utilisant la contraception, en évitant la violence et en promouvant l'égalité des sexes. Ils occupent une place particulièrement importante dans les efforts visant à transformer les rôles et les normes de genre de manière à ce qu'il soit plus facile pour tout le monde d'exercer ses droits.

▼ *Abribus à Mumbai (Inde). Texte de l'affiche : Tes rêves impliquent d'autres que toi.*
©Panos/Mark Henley



Les programmes de planification familiale doivent refléter cette réalité que l'usage des contraceptifs est situé dans le contexte des relations sexuelles.

Les liens entre la santé sexuelle et reproductive, les droits en matière de procréation et la sexualité sont largement reconnus dans le domaine de la planification familiale. Il faut à présent que les recherches examinent en quoi le désir d'une vie sexuelle satisfaisante influe sur les opinions des femmes et des hommes sur la régulation des naissances, leurs préférences pour certaines méthodes et leur aptitude à négocier leur utilisation. Les programmes de planification familiale pourraient reconnaître et appuyer plus systématiquement le désir d'entretenir des relations sexuelles saines et agréables.

La planification familiale devrait être offerte conjointement aux services d'avortement lorsque ceux-ci sont licites.

La planification familiale devrait être facilement disponible pour les femmes qui ont avorté récemment, pour leur permettre d'éviter à l'avenir les grossesses non désirées. Toutefois, elle est souvent séparée des services licites d'avortement. Le monde se préoccupe unanimement de l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, cause importante de morbidité et de mortalité maternelles. La planification familiale apporte une contribution fondamentale à la résolution de ce problème de santé publique en réduisant le nombre de grossesses non désirées.

L'accès à la contraception d'urgence est une composante essentielle de la réalisation du droit à la planification familiale dans le contexte d'une approche globale de la santé sexuelle et reproductive.

La communauté internationale doit souligner l'importance de l'accès à la contraception d'urgence dans les cas de violence sexuelle ainsi que dans les situations de conflit armé et d'urgence humanitaire.

Les pouvoirs publics, les organisations internationales et la société civile devraient surveiller les niveaux de satisfaction par rapport à la qualité des méthodes et des services de contraception disponibles, l'impact de ces méthodes et services sur l'état de santé et sur l'incidence des grossesses chez les adolescentes, et les coûts des grossesses

non désirées. Les organisations internationales et non gouvernementales ainsi que les institutions gouvernementales devraient élaborer ou adopter des indicateurs affinés du besoin non satisfait, tels que la « proportion de la demande satisfaite ». Considérés conjointement, l'utilisation et le besoin non satisfait de contraception ne définissent que le niveau total de la demande de planification familiale. La « demande satisfaite » constitue un indicateur de substitution de la satisfaction des souhaits exprimés concernant la contraception; c'est une mesure plus sensible de l'appui apporté par les individus, les communautés et les systèmes de santé au droit des personnes de pratiquer la planification familiale.

2 Veiller à ce que la planification familiale occupe dans le cadre de développement durable de l'après-2015 une place centrale qui reconnaît ses contributions au développement et à l'élimination de la pauvreté et de l'inégalité.

Il s'agit de traiter la planification familiale non pas comme un domaine spécialisé du secteur de la santé mais comme l'un de plusieurs investissements clés qui contribuent au développement.

La planification familiale est un investissement économique rationnel ayant fait ses preuves et qui est payant au niveau de l'individu, du ménage, de la communauté et de la nation. L'ampleur des avantages qui découlent du respect du droit à la planification familiale tend à indiquer que celle-ci est peut-être l'une des interventions les plus efficaces et les plus rentables d'accumulation de capital humain et d'atténuation de la pauvreté. En ratifiant les traités relatifs aux droits de la personne, les États assument certaines obligations de protéger un large éventail de droits. La protection du droit à la planification familiale leur offre souvent un moyen de s'acquitter de ces obligations.

La planification familiale joue un rôle central dans la réalisation d'un large éventail d'objectifs de développement. Avec sa focalisation sur les disparités et les inégalités, le cadre de développement durable de l'après-2015 sera, selon toute vraisemblance, composé d'éléments se renforçant

réciroquement. La planification familiale appuie au moins quatre objectifs prioritaires qui reflètent l'orientation émergente sur les droits de la personne de ce nouveau cadre de développement durable :

- **Réduction de la pauvreté** : La planification familiale permet d'éviter les grossesses non planifiées, non désirées et à risques et contribue à réduire la pauvreté en offrant aux gens la possibilité de bénéficier davantage d'autres investissements dans le secteur social et d'investir davantage dans leurs enfants.
- **Égalité des sexes** : Comment les femmes peuvent-elles planifier leur existence si elles ne sont pas en mesure de décider en matière de procréation ? Les initiatives de développement doivent donner aux gens et aux femmes en particulier la possibilité de mener leur existence conformément à leurs choix. Et l'égalité des sexes appelle les hommes à jouer un rôle central dans la planification familiale et à appuyer les femmes et les filles.
- **Autonomisation des jeunes** : La planification familiale contribue à ouvrir des possibilités aux jeunes et souligne l'importance de la planification de leur existence. La prévention des grossesses non désirées protège les adolescents des deux sexes d'une vie où ils ne sont pas en mesure de saisir les opportunités qui se présentent. Savoir planifier sa famille est une aptitude nécessaire pendant plusieurs décennies de la vie procréative. La planification familiale contribue à la planification d'autres aspects de l'existence : études, travail, fondation d'une famille et autres.
- **Santé** : La planification familiale est d'une importance fondamentale pour la santé des femmes, en ce qu'elle permet à celles-ci d'éviter les grossesses précoces, d'espacer les grossesses et de réguler leur fécondité.

L'amélioration de l'accès à la planification familiale prolonge l'espérance de vie pour les mères ainsi que pour les enfants, encourage à investir dans l'éducation et dans d'autres types de formation de capital humain, ouvre des possibilités de participation au

marché du travail, augmente le rendement de cette participation et mène à des revenus et à une accumulation d'actifs supérieurs. Il en résulte des avantages notables, tout particulièrement si la baisse de la fécondité est suffisamment rapide pour dégager un dividende démographique. En outre, les études sur la question le confirment dans leur quasi-totalité, le montant du dividende démographique dépend non seulement de la vitesse de la réduction de la mortalité et de la fécondité mais aussi du contexte des politiques, en particulier dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, de la planification familiale, de l'éducation, de la flexibilité du marché du travail, de l'ouverture au commerce et de l'épargne.

Les programmes de planification familiale renforcent les impacts positifs des autres initiatives qui investissent dans le capital humain. En réduisant la mortalité maternelle et en prolongeant l'espérance de vie, de tels programmes accroissent le rendement de l'éducation et de ce fait celui de l'investissement dans l'éducation, en particulier pour les filles. Les pouvoirs publics devraient considérer la planification familiale de la même façon qu'ils considèrent les autres investissements en faveur du capital humain dans l'éducation, la participation au marché du travail et la participation à la vie politique et y accorder la même priorité.

▼ *Le Dr Awa Marie Coll-Seck, ministre de la Santé du Sénégal, prononçant une allocution au Sommet de Londres sur la planification familiale.*

©Russell Watkins/UK Department for International Development



Le rapport étroit entre la baisse de la fécondité et l'amélioration des droits des femmes implique que les instances gouvernementales et les institutions multilatérales devraient non seulement s'attacher à promouvoir des changements législatifs directs en faveur de cette amélioration, mais aussi investir dans la planification familiale et les autres programmes de renforcement du capital humain. Cela constitue une façon supplémentaire d'accroître le pouvoir de négociation des femmes dans la société.

En réduisant la mortalité maternelle et en prolongeant l'espérance de vie, de tels programmes accroissent le rendement de l'éducation et de ce fait celui de l'investissement dans l'éducation, en particulier pour les filles. Les pouvoirs publics devraient considérer la planification familiale de la même façon qu'ils considèrent les autres investissements en faveur du capital humain dans l'éducation, la participation au marché du travail et la participation à la vie politique et y accorder la même priorité.

Les programmes de planification familiale ne sauraient toutefois remplacer les autres types d'investissements dans le capital humain. En fait ces programmes et la baisse de la fécondité ont un impact maximal dans les sociétés qui effectuent des investissements complémentaires pour accroître la scolarisation des filles et des femmes et pour élargir les opportunités offertes sur le marché du travail, et qui connaissent des changements économiques qui modifient fondamentalement l'arbitrage coûts-bénéfices d'une fécondité élevée. Les programmes ont souvent été d'une efficacité maximale lorsqu'ils étaient alliés à d'autres types d'apports en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.

3 Assurer l'exercice du droit à la planification familiale de groupes exclus spécifiques

En tant qu'éléments essentiels de l'engagement des États de remédier aux inégalités dans le domaine de la santé, les programmes doivent cibler les facteurs financiers, matériels, juridiques, sociaux et culturels qui opposent des obstacles à tant de gens qui cherchent à obtenir des soins de santé et viser

à éliminer les formes de discrimination conjuguées auxquelles ils peuvent faire face.

Les femmes pauvres qui n'ont pas accès à la planification familiale ont plus d'enfants qu'elles n'en veulent. En revanche, en tous lieux, les élites fortunées et éduquées tendent à avoir accès à la planification familiale, qu'il existe ou non des politiques ou des programmes favorables. Dans de nombreux pays, malgré des efforts déployés pour remédier aux inégalités en matière de santé en ciblant les services pour les pauvres, les avantages échoient souvent pour la plupart aux membres des classes déjà favorisées (Gwatkin et al., 2007). Pour améliorer l'accès des pauvres à l'information sur la contraception et aux services, les programmes doivent souvent prendre en considération non seulement les obstacles financiers mais aussi les obstacles physiques (tels que l'éloignement des établissements de santé et les coûts d'opportunité des consultations de prestataires de services de planification familiale) ainsi que les facteurs sociaux et culturels (tels que le manque de respect ou les attitudes critiques de la part des agents de santé, le manque d'autonomie et de pouvoir décisionnel concernant les soins de santé ou l'opposition familiale ou communautaire à l'usage de la contraception).

Dans les pays où la situation l'exige, de nouvelles dispositions législatives doivent être adoptées pour assurer l'accès universel à la planification familiale; dans d'autres, il s'agit de prendre des mesures pour assurer l'application équitable des lois, politiques et programmes en vigueur. L'appui accordé par l'État à la planification familiale doit comporter des mesures qui permettent aux groupes marginalisés, notamment les populations autochtones, les groupes ethniques et les personnes vivant dans des communautés urbaines et rurales difficiles à atteindre, d'accéder aux services (United Nations Economic and Social Council, 2009).

Les politiques et les programmes de planification familiale doivent répondre aux besoins des personnes non mariées de tous âges, dont le nombre s'accroît dans le monde entier. Chez les jeunes et chez les adultes, les relations se nouent, se maintiennent et se dénouent aujourd'hui de manières



différentes de celles qu'ont connues leurs aînés, et l'éducation et les services doivent répondre à ces changements. Les jeunes ont besoin de services durant la période qui s'écoule entre leurs premières relations sexuelles et le moment où ils se marient. L'expansion de l'accès pour répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes exigera des actions de plaidoyer et d'autres efforts pour modifier les attitudes de la société à l'égard de leur vie sexuelle et reproductive. Des services et des informations devraient être fournis aux adultes séparé(e)s de leur partenaire ou ayant formé de nouvelles unions. Lorsque les gens avancent en âge, ils sont exposés à des pressions variables qui les poussent à se conformer aux attentes communautaires et familiales relatives à la sexualité, au mariage et à la procréation. À mesure que leur rôle évolue, leurs besoins de planification familiale tendent à disparaître de

l'horizon des décideurs politiques et des concepteurs de programmes.

Les programmes de planification familiale devraient être développés pour mettre les services à la disposition des jeunes femmes mariées et de leur conjoint. Les adolescentes mariées éprouvent de grandes difficultés pour accéder aux services de planification familiale et elles sont de ce fait exposées à des risques de grossesses non planifiées ou non désirées et à leurs effets adverses pour la santé (Ortayli and Malarcher, 2010; Godha, Hotchkiss and Gage 2011). Plus les adolescentes sont jeunes lors de leur mariage, plus il est difficile pour elles d'assumer le contrôle de leur propre fécondité et plus elles sont susceptibles de faire des grossesses trop rapprochées et répétées (Rutstein 2008).

▲ *Un couple au Botswana s'informe sur ses options en matière de contraception.*
© Panos/Giacomo Pirozzi

Il faut, pour répondre de manière appropriée aux besoins de planification familiale des personnes âgées remettre en question l'idée communément reçue que ces personnes n'ont pas besoin d'exercer leur droit à la planification familiale. Une catégorie souvent négligée dans les politiques et les programmes de planification familiale est celle des hommes de plus de 49 ans, dont la fécondité ne diminue que lentement avec l'âge. Cette négligence porte atteinte aux droits des personnes âgées sexuellement actives qui souhaitent se protéger de conséquences néfastes pour la santé sexuelle et reproductive, notamment de grossesses non désirées présentant des risques élevés. Comme l'a affirmé la Commission de la population et du développement en 2012, les services et les informations appropriés devraient être mis à la disposition des adultes séparé(e)s de leur partenaire ou ayant formé de nouvelles unions plus tard dans leur vie.

▼ Le président du Nigéria, Goodluck Jonathan, a annoncé en septembre un plan visant à accroître l'accès aux fournitures salvatrices, notamment à la planification familiale. Il est co-président de la Commission des Nations Unies sur les produits indispensables aux femmes et aux enfants.

©United Nations/J. Carrier



Les États et la communauté internationale devraient intensifier leurs efforts de recueil de données sur tous les groupes qui peuvent éprouver des difficultés pour accéder à la planification familiale. Il s'agit ici des adolescents, y inclus ceux de 10 à 14 ans, des jeunes, des garçons et des hommes, des adolescents mariés, des célibataires, des personnes âgées, des minorités ethniques, des réfugiés et des migrants, des travailleuses du sexe, des personnes vivant avec le VIH/sida, et des femmes et des filles vulnérables aux violences dans les zones touchées par les conflits, les catastrophes naturelles ou les crises humanitaires. Les données devraient être désagrégées systématiquement par sexe, âge et ethnicité, analysées par quintile de richesse et ventilées entre populations rurales et urbaines de manière à mettre en évidence les variations en matière d'accès entre les divers groupes et au sein des groupes.

Les mesures et le suivi de l'accès doivent refléter les besoins et les expériences de toutes et de tous. Une combinaison d'indicateurs fournirait des informations plus complètes sur l'accès par groupe de population. Une analyse de l'égalité sociale dans le domaine de la santé, par exemple, serait utile pour orienter les efforts là où ils sont nécessaires (Austveg, 2011). Mettre l'accent sur le respect des droits de la personne en matière de planification familiale exige que l'on établisse les coûts des programmes du côté de la demande. Singh et Darroch (2012) recommandent un recueil systématique des données au niveau des prestataires de services et des établissements, et l'emploi d'indicateurs tels que les effectifs et la formation du personnel, la gamme de méthodes offertes, la fiabilité de l'approvisionnement en divers produits contraceptifs et la qualité des soins.

4 Accroître le financement de la planification familiale et veiller à l'emploi judicieux des ressources

Les autorités des pays en développement et des pays donateurs, les organisations internationales et les fondations doivent accroître leurs apports financiers pour améliorer la qualité et la disponibilité de la contraception, des informations et des

services pour toutes les personnes qui souhaitent y accéder, afin de permettre à tout le monde d'exercer son droit à la planification familiale. Les États, pays donateurs ainsi que pays en développement, devraient honorer les engagements en matière de financement qu'ils ont pris lors de la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 pour mettre en œuvre toutes les composantes du Programme d'action.

Il faut environ 4 milliards de dollars chaque année pour continuer de répondre aux besoins des 645 millions de femmes qui emploient actuellement des méthodes de contraception modernes dans les pays en développement. L'amélioration de la qualité des services qui leur sont fournis ajouterait 1,1 milliard de dollars à ce montant, et la réponse aux besoins des femmes qui souhaitent retarder les grossesses ou cesser de procréer mais qui n'ont pas actuellement recours à la planification familiale 3 milliards de dollars de plus par an. Au total, le coût de la réponse au besoin actuel et au besoin non satisfait de planification des femmes des pays en développement s'élèverait à 8,1 milliards de dollars par an. Les pays développés doivent de leur côté calculer le coût de la réalisation du droit à la planification familiale sur leur territoire, au regard de tous les avantages que cela comporte pour leurs ressortissants et pour le développement national.

Dans leur plaidoyer en faveur de la planification familiale, les instances gouvernementales, les organisations internationales et la société civile devraient souligner les liens qui unissent les efforts dans ce domaine et d'autres initiatives mondiales, telles que celles visant à réduire la mortalité maternelle, à mettre fin au mariage d'enfants, à combattre la violence sexiste et à prévenir les grossesses chez les adolescentes.

Plusieurs initiatives spécifiques, dont Women Deliver (axée sur la santé et le bien-être des femmes et des filles), Filles, pas épouses (axée sur l'élimination du mariage précoce) et MenEngage (réseau mondial d'organisations déterminées à réduire les

inégalités entre les sexes et à accroître le bien-être des hommes, des femmes et des enfants), sont des alliées naturelles dans les actions visant à la réalisation du droit à la planification familiale.

L'investissement et la coordination plurisectoriels sont essentiels pour assurer l'emploi efficace des fonds.

Les choix éclairés concernant l'espace, le nombre et le moment des grossesses sont facilités lorsque les pouvoirs publics investissent dans toute une gamme de politiques et de programmes visant à éliminer le mariage d'enfants, à promouvoir l'éducation des filles et à créer des opportunités d'emploi pour les jeunes (Greene, 2000 in Cohen and Burger, 2000). Étant donné qu'une approche globale du développement, de la santé, de l'éducation et des droits tend à induire une réduction des taux de fécondité, les pouvoirs publics doivent aussi adopter une démarche qui assure une meilleure coordination et une coopération accrue entre les différents ministères. Il s'agit également d'agir conjointement avec de multiples secteurs au niveau communautaire. Une telle action avec les éducateurs et les dirigeants religieux, par exemple, peut favoriser l'élimination des préjugés liés au genre et à l'âge qui amènent les hommes à remettre en question la planification familiale, qui sapent les droits des femmes et qui minimisent l'importance de la sexualité des adolescents ou l'ignorent.

Lors d'un sommet réuni à Londres le 11 juillet 2012, des pays donateurs et des fondations ont annoncé des apports de 2,6 milliards de dollars en vue d'assurer l'accès à la planification familiale à 120 millions des 222 millions de femmes des pays en développement dont le besoin est encore insatisfait d'ici 2020. Les pays en développement se sont engagés, quant à eux, à allouer des montants significatifs en faveur de cette initiative. Les parties prenantes ont qualifié ce financement supplémentaire de « premier pas », le but étant de mobiliser à terme des ressources suffisantes pour éliminer totalement le besoin non satisfait de planification familiale moderne dans les pays en développement.

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone

	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2000-2010	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2011	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2011	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2011	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2011		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2011	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afghanistan	460	34	90	184	22	16				34	13
Afrique du Sud	300	91	54	64	60	60	14	90	91	59	65
Albanie	27	99	11	19	69	10	13	80	80	75	73
Algérie	97	95	4	27	61	52		98	96	65	69
Allemagne	7	99	9	4	70	66					
Angola	450	49	165	156	6	5		93	78	12	11
Antigua-et-Barbuda			67					91	84	85	85
Arabie saoudite	24	100	7	19	24			90	89	78	83
Argentine	77	98	68	14	79	70		100	99	78	87
Arménie	30	100	28	27	55	27	19	95	98	85	88
Australie ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Autriche	4	99	10	5	51	47					
Azerbaïdjan	43	88	41	43	51	13	15	85	84	81	78
Bahamas	47	99	41	18				94	96	82	88
Bahreïn	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	27	133	51	56	48	17			45	50
Barbade	51	100	50	14				90	97	81	88
Belarus	4	100	21	9	73	56					
Belgique	8	99	11	5	75	73	3	99	99	90	87
Belize	53	88	90	21	34	31	21	100	91	64	65
Bénin	350	74	114	121	17	6	27			27	13
Bhoutan	180	58	59	52	66	65	12	88	91	50	57
Bolivie, État plurinational de	190	71	89	54	61	34	20	95	96	68	69
Bosnie-Herzégovine	8	99	17	16	36	11					
Botswana	160	95	51	46	53	51	27	87	88	57	65
Brésil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunéi Darussalam	24	100	18	6						95	99
Bulgarie	11	99	48	11	63	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	147	16	15	30	65	61	19	16
Burundi	800	60	65	152	22	18	29	91	89	18	15
Cambodge	250	71	48	69	51	35	24	96	95	37	33
Cameroun, République du	690	64	127	136	23	14	21				
Canada	12	99	14	6	74	72		100	100		
Cap-Vert	79	76	92	22	61	57	17	95	92	61	71
Chili	25	100	54	8	64			94	94	81	84
Chine	37	96	6	24	85	84	2				

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2000-2010	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2011	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2011	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2011	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2011		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2011	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Chypre	10	98	4	5				99	99	96	96
Colombie	92	95	85	23	79	73	8	92	91	72	77
Comores	280	47	95	86	26	19	36	81	75		
Congo, République démocratique du ²	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Congo, République du	560	83	132	104	44	13	20	92	89		
Corée, République de	16	100	2	5	80	70		99	98	96	95
Corée, République populaire démocratique de	81	100	1	32	69	58					
Costa Rica	40	95	67	11	82	80	5				
Côte d'Ivoire	400	57	111	107	13	8	29	67	56		
Croatie	17	100	13	7				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	73	72		100	99	87	87
Danemark	12	98	6	5				95	97	88	91
Djibouti	200	78	27	104	18	17		47	42	28	20
Dominique			48					95	96	84	93
Égypte	66	79	50	25	60	58	12	100	96	71	69
El Salvador	81	85	65	23	73	66	9	95	95	57	59
Émirats arabes unis	12	100	34	8	28	24		94	98	80	82
Équateur	110	89	100	23	73	59	7	99	100	58	59
Érythrée	240	28	85	62	8	5		37	33	32	25
Espagne	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Estonie	2	99	21	7	70	56	25	96	96	91	93
États-Unis d'Amérique	21	99	39	8	79	73	7	95	96	89	90
Éthiopie	350	10	79	96	29	27		85	80	17	11
Ex-République yougoslave de Macédoine	10	100	20	15				97	99	82	81
Fidji	26	100	31	22				99	99	79	88
Finlande	5	99	8	3				98	98	94	94
France	8	98	12	4	77	75	2	99	99	98	99
Gabon	230	86	144	64	33	12	28				
Gambie	360	52	104	93	18	13		68	70		
Géorgie	67	100	44	27	47	27	16	96	94	84	80
Ghana	350	55	70	63	24	17	36	84	85	51	47
Grèce	3		12	5	76	46		98	99	91	90
Guatemala	120	51	92	34	43	34	28	100	98	43	40
Guinée	610	46	153	134	9	4	22	83	70	36	22
Guinée-Bissau	790	44	137	181	14			77	73	12	7
Guinée équatoriale	240	65	128	151	10	6	29	57	56		
Guyana	280	87	97	46	43	40	29	82	86	78	83
Haïti	350	26	69	76	32	24	37				
Honduras	100	66	108	33	65	56	17	95	97		

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2000-2010	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2011	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2011	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2011	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2011		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2011	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Hongrie	21	100	19	7	81	71	7	98	98	91	91
Îles Salomon	93	70	70	43	35	27	11	83	81	32	29
Îles Turques et Caïques			26		31	22		77	84	72	69
Inde	200	58	39	65	55	48	21	99	98		
Indonésie	220	77	52	31	61	57	13	97	93	68	67
Iran, République islamique d'	21	99	31	31	73	59		98	96		
Iraq	63	80	68	41	50	33		94	84	49	39
Irlande	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Islande	5		15	3				99	100	87	89
Israël	7		14	4				97	97	97	100
Italie	4	100	7	4	63	41	12	100	99	94	94
Jamaïque	110	98	72	26	69	66	12	83	81	80	87
Japon	5	100	5	3	54	44				99	100
Jordanie	63	99	32	22	59	41	13	91	91	83	88
Kazakhstan	51	99	31	29	51	49	12	99	100	90	89
Kenya	360	44	106	89	46	39	26	84	85	52	48
Kirghizistan	71	97	31	42	48	46		95	95	79	79
Kiribati			39	44	36	31	12			65	72
Koweït	14	99	14	10	52	39		97	100	86	93
La Grenade	24	100	53	15	54	52		96	99	95	86
Lesotho	620	62	92	89	47	46	23	72	75	23	37
Lettonie	34	99	15	8	68	56	17	95	97	83	84
Liban	25	97	18	24	58	34		94	93	71	79
Libéria	770	46	177	107	11	10	36	52	41		
Libye	58	100	4	15	45	26					
Lituanie	8	100	17	9	51	33	18	96	96	91	91
Luxembourg	20	100	7	3				96	98	84	86
Madagascar	240	44	147	58	40	28	19	79	80	23	24
Malaisie	29	99	14	9	49	32		96	96	65	71
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	28	27
Maldives	60	95	19	12	35	27	29	97	97	46	52
Mali	540	49	190	173	8	6	28	72	63	36	25
Malte	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Maroc	100	74	18	31	63	52	12	97	96	38	32
Martinique			20	8							
Maurice ³	60	100	31	15	76	39	4	92	94	74	74
Mauritanie	510	57	88	106	9	8	32	73	76	17	15
Mexique	50	95	87	17	71	67	12	99	100	70	73
Micronésie	100	100	52	38							
Moldova, République de	41	100	26	19	68	43	11	90	90	78	79

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2000-2010	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2011	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2011	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2011	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2011		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2011	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mongolie	63	99	20	37	55	50	14	100	99	77	85
Monténégro	8	100	24	9	39	17					
Mozambique	490	55	193	123	16	12	19	92	88	18	17
Myanmar	200	71	17	57	41	38	19			49	52
Namibie	200	81	74	39	55	54	21	84	89	44	57
Népal	170	36	81	39	50	43	25	78	64		
Nicaragua	95	74	109	22	72	69	8	93	95	43	49
Niger	590	18	199	144	11	5	16	68	57	13	8
Nigéria	630	34	123	141	14	9	19	60	55		
Norvège	7	99	10	4	88	82		99	99	94	94
Nouvelle-Zélande	15	96	29	6	75	72		99	100	94	95
Oman	32	99	12	11	32	25		100	97		
Ouganda	310	42	159	114	24	18	38	90	92	17	15
Ouzbékistan	28	100	26	53	65	59	14	94	91	93	91
Pakistan	260	45	16	86	27	19	25	81	67	38	29
Panama	92	89	88	21				99	98	66	72
Papouasie-Nouvelle-Guinée	230	40	70	58	36						
Paraguay	100	85	63	33	79	70	5	86	86	58	62
Pays-Bas	6		5	5	69	67		100	99	87	88
Pérou	90	84	72	28	74	50	7	98	98	77	78
Philippines	99	62	53	27	51	34	22	88	90	56	67
Pologne	5	100	16	7	73	28		96	96	90	92
Portugal	8		16	5	87	83		99	100	78	86
Qatar	7	100	15	10	43	32		96	97	76	93
République arabe syrienne	70	96	75	16	58	43		100	98	67	67
République centrafricaine	890	41	133	155	19	9	19	78	60	18	10
République démocratique populaire lao	470	37	110	46	38	35	27	98	95	42	38
République dominicaine	150	94	98	28	73	70	11	96	90	58	67
République tchèque	5	100	11	4	72	63	11	96	96		
République-Unie de Tanzanie	460	49	128	81	34	26	25	98	98		
Roumanie	27	99	41	15	70	38	12	88	87	82	83
Royaume-Uni	12		25	6	84	84		100	100	95	97
Russie, Fédération de	34	100	30	16	80	65		95	96		
Rwanda	340	69	41	114	52	44	19	89	92		
Saint-Kitts-et-Nevis			67					86	86	89	88
Saint-Vincent-et-les Grenadines	48	98	70	25				100	97	85	96
Sainte-Lucie	35	100	49	16				90	89	85	85
Samoa			29	24	29	27	48	93	97	73	83
Sao-Tomé-et-Principe	70	81	110	69	38	33	38	97	98	44	52

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2000-2010	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2011	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2011	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2011	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2011		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2011	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sénégal	370	65	93	85	13	12	29	76	80	24	19
Serbie	12	100	22	13	61	22	7	95	94	89	91
Seychelles			62					96	94	92	100
Sierra Leone	890	31	98	157	8	6	28				
Singapour	3	100	6	2	62	55					
Slovaquie	6	100	21	7	80	66					
Slovénie	12	100	5	4	79	63	9	97	97	91	92
Somalie	969	9	123	162	15	1					
Soudan*	730	23	70	87	9		29				
Sri Lanka	35	99	24	13	68	53	7	94	94		
Suède	4		6	3	75	65		100	99	94	94
Suisse	8	100	4	5	82	78		99	99	84	82
Suriname	130	87	66	27	46	45		91	91	46	55
Swaziland	320	82	111	92	65	63	13	86	85	29	37
Tadjikistan	65	88	27	65	37	32		99	96	90	80
Tchad	110,0	14	193	195	3	2	21	74	51	16	5
Territoire palestinien occupé	64		60	22	50	39		90	88	81	87
Thaïlande	48	99	47	13	80	78	3	90	89	70	78
Timor-Leste, République démocratique du	300	30	54	76	22	21	32	86	86	34	39
Togo	300	60	89	104	15	13	31			33	16
Tonga	110	98	16	25				94	89	67	80
Trinité-et-Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	66	70
Tunisie	56	95	6	23	60	52	12	99	96	64	66
Turkménistan	67	100	21	62	62	45	10				
Turquie	20	91	38	23	73	46	6	98	97	77	71
Tuvalu			28				24				
Ukraine	32	99	30	15	67	48	10	91	91	86	86
Uruguay	29	100	60	15	77	75		100	99	66	73
Vanuatu	110	74	92	29	38	37		98	97	46	49
Venezuela, République bolivarienne de	92	95	101	20	70	62	19	95	95	68	76
Viet Nam	59	84	35	23	78	60	4				
Yémen	200	36	80	57	28	19	39	86	70	49	31
Zambie	440	47	151	130	41	27	27	91	94		
Zimbabwe	570	66	115	71	59	57	16				

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone ¹⁴	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2000-2010	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2011	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2011	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2011	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2011		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2011	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Total mondial	210	70	49	60,0	63	57	12	92	90	64	61
Régions développées⁶	26		23	7,7	72	62		97	97	90	91
Régions en développement⁷	240	65	52	66,1	62	56	13	91	89	60	57
Pays les moins avancés⁸	430	42	116	112,0	35	28	24	82	78	35	29
États arabes⁹	140	76	43	49,1	51	42	18	89	82	61	58
Asie et Pacifique¹⁰	160	69	33	51,4	67	62	11	95	94	63	60
Europe de l'Est et Asie centrale¹¹	32	97	30	26,1	70	54	10	94	94	85	85
Amérique latine et Caraïbes¹²	81	91	79	23,9	73	67	10	96	95	71	76
Afrique subsaharienne¹³	500	47	120	122,6	25	20	25	79	76	33	26

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

■ Hommes ■ Femmes

Pays, territoire ou zone

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015
Afghanistan	33,4	3,1	49	49	6,0
Afrique su Sud	50,7	0,5	53	54	2,4
Albanie	3,2	0,3	74	80	1,5
Algérie	36,5	1,4	72	75	2,1
Allemagne	82,0	-0,2	78	83	1,5
Angola	20,2	2,7	50	53	5,1
Antigua-et-Barbuda	0,1	1,0			
Arabie saoudite	28,7	2,1	73	76	2,6
Argentine	41,1	0,9	72	80	2,2
Arménie	3,1	0,3	71	77	1,7
Australie ¹	22,9	1,3	80	84	1,9
Autriche	8,4	0,2	78	84	1,3
Azerbaïdjan	9,4	1,2	68	74	2,1
Bahamas	0,4	1,1	73	79	1,9
Bahreïn	1,4	2,1	75	76	2,4
Bangladesh	152,4	1,3	69	70	2,2
Barbade	0,3	0,2	74	80	1,6
Belarus	9,5	-0,3	65	76	1,5
Belgique	10,8	0,3	77	83	1,8
Belize	0,3	2,0	75	78	2,7
Bénin	9,4	2,7	55	59	5,1
Bhoutan	0,8	1,5	66	70	2,3
Bolivie, État plurinational de	10,2	1,6	65	69	3,2
Bosnie-Herzégovine	3,7	-0,2	73	78	1,1
Botswana	2,1	1,1	54	51	2,6
Brésil	198,4	0,8	71	77	1,8
Brunéi Darussalam	0,4	1,7	76	81	2,0
Bulgarie	7,4	-0,7	70	77	1,5
Burkina Faso	17,5	3,0	55	57	5,8
Burundi	8,7	1,9	50	53	4,1
Cambodge	14,5	1,2	62	65	2,4
Cameroun, République du	20,5	2,1	51	54	4,3
Canada	34,7	0,9	79	83	1,7
Cap-Vert	0,5	0,9	71	78	2,3
Chili	17,4	0,9	76	82	1,8
Chine	1 353,6	0,4	72	76	1,6
Chypre	1,1	1,1	78	82	1,5
Colombie	47,6	1,3	70	78	2,3
Comores	0,8	2,5	60	63	4,7

Pays, territoire ou zone

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015
Congo, République démocratique du ²	69,6	2,6	47	51	5,5
Congo, République du	4,2	2,2	57	59	4,4
Corée, République de	48,6	0,4	77	84	1,4
Corée, République populaire démocratique de	24,6	0,4	66	72	2,0
Costa Rica	4,8	1,4	77	82	1,8
Côte d'Ivoire	20,6	2,2	55	58	4,2
Croatie	4,4	-0,2	73	80	1,5
Cuba	11,2	0,0	77	81	1,5
Danemark	5,6	0,3	77	81	1,9
Djibouti	0,9	1,9	57	60	3,6
Dominique	0,1	0,0			
Égypte	84,0	1,7	72	76	2,6
El Salvador	6,3	0,6	68	77	2,2
Émirats arabes unis	8,1	2,2	76	78	1,7
Équateur	14,9	1,3	73	79	2,42
Érythrée	5,6	2,9	60	64	4,2
Espagne	46,8	0,6	79	85	1,5
Estonie	1,3	-0,1	70	80	1,7
États-Unis d'Amérique	315,8	0,9	76	81	2,1
Éthiopie	86,5	2,1	58	62	3,8
Ex-République yougoslave de Macédoine	2,1	0,1	73	77	1,4
Fidji	0,9	0,8	67	72	2,6
Finlande	5,4	0,3	77	83	1,9
France	63,5	0,5	78	85	2,0
Gabon	1,6	1,9	62	64	3,2
Gambie	1,8	2,7	58	60	4,7
Géorgie	4,3	-0,6	71	77	1,5
Ghana	25,5	2,3	64	66	4,0
Grèce	11,4	0,2	78	83	1,5
Guatemala	15,1	2,5	68	75	3,8
Guinée	10,5	2,5	53	56	5,0
Guinée-Bissau	1,6	2,1	47	50	4,9
Guinée équatoriale	0,7	2,7	50	53	5,0
Guyana	0,8	0,2	67	73	2,2
Haïti	10,3	1,3	61	64	3,2
Honduras	7,9	2,0	71	76	3,0
Hongrie	9,9	-0,2	71	78	1,4
Îles Salomon	0,6	2,5	67	70	4,0

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015
Îles Turques et Caïques	0,0	1,2			
Inde	1 258,4	1,3	64	68	2,5
Indonésie	244,8	1,0	68	72	2,1
Iran, République islamique d'	75,6	1,0	72	75	1,6
Iraq	33,7	3,1	68	73	4,5
Irlande	4,6	1,1	78	83	2,1
Islande	0,3	1,2	80	84	2,1
Israël	7,7	1,7	80	84	2,9
Italie	61,0	0,2	79	85	1,5
Jamaïque	2,8	0,4	71	76	2,3
Japon	126,4	-0,1	80	87	1,4
Jordanie	6,5	1,9	72	75	2,9
Kazakhstan	16,4	1,0	62	73	2,5
Kenya	42,7	2,7	57	59	4,6
Kirghizistan	5,4	1,1	64	72	2,6
Kiribati	0,1	1,5	66	71	2,9
Koweït	2,9	2,4	74	76	2,3
La Grenade	0,1	0,4	74	78	2,2
Lesotho	2,2	1,0	50	48	3,1
Lettonie	2,2	-0,4	69	79	1,5
Liban	4,3	0,7	71	75	1,8
Libéria	4,2	2,6	56	59	5,0
Libye	6,5	0,8	73	78	2,4
Lituanie	3,3	-0,4	67	78	1,5
Luxembourg	0,5	1,4	78	83	1,7
Madagascar	21,9	2,8	65	69	4,5
Malaisie	29,3	1,6	73	77	2,6
Malawi	15,9	3,2	55	55	6,0
Maldives	0,3	1,3	76	79	1,7
Mali	16,3	3,0	51	53	6,1
Malte	0,4	0,3	78	82	1,3
Maroc	32,6	1,0	70	75	2,2
Martinique	0,4	0,3	77	84	1,8
Maurice ³	1,3	0,5	70	77	1,6
Mauritanie	3,6	2,2	57	61	4,4
Mexique	116,1	1,1	75	80	2,2
Micronésie	0,1	0,5	68	70	3,3
Moldova, République de	3,5	-0,7	66	73	1,4
Mongolie	2,8	1,5	65	73	2,4
Monténégro	0,6	0,1	73	77	1,6

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015
Mozambique	24,5	2,2	50	52	4,7
Myanmar	48,7	0,8	64	68	1,9
Namibie	2,4	1,7	62	63	3,1
Népal	31,0	1,7	68	70	2,6
Nicaragua	6,0	1,4	71	77	2,5
Niger	16,6	3,5	55	56	6,9
Nigéria	166,6	2,5	52	53	5,4
Norvège	5,0	0,7	79	83	1,9
Nouvelle-Zélande	4,5	1,0	79	83	2,1
Oman	2,9	1,9	71	76	2,1
Ouganda	35,6	3,1	54	55	5,9
Ouzbékistan	28,1	1,1	66	72	2,3
Pakistan	180,0	1,8	65	67	3,2
Panama	3,6	1,5	74	79	2,4
Papouasie-Nouvelle-Guinée	7,2	2,2	61	66	3,8
Paraguay	6,7	1,7	71	75	2,9
Pays-Bas	16,7	0,3	79	83	1,8
Pérou	29,7	1,1	72	77	2,4
Philippines	96,5	1,7	66	73	3,1
Pologne	38,3	0,0	72	81	1,4
Portugal	10,7	0,0	77	83	1,3
Qatar	1,9	2,9	79	78	2,2
République arabe syrienne	21,1	1,7	74	78	2,8
République centrafricaine	4,6	2,0	48	51	4,4
République dominicaine	10,2	1,2	71	77	2,5
République populaire démocratique lao	6,4	1,3	66	69	2,5
République tchèque	10,6	0,3	75	81	1,5
République-Unie de Tanzanie	47,7	3,1	58	60	5,5
Roumanie	21,4	-0,2	71	78	1,4
Royaume-Uni	62,8	0,6	78	82	1,9
Russie, Fédération de	142,7	-0,1	63	75	1,5
Rwanda	11,3	2,9	54	57	5,3
Saint-Kitts-et-Nevis	0,1	1,2			
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,1	0,0	70	75	2,0
Sainte-Lucie	0,2	1,0	72	78	1,9
Samoa	0,2	0,5	70	76	3,8
Sao-Tomé-et-Principe	0,2	2,0	64	66	3,5
Sénégal	13,1	2,6	59	61	4,6
Serbie	9,8	-0,1	72	77	1,6

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015
Seychelles	0,1	0,3			
Sierra Leone	6,1	2,1	48	49	4,7
Singapour	5,3	1,1	79	84	1,4
Slovaquie	5,5	0,2	72	80	1,4
Slovénie	2,0	0,2	76	83	1,5
Somalie	9,8	2,6	50	53	6,3
Soudan ⁵	35,0	2,2			
Soudan du Sud	10,7	3,2			
Sri Lanka	21,2	0,8	72	78	2,2
Suède	9,5	0,6	80	84	1,9
Suisse	7,7	0,4	80	85	1,5
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3
Swaziland	1,2	1,4	50	49	3,2
Tadjikistan	7,1	1,5	65	71	3,2
Tchad	11,8	2,6	49	52	5,7
Territoire palestinien occupé	4,3	2,8	72	75	4,3
Thaïlande	69,9	0,5	71	78	1,5
Timor-Leste, République démocratique du	1,2	2,9	62	64	5,9
Togo	6,3	2,0	56	59	3,9
Tonga	0,1	0,4	70	75	3,8
Trinité-et-Tobago	1,4	0,3	67	74	1,6
Tunisie	10,7	1,0	73	77	1,9
Turkménistan	5,2	1,2	61	69	2,3
Turquie	74,5	1,1	72	77	2,0
Tuvalu	0,0	0,2			
Ukraine	44,9	-0,5	64	75	1,5
Uruguay	3,4	0,3	74	81	2,0
Vanuatu	0,3	2,4	70	74	3,7
Venezuela, République bolivarienne du	29,9	1,5	72	78	2,4
Viet Nam	89,7	1,0	73	77	1,7
Yémen	25,6	3,0	65	68	4,9
Zambie	13,9	3,0	49	50	6,3
Zimbabwe	13,0	2,2	54	53	3,1

Pays, territoire ou zone ¹⁴	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015
Total mondial	7 052,1	1,1	67	72	2
Régions développées⁶	1 244,6	0,3	75	81	2
Régions en développement⁷	5 807,6	1,3	66	69	3
Pays les moins avancés⁸	870,4	2,2	58	60	4
États arabes⁹	318,5	1,9	68	72	3
Asie et Pacifique¹⁰	3 744,5	1,0	68	71	2
Europe de l'Est et Asie centrale¹¹	401,9	0,3	66	75	2
Amérique latine et Caraïbes¹²	598,3	1,1	72	78	2
Afrique subsaharienne¹³	841,8	2,4	54	56	5

Notes relatives aux indicateurs

- * Données les plus récentes disponibles employées pour chaque pays pour la période indiquée.
- 1 Y compris l'Île Christmas, les Îles Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.
 - 2 Appelé antérieurement le Zaïre.
 - 3 Y compris Agalesa, Rodrigues et Saint-Brandon.
 - 4 En raison de la formation au début juillet 2011 de la République du Soudan du Sud et de son admission subséquente en tant qu'État Membre des Nations Unies le 14 juillet 2011, on ne dispose pas encore, pour la plupart des indicateurs, de données désagrégées pour le Soudan et le Soudan du Sud. Les données agrégées présentées sont celles du Soudan avant l'accession du Soudan du Sud à l'indépendance.
 - 5 Ne comprend pas le Soudan du Sud.
 - 6 Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, le Japon, l'Europe, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.
 - 7 Les régions en développement comprennent l'Afrique, l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Asie (Japon exclu), et la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.
 - 8 Les pays les moins avancés sont ceux qui sont désignés comme tels par les Nations Unies, conformément aux critères de l'Organisation.
 - 9 Comprennent les pays suivants : Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, Somalie, Soudan, Syrie, Territoire palestinien occupé, Tunisie et Yémen.
 - 10 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Chine, Corée (République démocratique populaire de), Fidji, Îles Cook, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Kiribati, Malaisie, Maldives, Îles Marshall, Micronésie, Mongolie, Myanmar, Nauru, Népal, Nioué, Pakistan, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République populaire démocratique lao, Samoa, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste, Tokélaou, Tongas, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.
 - 11 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Moldova (République de), Ouzbékistan, Roumanie, Russie (Fédération de), Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine.
 - 12 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Anguilla, Antigua-et- Barbuda, Antilles néerlandaises, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint-Kitts-et- Nevis, Sainte- Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du).
 - 13 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.
 - 14 Les agrégats régionaux sont des moyennes pondérées basées sur les pays pour lesquels les données sont disponibles.

Notes techniques :
Sources des données et définitions

Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2012* comprennent des indicateurs conçus pour suivre les progrès de la réalisation des objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes pour recueillir les données, les analyser ou les extrapoler. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données, notamment la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Dans certains cas, donc, les données figurant dans ces tableaux sont différentes de celles qui proviennent des autorités nationales.

Les moyennes régionales sont calculées d'après les données relatives aux pays et territoires où l'UNFPA est actif et pas d'après les strictes définitions géographiques employées par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Pour la liste des pays inclus dans les catégories régionales voir les « Notes relatives aux indicateurs ».

Suivi des objectifs de la CIPD

Santé maternelle et néonatale

Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes

Source : World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA and World Bank. 2010. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*: WHO. Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes,

qui sont imputables aux suites d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un postpartum et aux complications connexes. De 100 à 999, les évaluations sont arrondies à la tranche de 10 la plus proche; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Plusieurs des évaluations diffèrent des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les évaluations se fondent sur les chiffres communiqués, chaque fois que possible, en usant d'approches visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Voir la source pour des détails sur l'origine de certaines évaluations nationales. Évaluations et méthodologies sont régulièrement révisées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, des établissements universitaires et d'autres organismes et elles sont révisées, le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. En raison des changements intervenus dans les méthodes, les évaluations antérieures concernant les niveaux de 1995 et 2000 peuvent n'être pas strictement comparables avec les présentes évaluations. Les évaluations de la mortalité maternelle communiquées ici se fondent sur la base de données mondiale sur la mortalité maternelle, qui est mise à jour tous les cinq ans.

Naissances avec assistance qualifiée, en pourcentage, 2000/2010

Source : *WHO global database on maternal health indicators, 2012 update*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/gho>). Cet indicateur est la proportion de naissances bénéficiant de la présence d'un personnel sanitaire qualifié (médecins, infirmières/infirmiers ou sages-femmes) ayant une formation pour dispenser des soins d'obstétrique, à savoir d'assurer notamment la supervision et de fournir les soins et les conseils nécessaires aux femmes durant la grossesse, le travail et le post-partum, d'effectuer des accouchements de son propre chef et de dispenser des soins aux nouveau-nés. Les accoucheuses traditionnelles, même si elles ont suivi une brève formation, ne sont pas incluses.

Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991/2010. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate (POP/DB/Fert/A/MDG2012)*. Le taux de natalité chez les adolescentes est le nombre annuel de naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. Il représente le risque de procréation chez les femmes de ce groupe d'âge. Pour l'enregistrement civil, les taux sont sujets à certaines limitations qui tiennent à l'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, de la comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, de la qualité de l'information communiquée concernant l'âge de la mère et de l'inclusion de naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent souffrir de limitations relatives à des erreurs de déclaration de l'âge et à la couverture. Pour les données des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur proviennent de la même population. Les principales limitations concernent les erreurs de déclaration de l'âge, la non déclaration des naissances, les erreurs de déclaration de la date de naissance de l'enfant et la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (Publication des Nations Unies, ST/ESA/SER.A/306). Le taux de mortalité des moins de 5 ans indique la probabilité (exprimée en taux pour 1 000 naissances vivantes) qu'un enfant né au cours d'une année donnée décède entre sa naissance et son cinquième anniversaire s'il est sujet aux taux de mortalité actuels par âge.

Santé sexuelle et reproductive

Taux de prévalence de la contraception. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2012)*. Ces données, qui sont tirées d'enquêtes par sondage, évaluent la proportion de femmes mariées (y compris les femmes vivant en union libre) qui utilisent actuellement soit une méthode quelconque de contraception, soit une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les injectables, les implants hormonaux, les préservatifs masculins et les méthodes à barrière utilisées par les femmes. Ces chiffres sont comparables en gros, mais pas complètement, d'un pays à l'autre, en raison des différences concernant l'époque à laquelle les enquêtes ont été menées et le détail des questions qui ont été posées. Toutes les données nationales et régionales concernent des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées; elles vont de 1990 à 2011.

Besoin de planification familiale non satisfait. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning (POP/DB/CP/B/MDG2012)*. Les femmes ayant un besoin d'espacement des naissances non satisfait sont les femmes fécondes et sexuellement actives mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception et qui indiquent qu'elles souhaitent retarder leur prochaine grossesse. Ceci constitue une sous-catégorie du besoin total de planification familiale non satisfait, qui englobe également le besoin non satisfait de limitation des naissances. Le concept de besoin non satisfait renvoie à l'écart qui existe entre les intentions des femmes en matière de procréation et leur comportement en matière de

contraception. Aux fins du suivi des OMD, le besoin non satisfait est exprimé en pourcentage des femmes mariées ou vivant en union libre. Pour une analyse plus détaillée, voir aussi *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*. Guttmacher Institute and UNFPA, 2012.

Éducation

Taux net de scolarisation ajustés (garçons et filles) dans l'enseignement primaire et taux net de scolarisation (garçons et filles) dans l'enseignement secondaire, en 2010 ou l'année la plus récente

Source : UNESCO Institute for Statistics, data release of May 2012. *Male and female net enrolment rate in primary education (adjusted), male and female net enrolment rate in secondary education, 1999-2011*. (Accessible via : stats.uis.unesco.org.) Les taux nets de scolarisation sont le nombre d'enfants d'âge scolaire officiel pour le niveau d'éducation considéré qui sont inscrits à ce niveau exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants du groupe d'âge scolaire officiel. Le taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire comprend aussi les enfants d'âge scolaire primaire qui sont inscrits dans l'enseignement secondaire. Les données sont celles des estimations disponibles pour les années les plus récentes pour la période 1999-2011.

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Population totale, 2012. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (Publication des Nations Unies, ST/ESA/SER.A/306). Cet indicateur est le nombre estimé de la population nationale au milieu de l'année.

Taux de croissance démographique en pourcentage. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (Publication des Nations Unies, ST/ESA/SER.A/306). Le taux de croissance démographique est le taux de croissance exponentielle moyen de la population sur une période donnée. Il est basé sur la variante moyenne des projections.

Espérance de vie à la naissance (hommes et femmes). Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (Publication des Nations Unies, ST/ESA/SER.A/306). Cet indicateur est une mesure du niveau de mortalité; il représente le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une cohorte hypothétique d'individus qui seraient sujets tout au long de leur vie aux taux de mortalité d'une période donnée. Les données portent sur la période 2010-2015 et l'indicateur est exprimé en années.

Indice synthétique de fécondité. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (Publication des Nations Unies, ST/ESA/SER.A/306). Cette mesure indique le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant qu'elle est en âge d'en avoir, si elle avait le nombre d'enfants correspondant au taux estimé pour les différents groupes d'âge pendant la période spécifiée. Les pays peuvent atteindre le niveau prévu à des moments différents de cette période. Les estimations concernent la période 2010-2015.

Bibliographie

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi. 2011. "The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction." *Studies in Family Planning* 42(3): 233-235.
- Abdel-Tawab, Nahla, Dale Huntington, Ezzeldin Osman, Hala Youssef and Laila Nawar. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" In, Haberland, Nicole and Diana Measham, eds., *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Abma, Joyce C., Gladys Martinez, and Casey E. Copen. 2010. "Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008." *Vital and Health Statistics*. 23(30): 1-47.
- Abou Zahr, Carla and others. 1996. "Quality Health Care for Women: A Global Challenge." *Health Care for Women International*. 17(5): 449-467.
- Abraham, W., A. Adamu, and D. Deresse. 2010. "The Involvement of Men in Family Planning An Application of Transtheoretical Model in Wolaita Soddo Town South Ethiopia." *Asian Journal of Medical Sciences*. 2(2): 44-50.
- Advocates for Youth. 2011. "Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach." Fact Sheet. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Aka-Dago-Akribi, H, A. Desgrees Du Lou, Phillippe Msellati, and others. 1999. "Issues Surrounding Reproductive Choice for Women Living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire." *Reproductive Health Matters*. 7(13): 20-29.
- Alderman, Harold, Jere. R. Behrman, Victor Lavy, and others. 2001. "Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis." *The Journal of Human Resources*. 36(1): 185-205.
- Almond, Douglas. 2006. "Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of In Utero Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population." *Journal of Political Economy*. 114(4): 672-712.
- Almond, Douglas and Janet Currie. 2011. "Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis." *Journal of Economic Perspectives*. 25(3): 153-172.
- Almond, Douglas, Lena Edlund, Hongbin Li, and others. 2007. "Long-Term Effects of the 1959-1961 China Famine: Mainland China and Hong Kong." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 13384.
- Almond, Douglas and Bhashkar Mazumder. 2008. "Health Capital and the Prenatal Environment: The Effect of Maternal Fasting During Pregnancy." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 14428.
- Anderson, John E., Denise J. Jamieson, Lee Warner, and others. 2012. "Contraceptive Sterilization Among Married Adults: National Data on Who Chooses Vasectomy and Tubal Sterilization." *Contraception*. 85(6): 552-557.
- Angusto E. Semprini, Simona Fiore, Gioigio Pardi. 1997. "Reproductive Counseling for HIV-Discordant Couples." *The Lancet*. 349(9062): 1401-1402.
- Bailey, Martha J. 2006. "More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply." *The Quarterly Journal of Economics*. 121(1): 289-320.
- Bankole A and Singh S. 1998. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1): 15-24.
- Barham, Tania. 2009. "Effects of Early Childhood Health and Family Planning Interventions on Adolescent Cognitive Functioning: Evidence from Matlab in Bangladesh." Working Paper.
- Barker, Gary T. 2005. *Dying to Be Men: Youth, Masculinity, and Social Exclusion*. Abingdon: Routledge.
- Barker, Gary, Margaret E. Greene, Eve Goldstein Siegel, and others. 2010. *What Men Have to Do With It: Public Policies to Promote Gender Equality*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Barker, Gary and Peter Pawlak. 2011. "Evolving Men? Men, Families, Gender Equality and Care." In *Men in Families and Family Policy in a Changing World*. New York: The Division for Social Policy and Development of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Barker, Gary and Christine Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implication for HIV/AIDS, Conflict, and Violence. Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction*. Paper No. 26.
- Barker, Gary, Christine Ricardo, and Marcos Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: World Health Organization.
- Batini, Nicoletta, Tim Callen, and Warwick McKibbin. 2006. *The Global Impact of Demographic Change*. International Monetary Fund Working Paper. Washington, DC: IMF.
- Behrman, Jere R. and Mark R. Rosenzweig. 2004. "Returns to Birthweight." *The Review of Economics and Statistics*. 86(2): 586-601.
- Biddlecom, Ann E., and Bolaji M. Fapohunda. 1998. "Covert Contraceptive Use: Prevalence, Motivations, and Consequences." *Studies in Family Planning*. 29(4): 360-372.
- Biddlecom, Ann E., Richard Gregory, Cynthia B. Lloyd, and Barbara S. Mensch. 2008. "Associations between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): 337-350.
- Bertrand, Jane T. 2011. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Population Institute and Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Bertrand, Jane T., Karen Hardee, Robert J. Magnani, and others. 1995. "Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Services*. 21(2): 64-69, 74.
- Binka, Fred N., Alex Nazzar, and James F. Phillips. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Studies in Family Planning*. 26(3): 121-139.

- Birdsall, Nancy, Allen Kelley, and Stephen Sinding. 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York: Oxford University Press.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black, and others. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet*. 371(9610): 417-440.
- Birungi, Harriet, Philomena Nyarko, Ian Askew, and others. 2006. *Priority Setting for Reproductive Health at the District Level in the context of Health Sector Reforms in Ghana*. Washington, DC: Population Council.
- Blanc, Ann K., Amy O. Tsui, Trevor N. Croft, and Jamie L. Trevitt. 2009. "Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(2): 63-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2008. "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance." *Population and Development Review*. 34:17-51.
- Bloom, David E. and David Canning. 2003. "The Health and Poverty of Nations: from Theory to Practice." *Journal of Human Development*. 4(1): 47-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2000. "The Health and Wealth of Nations." *Science*. 287(5456): 1207-1209.
- Bloom, David E., David Canning, Gunther Fink, and others. 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth*. 14(2): 79-101.
- Bloom, David E., David Canning, and Pia N. Malaney. 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review*. 26(Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 257-290.
- Bloom, David E., David Canning, Jaypee Silva. 2001. "Economic Growth and the Demographic Transition." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 8685.
- Bloom, David E., David Canning, and Jaypee Silva. 2003. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach." *World Development*. 32(1): 1-13.
- Bongaarts, John. 2010. *The Causes of Educational Difference in Fertility in sub-Saharan Africa*. New York: The Population Council.
- Bongaarts, John. 1987. "Does Family Planning Reduce Infant Mortality Rates?" *Population and Development Review*. 13(2): 323-334.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin, and James F. Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning*. 21(6): 299-310.
- Bradley, Sarah E.K., Hilary M. Schwandt, and Shane Khan. 2009. *Levels, Trends, and Reason for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Braunschweig, Scott and Manuel Carballo. 2001. *Health and Human Rights of Migrants*. Geneva: International Centre for Migration and Health.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning*. 21 (2): 61-91.
- Bruce, Judith, and Shelley Clark. 2003. *Including Married Adolescents in Adolescent Reproductive Health and HIV/AIDS Policy*. Paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents, WHO, Geneva, 9-12 December 2003.
- Bunce, Arwen, Greg Guest, Hannah Searing, and others. 2007. "Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania." *International Family Planning Perspectives*. 33 (1):13-21.
- Canning, David, Jocelyn E. Finlay, and Emre Ozaltin. 2009. *Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Caro, Deborah, for the Interagency Gender Working Group. 2009. *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition)*. Washington, DC: Population Reference Bureau
- Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2009. Surveillance Summaries. MMWR 2010; 59 (No. SS-5).
- Center for Reproductive Law and Policy. 1998. *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*. New York: CRLP.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Reproductive Rights are Human Rights*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2010. "Facts on Abortion in the Philippines: Criminalization and a General Ban on Abortion." New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011. *Calculated Injustice—The Slovak Republic's Failure to Ensure Access to Contraceptives*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011a. *The CEDAW Committee Urges States to Protect and Promote Sexual and Reproductive Rights*. July 2011. Available from: <http://reproductiverights.org/en/feature/the-cedaw-committee-urges-states-to-protect-and-promote-sexual-and-reproductive-rights> (Accessed 30 August 2012).
- Center for Reproductive Rights. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2012. "Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception." Press Release. 16 May 2012.
- Center for Reproductive Rights and United Nations Population Fund. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Chaudhuri, Anoshua. 2005. "Direct and Indirect Effects of a Maternal and Child Health Program in Rural Bangladesh." *Journal of Developing Societies*. 21(1-2): 143-173.
- Chaudhuri, Anoshua. 2009. "Spillover Impacts of a Reproductive Health Program on Elderly Women in Rural Bangladesh." *Journal of Family and Economic Issues*. 30(2): 113-125.

- Chowdhury, M.E., R. Botlero, M. Koblinsky, and others. 2007. "Determinants of Reduction in Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year march." *The Lancet*. 370(9595): 1320-1328.
- Chun, Hyunbae and Jeungil Oh. 2002. "An Instrumental Variable Estimate of the Effect of Fertility on the Labour Force Participation of Married Women." *Applied Economics Letters*. 9(10): 631-634.
- Clark, Shelley, Judith Bruce, and Annie Dude. 2006. "Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage." *International Family Planning Perspectives*. 32(2): 79-88.
- Cleland, John, Mohamed M. Ali, and Iqbal Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior Among Single Versus Married Young Women in sub-Saharan Africa." *Reproductive Health Matters*. 14(28): 17-22.
- Cleland, John, Agustin Conde-Agudelo, Herbert Peterson, and Others. 2012. "Contraception and Health." *The Lancet*. 380(9837): 149-156.
- Cleland, Kelly, Jeffrey F. Peipert, Carolyn Westoff, and others. 2011. "Family Planning as a Cost-Saving Preventive Health Service." *The New England Journal of Medicine*. 364(18):e37.
- Coale, Ansley J. and Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Susan A. 2011. "The World at Seven Billion: Global Milestone A Reflection of Individual Needs." *Guttmacher Policy Review*. 14(3): 2-5.
- Conde-Agudelo, A., A. Rosas-Bermudez, A.C. Kafury-Goeta. 2007. "Effects of Birth Spacing on Maternal Health: A Systematic Review." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 196(4): 297-308.
- Connell, Robert W. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, Robert W. 1994. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, Robert W. 1998. "Masculinities and Globalization." *Men and Masculinities*. 1(1): 3-23.
- "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)." UN News Center. UN. Web. 30 May. 2012. Accessible at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Cooper, Diane, Hillary Bracken, Landon Myer, and others. 2005. *Reproductive Intentions and Choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: Lessons for Reproductive Policy and Service Provision from a qualitative Study (Policy Brief)*. New York: Population Council.
- Cooper, D., J. Harries, L. Myer, and others. 2007. "Life is Still Going on": Reproductive Intentions Among HIV-Positive Women and Men in South Africa." *Social Science Medicine*. 65(2): 274-283.
- Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-841/2011*. 10 May 2012. Available from: http://www.promsex.org/docs/varios/Sentencia_T-841_de_2011.pdf (Accessed 30 August 2012).
- Cottingham, Jane, Adrienne Germain, and Paul Hunt. 2012. "Use of Human Rights to Meet the Unmet Need for Family Planning." *The Lancet* 380 (9837): 172-180.
- Craft, Shonda M., Robin O. Delaney, Dianne T. Bautista, and others. 2007. "Pregnancy Decisions among Women with HIV." *AIDS and Behavior*. 11(6): 927-935.
- Creanga, Andreea A., Duff Gillespie, Sabrina Karklins, and Amy O. Tsui. 2011. "Low Use of Contraception Among Poor Women in Africa: An Equity Issue." *Bulletin of the World Health Organization*. 89(4): 241-316.
- Creel, Liz C., Justine C. Sass, and Nancy V. Yinger. 2002. *Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality*. Washington, DC: Population Council and Population Reference Bureau.
- Darroch, Jacqueline. 2007. *Family Planning: Overview of Epidemiologic and Medical Events*. In: JW Ward and C Warren, eds., *Silent Victories: The History and Practice of Public Health in Twentieth Century America*. New York: Oxford University Press. pp. 253-278.
- Darroch, Jacqueline E., Gilda Sedgh, and Haley Ball. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*. New York: The Guttmacher Institute.
- Dixon-Mueller, Ruth. 2008. "How Young is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): 247-262.
- Doepke, Matthias and Michele Tertilt. 2009. "Women's Liberation: What's in It for Men?" *The Quarterly Journal of Economics*. 11(92): 379-420.
- Donohue, John J. and Steven D. Levitt. 2001. "The Impact of Legalized Abortion on Crime." *The Quarterly Journal of Economics*. 116(2): 379-420.
- Eaton, Danice K., Laura Kann, Steve Kinchen, and others. 2012. "Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2011." *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*. 61(4): 1-164.
- The Economist. 2001. "Righting Wrongs—Human Rights." New York: The Economist.
- EngenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. New York: EngenderHealth.
- EnGendeRights. 2009. *Advancing reproductive rights using the inquiry procedure of the OP CEDAW and the UN special procedures: the Philippine experience*. Manila: EnGendeRights, Inc.
- Erfani, Amir. 2010. *The Use of Withdrawal among Birth Limiters in Iran and Turkey*. *DHS Working Papers No. 71*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Erulkar, Annabel S. and Eunice Muthengi. 2007. *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education and Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

- European Commission. 2008. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Brussels: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Ezzati, Majid, AD Lopez, A Rodgers, S Vander Hoorn, CJ Murray and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. "Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease." *Lancet* Nov 2; 360(9343): 1347-60. *Lancet*. 2002 Nov 2;360(9343): 1347-60.
- Ezeh, Alex C., Ivy Kodzi, Jacques Emina. 2010. "Reaching the Urban Poor with Family Planning Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 109-116.
- Fahimi-Roudi, Farzaneh, Ahmed Abdul Monem, Lori Ashford, and Maha El-Adawy. 2012. *Women's Need for Family Planning in Arab Countries*. Cairo: UNFPA Arab States Regional Office and the Pan Arab Project for Family Health. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Feldman, R. and C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters*. 11(22): 162-173.
- Finer, Lawrence B. and Stanley K. Henshaw. 2006. "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 38(2): 90-96.
- Fletcher, Jason M. and Barbara L. Wolfe. 2008. "Education and Labor Market Consequences of Teenage Childbearing." *The Journal of Human Resources*. 44(2): 303-325.
- Flood, Michael. 2007. "Involving Men in Gender Policy and Practice." *Critical Half*. 5(1): 9-13.
- Foreit, Karen G. 2012. *Addressing Poverty: A Guide for Considering Poverty-Related and Other Inequities in Health*. Washington, DC: USAID and MEASURE Evaluation.
- Foreit, Karen, M. Karra, and T. Pandit-Rajani. 2010. *Disentangling the Effects of Poverty and Place of Residence for Strategic Planning*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch. 2008. "Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(2): 94-104.
- Galston, William A. and Melissa Rogers. 2012. *Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Glazier, Anna. 2010. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*. 82 (5): 453-456.
- Glazier, Anna, A. Metin Gulmezoglu, George P. Schmid, and others. "Sexual and Reproductive Health." *The Lancet*. 368(9547): 1595-1607.
- Godha, Deepali, David Hotchkiss, and Anastasia Gage. 2011. *The Influence of Child Marriage on Fertility, Fertility-Control, and Maternal Health Care Utilization: A Multi-country Study from South Asia*. MEASURE Evaluation PRH Working Paper Series. Tulane: Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Granich, Reuben, James G. Kahn, Rod Bennett, and others. 2012. "Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost-Effectiveness 2011-2050." *PLoS ONE*. 7(2): e30216.
- Grant, Monica and Kelly Hallman. 2006. *Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa*. New York: Population Council.
- Greene, Margaret E. and Alison M. Gold. N.d. "Gender and Sterilization in International Reproductive Health Programs." Unpublished manuscript.
- Greene, Margaret E., and Andrew Levack. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: Population Reference Bureau for the Interagency Gender Working Group of USAID.
- Greene, Margaret E., Manisha Mehta, Julie Pulerwitz, and others. N.d. *Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development*. New York: United Nations Millennium Project.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. n.d. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Developing Countries: Challenges and Support for Girls (Draft)." Washington, DC: World Bank.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. 2005. *Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter?* In *HNP Discussion Paper Series*. Washington, DC: The World Bank.
- Greene, Margaret E., Zohra Rasekh, and Kali-Ahset Amen. 2002. *In this Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington, DC: Population Action International.
- Grover S.R. 2002. "Menstrual and Contraceptive Management in Women with an Intellectual Disability." *The Medical Journal of Australia*. 176(3): 108-110.
- Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance. 2003. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (National Maternal and Child Health Survey). Guatemala City: MSPAS.a
- The Guttmacher Insitute. 2012. "Are you in the know?" New York: Guttmacher Insitute. Website: <http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>. Accessed 25 July 2012.
- The Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Guttmacher Institute.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *Facts on Satisfying the Need for Contraception in Developing Countries*. New York and London: The Guttmacher Institute and IPPF. Accessible at: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unmet-Need-Intl.pdf>.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010a. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.

- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, and others. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries: An Overview. Country Reports on Health, Nutrition, and Population and Poverty*. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff, Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank.
- Haberland, Nicole and Diana Measham. 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Hamilton, Brady E., and Stephanie J. Ventura. 2012. *Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups*. NCHS Data Brief, No. 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hardon, Anita. 2001. *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights*. New York: Zed Books.
- Harper, Michael J.K. 2005. "In Search of a Second Contraceptive Revolution." *Sexuality, Reproduction, and Menopause*. 3(2): 59-67.
- Haupt, A., T.T. Kane, and C. Haub. 2011. *PRB's Population Handbook. A Quick Guide to Population Dynamics for Journalists, Policymakers, Teachers, Students, and other People Interested in Demographics*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. "Quantify Inequalities in Access to Health Services and Health Status." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Hervish, Alexandra Charlotte Feldman-Jacobs. 2011. *Who Speaks for Me?: Ending Child Marriage*. Policy Brief. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Higgins JA and HS Hirsch JS. 2008. "Pleasure and power: incorporating sexuality, agency, and inequality into research on contraceptive use and unintended pregnancy." *American Journal of Public Health*. 98(10): 1803-1813.
- Higgins, Jenny A. and Jennifer S. Hirsch. 2007. "The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection" in Reproductive Health." *International Family Planning Perspectives*. 33(3): 133-139.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1997. "Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital." *Population and Development Review*. 23(2):261-293.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1996. "Asian Demography and Foreign Capital Dependence." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 5560.
- Hirsch, Jennifer S. 2008. "Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico." *Studies in Family Planning*. 39(2): 93-104.
- Hirsch, Jennifer S. and Nathanson, Constance A. 2001. "Some Traditional Methods are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage." *Culture, Health, and Sexuality*. 3 (4): 413-428.
- Hobcraft, J. 1991. *Child Spacing and Child Mortality*. Columbia, MD: Macro International, Inc.
- Human Rights Watch. 2004. "Testimonies from "Unprotected: Sex, Condoms, and the Human Right to Health in the Philippines." Accessible at: <http://www.hrw.org/news/2004/05/04/testimonies-unprotected-sex-condoms-and-human-right-health-philippines>.
- Human Rights Watch. 2011. "Landmark UN Vote on Sexual Orientation." Available at <http://www.hrw.org/news/2011/06/17/landmark-un-vote-sexual-orientation>. (Accessed 30 August 2012).
- Hunt, Paul and Judith Bueno de Mesquita. 2007. *The Rights to Sexual and Reproductive Health*. Essex: University of Essex Human Rights Centre.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2012. *Uganda Demographic and Health Survey 2011*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- International Center for Research on Women and Promundo. 2011. *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey*. Washington, DC: ICRW and Promundo.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2012. "What is Emergency Contraception?" New York: ICEC. Accessible at: <http://www.cecinfo.org/what/index.htm>. Accessed 25 June 2012.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. 2009. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- International Planned Parenthood Federation, European Network. 2006. *Sexuality Education in Europe: a Reference Guide to Policies and Practices*. Brussels: The SAFE Project: A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of young people.
- International Planned Parenthood Federation. 2005. *Fulfilling Fatherhood: Experiences from HIV-Positive Fathers*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.
- Jaccard, James; Blanton, Hart; Dodge, Tonya (2005). *Developmental Psychology*, Vol. 41(1). 135-147.
- Janowitz, Barbara and John H. Bratt. 1994. *Methods for Costing Family Planning Services*. New York: United Nations Population Fund and Family Health International.
- Jayachandran, Seema, and Adriana Lleras-Muney. 2009. "Life Expectancy and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines." *The Quarterly Journal of Economics*. 124(1): 349-397.
- Jewkes, R. and H. Rees. 2005. "Dramatic Decline in Abortion Mortality Due to the Choice on Termination of Pregnancy Act." *South African Medical Journal*. 95(4): 250.

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. *Men and AIDS—A Gendered Approach*. Geneva: UNAIDS.
- Jones, Louisa, Paula Akugizibwe, Michaela Clayton, and others. 2011. "Costing Human Rights and Community Support Interventions as a Part of Universal Access to HIV Treatment and Care in a Southern African Setting." *Current HIV Research*. 9(6):416-428.
- Jones, Rachel K. and Joerg Dreweke. 2011. *Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use*. New York: Guttmacher Institute.
- Joshi, Shareen, T. Paul Schultz. 2007. *Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh*. New Haven, CT: Yale University.
- Kabeer, Naila. 2000. *Bangladeshi Women and Labour Market Decisions in London and Dhaka*. London: Verso.
- Kabeer, Naila. 1997. "Women, Wages, and Intra-Household Power Relations in Urban Bangladesh." *Development and Change*. 28(2):261-302.
- Kamphausen, W. 2000. *Health Status of Minority Women Living in Europe*. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 2000. Brussels: European Commission.
- Karki, Yagya B. and Radha Krishna. 2008. *Factors Responsible for the Rapid Decline of Fertility in Nepal—An Interpretation: Further Analysis of the 2006 Nepal Demographic and Health Survey*. Calverton, Maryland: Macro International.
- Ketting, Evert and Visser, Adriaan P. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23 (3): 161-171.
- Kim, Young Mi, Caroline Marangwanda, and Adrienne Kols. 1996. *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.
- Kimmel, Michael S. 2000. *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press.
- Kinsman, John; Nyanzi, Stella; Pool, Robert (2000). Socializing Influences and the Value of Sex: The Experience of Adolescent School Girls in Rural Masaka, Uganda *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 2, No. 2 (Apr. - Jun., 2000): 151-166.
- Kirby, Douglas. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. 5(3): 18-27.
- Koenig, Michael A., Mian Bazle Hossain, and Maxine Whittaker. 1997. "The Influence of Quality of Care upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 28 (4): 278-289.
- Korenman, Sanders, Robert Kaestner and Ted Joyce. 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement In Pregnancy Intention." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Volume 34, Number 4, July/August.
- Kruger, Diana, Matias Berthelon, and Rodrigo Navia. 2009. *Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile*. IZA Discussion Paper Series Paper No. 4552.
- Kulczycki, Andrzej. 2011. "Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments." *Studies in Family Planning*. 42(3): 199-220.
- Lam, David, Leticia Marteleto, and Vimal Ranchhod. 2009. *Schooling and Sexual Behavior in South Africa: The Role of Peer Effects*. Presentation to the XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech, Morocco, September 2009.
- Landry, Evelyn, and Victoria Ward. 1997. "Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision." *Reproductive Health Matters*. London: Reproductive Health Matters.
- Leathers, Sonya J. and Michele A. Kelley. 2000. "Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers." *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(4): 523-531.
- Lee, Ronald. 2003. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change." *Journal of Economic Perspectives*. 17(4): 167-190.
- Lee, Ronald and Andrew Mason. 2006. "What is the Demographic Dividend?" *Finance and Development*. 43(3): 16.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 2000. "Life Cycle and the Demographic Transition: The Case of Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 194-219.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 1997. *Saving, Wealth, and the Demographic Transition in East Asia*. Honolulu: East-West Center.
- Levine, R., the What Works Working Group, with Molly Kinder. 2004. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Levine, Ruth, Cynthia B. Lloyd, Margaret Greene, and others. 2008. *Girls Count: A Global Investment and Action Agenda*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lewis, Maureen, and Marlane Lockheed. 2007. *Inexcusable Absence: Why 60 Million Girls Aren't in School and What to Do About It*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lin, Yim Yuet. 2007. "Working from a Rights-Based Approach to Health Service Delivery to Sex Workers." *Exchange*. Accessible at: http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1277.
- Lloyd, Cynthia B., ed. 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Lloyd, Cynthia B. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls—A Girls Count Report on Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Lloyd, Cynthia B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 6. New York: Population Council.

- Lloyd, Cynthia B. Barbara S. Mensch. 2008. Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Population Studies* Mar; 62(1):1-13.
- Loaiza, Edilberto, and Sarah Blake. 2010. *How Universal is Access to Reproductive Health?: A Review of the Evidence*. New York: United Nations Population Fund.
- Lyerly, Anne Drapkin and Jean Anderson. 2001. "Human Immunodeficiency Virus and Assisted Reproduction: Reconsidering Evidence, Reframing Ethics." *Fertility and Sterility*. 75(5): 843-858.
- Maart, S and J Jelsma. 2010. "The Sexual Behaviour of Physically Disabled Adolescents." *Disability and Rehabilitation*. 32(6):438-443.
- Maine, Deborah, Murat Z. Akalin, Jyotsnamoy Chakraborty, and others. 1996. "Why did Maternal Mortality Decline in Matlab." *Studies in Family Planning*. 27(4): 179-187.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Aliison McGonagle, and others. 2011. *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Mason, Andrew and Sang-Hyop Lee. 2004. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Presentation to Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals New York NY, November 17-19, 2004. Honolulu: East-West Center.
- Marsiglio, William. 1988. "Adolescent Male Sexuality and Heterosexual Masculinity: A Conceptual Model and Review." *Journal of Adolescent Research*. 3 (3-4): 285-303.
- McCleary-Sills, Jennifer, Allison McGonagle, and Anju Malhotra. 2012. *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- McLanahan, Sara and Gary Sandefur. 1994. *Growing Up With a Single Parent: What Hurts, What Helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQueston, Kate, Rachel Silverman, and Amanda Glassman. 2012. *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*. Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Meekers, Dominique. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa." *Population Studies*. 48 (1): 47-67.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, Margaret E. Greene. 1999. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: Population Council.
- Mensch, Barbara S., Monica J. Grant, and Ann K. Blanc. 2005. *The Changing Context of Sexual Initiation in Sub-Saharan Africa*. New York: Population Council.
- Mgbako, Chi, Meghan Gabriel, Laura Garr, and others. 2008. *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme*. Maharashtra: Center for Advocacy on Stigma and Marginalization.
- Michau, Lori, Dipak Naker and Zahara Swalehe. 2002. "Mobilizing Communities to End Violence Against Women in Tanzania." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- Miguel, Edward and Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica*. 72(1): 159-217.
- Miller, Grant. 2009. "Contraception as Development? New Evidence from Family Planning in Colombia." *The Economic Journal*. 120(545):709-736.
- Miller, S., F. Lester, M. Webster, B. Cowan. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 50(4): 286-294.
- "Monitoring MDG Target 5B". MDG5 at 10. Commonwealth Medical Trust, 01 January 2010. Web. 10 July. 2012. http://mdg5at10.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3:mdg-target-5b&layout=blog&Itemid=4.
- Montgomery, Mark R. 1996. "Comments on Men, Women, and Unintended Pregnancy." *Population and Development Review*. 22 (Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories): 100-106.
- Mora G., C. Betts, J. Gay, and others. 1993. *Quality of Care in Women's Reproductive Health: A Framework for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Muhuri, Pradip K. 1996. "Estimating Seasonality Effects on Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Demography*. 33(1): 98-110.
- Muhuri, Pradip K. 1995. "Health Programs, Maternal Education, and Differential Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 21(4): 813-834.
- Muhuri, Pradip K. and Samuel H. Preston. 1991. "Effects of Family Composition on Mortality Differentials by Sex Among Children in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 17(3): 415-434.
- Murthy, Nirmala, Lakshmi Ramachandar, Pertti Pelto and Akhila Vasan. 2002. "Dismantling India's Contraceptive Target System: An Overview and Three Case Studies." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- "Namibia: Women Take Legal Action Over Alleged Sterilisations." *Irin Plus News*. 25 June 2009. Accessible at: <http://www.irinnews.org/Report/85012/NAMIBIA-Women-take-legal-action-over-alleged-sterilisations>.
- National Research Council and Institute of Medicine, panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries, Cynthia B. Lloyd (ed.). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 3 June 2012.

- Oosterhoff, P., NT Anh, NT, Hanh, and others. 2008. "Holding the Line: Family Responses to Pregnancy and the Desire for a Child in the Context of HIV in Vietnam." *Culture, Health, and Sexuality*. 10(4): 403-416.
- Organization for Economic Co-Operation and Development. 2011. *Doing Better for Families*. Presentation to OECD Ministerial Meeting on Social Policy Paris, May 2-3, 2011. Paris: OECD.
- Organization for Economic Co-Operation and Development. 2010. "Marriage and Divorce Rates." OECD Family Database. Paris: OECD, Social Policy Division-Directorate of Employment, Labour, and Social Affairs. Accessible at: <http://www.oecd.org/els/familiesandchildren/40321815.pdf>.
- Ortayli, Nuriye, and Shawn Malarcher. 2010. "Equity Analysis: Identifying Who Benefits from Family Planning Programs". *Studies in Family Planning*. 41(2): 101-108.
- Ortega, José Antonio. 2012. "A Characterization of World Union Patterns at the National and Regional Level." Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population seminar on First Union Patterns around the World, Madrid, Spain, 20-22 June.
- PATH. 2012. "Sharing Experiences and Changing Lives—Communication Influences Informed Choice for Nepali Women." Seattle: PATH. Website: http://www.path.org/projects/safe_abortion_nepal.php. Accessed 14 July 2012.
- Patton, George C., Carolyn Coffey, Susan M. Sawyer, and others. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374(9693): 881-892.
- Pence, Brian, Philomena Nyarko, Cornelius Debpuur, and others. 2001. *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*.
- Pence, Brian W., Philomena Nyarko, and James F. Phillips. 2007. "The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Scandinavian Journal of Public Health*. 35(6): 599-608.
- Penteado, Luis Guilherme, Francisco Cabral, Margarita Diaz, and others. 2001. "Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil." *Studies in Family Planning*. 32(4):315-328.
- Perper K, Peterson K, Manlove J. 2010. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication #2010-01: Washington, DC: *Child Trends*.
- Phillips, James F., Ayaga A. Bawah, and Fred N. Binka. 2006. "Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: the Navrongo Experiment in Ghana." *Bulletin of the World Health Organization*. 84: 949-955.
- Phillips, James F., Ruth Simmons, Michael A. Koenig, and others. 1988. "Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society: Evidence from Matlab, Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 19(6): 313-334.
- Philpott, Anne, Wendy Knerr and Dermot Maher. 2006. "Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy." *The Lancet*. 368(9551): 2028-2031.
- Greene, Margaret E, Omar J Robles, and Krista Stout. 2012. *A Girl's Right to Learn Without Fear: Working to End Gender-Based Violence at School*. Toronto: Plan Canada.
- Planned Parenthood Federation of America. 2012. "Fertility Awareness-Based Methods." New York: Planned Parenthood Federation of America. Website: <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/fertility-awareness-4217.htm>. Accessed 25 July 2012.
- Population Action International. 2003. *Emergency Contraception and the Global Gag Rule: An Unofficial Guide*. New York: Population Action International.
- Population Council. 2007. "Financial Sustainability of Reproductive Health Services." *Frontiers in Reproductive Health (Legacy Series)*. Washington, DC: Population Council.
- Population Reference Bureau. 2011. *2011 World Population Datasheet*. Washington, DC: PRB.
- Population Reference Bureau. 2011. *Population Bulletin: The World at 7 Billion*. Washington, DC: PRB.
- Pradhan Ajit, Subedi Bal Krishna, Barnett Sarah, Sharma Sharad Kumar, Puri Mahesh, Poudel Pradeep, Rai Shovana, KC Naresh Pratap, Hulton Louise. 2010. Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/20009. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of health and Population, Government of Nepal: Kathmandu, Nepal.
- Pulerwitz, Julie and Gary Barker. 2008. "Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil." *Men and Masculinities*. 10(3): 322-338.
- Pulerwitz, Julie, and Gary Barker. 2006. "Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy." *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.
- Raj, Anita, Niranjana Saggurti, Donta Balaiah, and others. 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility-Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-Sectional, Observational Study." *The Lancet*. 373(9678):1883-1889.
- Ravindran, TK Sundari. 1995. *A Study of User Perspectives on the Diaphragm in an Urban Indian Setting*. New York: Population Council.
- Reher, David S. 2011. "Economic and Social Implications of the Demographic Transition." *Population and Development Review*. 37 (Supplement s1): 11-33.
- Reprohealthlaw. 2012. *Colombia: Constitutional Court Upholds Abortion Rights*, 23 Feb 2012. Available from: <http://reprohealthlaw.word-press.com>. (Accessed 30 August 2012).
- Ringheim, Karin. 2007. "Ethical and Human Rights Perspectives on Providers' Obligation to Ensure Adolescents' Rights to Privacy." *Ethical Issues in Reproductive Health*. 38(4): 245-252.
- Rogow, Deborah. 1995. "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research." *Studies in Family Planning*. 26(3): 140-153.

- Rohleder P., SH Braathen, LSwartz, AH Eide. 2009. "HIV/AIDS and Disability in Southern Africa: A Review of Relevant Literature." *Disability and Rehabilitation*. 31(1): 51-59.
- Ronsmans, Carine and Myriam Khlat. 1999. "Adolescence and Risk of Violent Death during Pregnancy in Matlab, Bangladesh." *The Lancet*. 354(9188): 1448.
- Rosenzweig, Mark R. and T. Paul Schultz. 1982. "Child Mortality and Fertility in Colombia: Individual and Community Effects." *Health Policy and Education*. 2(3-4):305-348.
- Rosenzweig, Mark R. and Kenneth I. Wolpin. 1986. "Evaluating the Effects of Optimally Distributed Public Programs: Child Health and Family Planning Interventions." *The American Economic Review*. 76(3):470-482.
- Ross, John, Eva Weissman, and John Stover. 2009. *Contraceptive Projections and the Donor Gap: Meeting the Challenge*. Washington, DC: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rottach, Elisabeth, Sidney Schuler, and Karen Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rutenberg, Naomi, Duff Gillespie, Elizabeth Flanagan, and others. 2006. *HIV Status, Fertility Intentions, and the Demand for Contraception: Assessing the Current Research to Improve the Integration of Reproductive Health and HIV Programs*. Presentation to Population Association of America Meetings Los Angeles CA, March 30, 2006. Princeton: Princeton University.
- Rutstein, Shea. 2000. "Effects of Birth Intervals on Mortality and Health: Multivariate Cross-Country Analyses." Power Point Presentation. Washington DC: United States Agency for International Development.
- Rutstein, Shea. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 89: S7-S24.
- Sanogo, Diouratie, Saumya RamaRao, Heidi Jones, Penda N'diaye, Bineta M'bow, and Cheikh Bamba Diop. 2003. "Improving Quality of Care and Use of Contraceptives in Senegal." *African Journal of Reproductive Health*. 7 (2): 57-73.
- Schalet, Amy. 2004. "Must We Fear Adolescent Sexuality?" *MedGenMed*. 6(4):44.
- Schalet, Amy. 2010. "Sexual Subjectivity Revisited: The Significance of Relationships in Dutch and American Girls' Experiences of Sexuality." *Gender and Society*. 24(3):304-329.
- Scheer, Jessica, Thilo Kroll, Melinda T. Neri, Phillip Beatty. 2003. "Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective." *Journal of Disability Policy Studies*. 14(4):221-230.
- Schmidt, Brita. 1998. "Forced Sterilization in Peru." *Political Environments*. 6. Accessible at: <http://cwpe.org/node/49>.
- Schultz, Paul T. 2009. "The Gender and Intergenerational Consequences of the Demographic Dividend: An Assessment of the Micro- and Macrolinkages between the Demographic Transition and Economic Development." *The World Bank Economic Review*. 23(3): 427-442.
- Schultz, Paul T. 2008. "Health Disabilities and Labor Productivity in Russia in 2004: Health Consequences beyond Premature Death." In *Economic Implications of Chronic Illness and Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, edited by C. Mete. Washington, DC: The World Bank.
- Schultz, Paul T. 2010. "Health Human Capital and Economic Development." *Journal of African Economies*. 19(3): iii12-iii80.
- Schultz, Paul T. 2009a. *How Does Family Planning Promote Development? Evidence from a Social Experiment in Matlab, Bangladesh, 1977-1996*. Presentation to Population Association of America meetings Detroit MI, April 20, 2009. New Haven: Yale University.
- Schultz, Paul T. 2003. "Human Capital, Schooling and Health." *Economics and Human Biology*. 1(2):207-221.
- Schultz, Paul T. 1997. "Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled." *Journal of Development Economics*. 53(2): 251-286.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, and Iqbal H. Shah. 2012. "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008." *The Lancet*. 379(9816): 625-632.
- Seneviratne, H.R. and L.C. Rajapaksa. 2000. "Safe Motherhood in Sri Lanka: a 100 year march." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 70(1): 113-124.
- Servais, L. 2006. "Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities." *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 12(1): 48-56.
- Shah, Iqbal and Elisabeth Ahman. 2010. "Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional Levels and Trends." *Reproductive Health Matters*. 18(36): 90-101.
- Sharma, Sudha. 2003. "Legalization of Abortion in Nepal: The Way Forward." *Kathmandu University Medical Journal*. 2(3): 177-178.
- Shih, Grace, David Turok, and Willie Parker. 2011. "Vasectomy: the Other (Better) Form of Sterilization." *Contraception*. 83(4): 310-315.
- Silva, Erika and Ricardo Batista. 2010. *Bolivian Maternal and Child Health Policies: Successes and Failures (Policy Paper)*. Ottawa, ON: FOCAL (Canadian Foundation for the Americas).
- Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 27(5):251-268.
- Sinding, Steven W. 2009. "Population, Poverty, and Economic Development." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 364(1532): 3023-3030.
- Singh, Susheela. 2006. "Hospital Admissions Resulting from Unsafe Abortion: Estimates from 13 Developing Countries." *The Lancet*. 368(9550):1887-92.

- Singh, Susheela and others. 2009. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA.
- Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. 2012. *Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.
- Singh, Susheela, Gilda Sedgh, and Rubina Hussain. 2010. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4): 241-250.
- Sinha, Nistha. 2003. "Fertility, Child Work and Schooling Consequences of Family Planning Programs: Evidence from an Experiment in Rural Bangladesh." *Economic Development and Cultural Change*. 54(1): 97-128.
- Sonenstein, Freya L. (ed). *Young Men's Sexual and Reproductive Health: Toward a National Strategy—Framework and Recommendations*. Washington, DC: Urban Institute.
- Statement by Dr. Kisamba Mugerwa, Chairperson of the National Planning Authority at the 45th Session of the Commission on Population and Development on Agenda Item 4 "Adolescents and Youth". Accessible at: http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%204/Country%20statements/Uganda_Item4.pdf.
- Steward N.R., G. Farkas, and J.B. Bingenheimer. 2009. "Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 41(4):244-252.
- Suvedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett, and others. 2009. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal.
- Swann C., K. Bowe, G. McCormick, M. Kosmin. 2003. *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews*. London: Health Development Agency.
- Taylor, Joan. 2008. *Revitalizing Underutilized Family Planning Methods Using Communication and Community Engagement to Stimulate Demand for the IUD in Uganda*. New York: The ACQUIRE Project and Engender Health.
- Tanzania Commission for AIDS. 2009. *The Forgotten: HIV and Disability in Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzania: Tanzania Commission for AIDS. Available from: <http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disability-tanzania.pdf> (accessed 14 June 2012).
- Tensou, Biruk, and Michelle J. Hindin. 2010. *Covert Contraceptive Use and Discordant Fertility Preferences among Ethiopian Couples*. Presentation to Population Association of America Dallas TX, April 17, 2010. Princeton, New Jersey: Princeton University.
- Trussell, James. 2011. "Contraceptive Efficacy." In Hatcher R.A., J. Trussell, A.L. Nelson, W. Cates, D. Kowal, and M. Policar (eds). *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*. New York: Ardent Media.
- Trussell, James, and Elizabeth G. Raymond. 2012. *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Office of Population Research.
- Tsai, I-Ju, C. Y. Cyrus Chu and Ching-Fan Chung. 2000. "Demographic Transition and Household Saving in Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 174-193.
- UN-Habitat. 2003. *The Challenge of Slums—Global Report on Human Settlements*. Virginia: Earthscan.
- United Nations. 2006. *Levels and Trends in Contraceptive Use as Assessed in 2002*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2007. *World Youth Report*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2008. *Official List of Millennium Development Goals Indicators*. New York: Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: <http://mdgs.un.org/> (Accessed 30 August 2012).
- United Nations. 2008a. *Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2009. *World Marriage Data 2008*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2008/WP_WMD_2008/Documentation.html.
- United Nations. 2009a. *Analysis prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues: indigenous women*. E/C.19/2009/8. New York: Economic and Social Council.
- United Nations. 2009b. "The Millennium Development Goals Report 2009." New York: UN.
- United Nations. 2010. *World Fertility Report 2007*. New York: Population Division of Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011. "World Contraceptive use." Wall Chart. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf
- United Nations. 2011a. *World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables*. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011b. "World Marriage Patterns." Population Facts. No. 2011/1. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf.
- United Nations. 2011c. "The Millennium Development Goals Report 2011." New York: UN.
- United Nations. 2011d. *Social Panorama of Latin America 2011*. Santiago: UN Economic Commission for Latin America.
- United Nations. 2012. *Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart*. New York: Statistics Divisions, Department of Economic and Social Affairs.

- United Nations Children's Fund. 2011. *Boys and Girls in the Life Cycle: Sex Disaggregated data on a selection of well-being indicators, from early childhood to young adulthood*. New York: UNICEF, Division of Policy and Practice.
- United Nations Children's Fund. 2010. *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- United Nations Children's Fund, with UNAIDS, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labour Organization, World Health Organization, and the World Bank. 2011a. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood*. New York: UNICEF.
- United Nations General Assembly. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly. Key Actions for Further Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations General Assembly Special Session (2010). *UNGASS Report on HIV and AIDS - Zimbabwe*. Harare: National AIDS Council
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2011. *Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study*. Geneva: UNHCR.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. 2008. Ms. Navanetham Pillay, Statement to the UN General Assembly (New York, N.Y., 18 Dec 2008). Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49997ae312.html> (accessed 30 August 2012).
- United Nations Population Division. 2012. Unpublished data on regional averages.
- United Nations Population Fund. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2003. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons Learned from Nine Countries-Technical Report*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2005. *Rights into Action: UNFPA Implements Human Rights-Based Approach*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2005a. *ICPD at Ten - The World Reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2007. "RHIYA Programme Officially Ends, But Its Legacy Continues-Making a Decade of Investment in the Youth in Asia." Brussels: UNFPA. Website: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=1038&Language=1>. Accessed 25 July 2012.
- United Nations Population Fund. 2007a. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2009. *Do all pregnant women have the right to live? Retrieved June 8, from Fact Sheet: Motherhood and Human Rights: <http://www.unfpa.org/public/cache/offnce/home/factsheets/pid/3851>*.
- United Nations Population Fund. 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2010a. *Monitoring ICPD Goals: Select Indicators*. New York: UNFPA. http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN_SOWP10_ICPD.pdf
- United Nations Population Fund. 2011. "Issues Brief: Comprehensive Condom Programming." New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2011. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2011a. *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report 2011*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2011b. *Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2012. *The Family Planning Programme in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2012. *Promoting Gender Equality: Frequently asked Questions about Gender*. New York: UNFPA. Accessible from: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm (Accessed 30 August 2012).
- United Nations Population Fund. 2012a. "Promoting Gender Equality-Frequently Asked Questions about Gender." New York: UNFPA. Website: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm. Accessed 12 July 2012.
- United Nations Population Fund. 2012b. "So Many Mouths to Feed: Addressing High Fertility in Famine-Stricken Somalia." Retrieved 30 August from <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10333>.
- United Nations Population Fund. 2012c. "Statement of UNFPA for the Eleventh Session of the Permanent Forum on Indigenous Peoples Issues," May 9th, 2012.
- United Nations Population Fund. N.d. "Young People and Times of Change." Fact Sheet. New York: UNFPA. Accessible at: http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young_people, Accessed 4/12/11.
- United Nations Practitioner's Portal on Human Rights Based Approaches to Programming. *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Available from: <http://hrbaportal.org/> (Accessed 30 August 2012).
- UN System Task Force Team on the Post-2015 UN Development Agenda. 2012. *Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General* (New York, United Nations).
- UN Women. 2008. *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality*. New York: The Division for the Advancement of Women of the Department of Economic and Social Affairs.
- VanLandingham, Mark, and John E. Knodel. 2007. "Sex and the Single (Older) Guy: Sexual Lives of Older Unmarried Thai Men During the AIDS Era." *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(4): 375-388.
- Ventura, Stephanie J. , Joyce A. Martin, Sally C. Curtin, and T.J. Mathews. 1997. "Report of Final Natality Statistics." *Monthly Vital Statistics Report*. 45(11):1-84.

- Welbourn, Alice. 2003. *Stepping Stones*. Oxford, UK: Strategies for Hope Trust.
- Westoff, Charles F. 2008. *A New Approach to Estimating Abortion Rates*. DHS Analytical Studies No. 13. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- Westoff, Charles F. 2005. *Recent Trends in Abortion and Contraception in Twelve Countries*. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole. 2002. *Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century*. DHS Comparative Reports No. 2. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Williamson, Jeffrey G. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." *Population Matters*. 1(9): 106-137.
- World Health Organization. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry—Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2003. *International Migration, Health, and Human Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004. *Basic Indicators: Health Situation in South-East Asia*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004a. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2005. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experience (Background Paper)*. Geneva: Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization. 2005a. "Emergency Contraception." Fact Sheet No. 244. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2005b. *Violence against Sex Workers and HIV Prevention*. Information Bulletin Series, Number 3. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006. *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006a. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Why is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?" Fact Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the work of WHO*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2010. "10 Facts on Obstetric Fistula." Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/.
- World Health Organization. 2010a. *Accountability for Women's and Children's Health*. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/woman_child_accountability/about/en/ (Accessed 30 August 2012).
- World Health Organization. 2011. *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011b. "Reproductive Health at a Glance: Uganda." Accessible at: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Uganda42111WEB.pdf>, accessed 15 July 2012.
- World Health Organization. 2011c. *World Report on Disability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. "WHO Upholds Guidance on Hormonal Contraceptive Use and HIV: Women Living with HIV or at Risk of HIV can safely continue to use Hormonal Contraceptives to Prevent Pregnancy." Note for the Media. 16 February 2012. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012a. *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. "Maternal Mortality." Fact Sheet No. 348. Geneva: WHO. Accessible at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
- World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights. 2010. *A Human Rights-Based Approach to Health*. Geneva: WHO and OHCHR.
- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. 2010. *Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and United Nations Population Fund. 2009. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*. Geneva: WHO and UNFPA.
- World Health Organization, U.S. Agency for International Development, Family Health International. 2009. *Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer Injectable Contraceptives: Conclusions from a Technical Consultation*. Research Triangle Park, North Carolina: FHI.



Pour un monde où toutes les grossesses sont désirées,
où tous les accouchements sont sans danger
et où tous les jeunes peuvent réaliser leur plein potentiel.

Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158 (États-Unis d'Amérique)

Tél. : +1-212 297-5000
www.unfpa.org
©UNFPA 2012

24,00 \$ E.-U.
ISBN 978-1-61800-010-1
Numéro de vente : F.12.III.H.1
F/3 100/2012

