



Les besoins non satisfaits en matière  
de planification familiale : Outils de plaidoyer  
Mieux défendre l'importance de satisfaire les besoins

2012



Projet financé par  
l'Union européenne



## À propos de Countdown 2015 Europe

**Countdown 2015 Europe** est un consortium de 16 ONG européennes de premier plan qui œuvrent en faveur de la satisfaction des besoins en planification familiale dans les pays en développement. Le consortium fait un travail de sensibilisation et promeut l'allocation de moyens financiers et politiques accrus de la part des bailleurs européens afin de garantir un accès universel à la santé de la procréation et à la planification familiale partout dans le monde.

Pour plus d'informations, contactez l'IPPF EN (International Planned Parenthood Federation European Network), partenaire principal du réseau Countdown 2015 Europe, à l'adresse suivante : [countdown2015europe@ippfen.org](mailto:countdown2015europe@ippfen.org) ou rendez-vous sur [www.countdown2015europe.org](http://www.countdown2015europe.org).



## REMERCIEMENTS

Ce projet est financé par l'Union européenne et mis en œuvre par IPPF European Network. IPPF European Network et ses partenaires tiennent également à remercier la Fondation Bill & Melinda Gates pour son soutien sans faille au consortium Countdown 2015 Europe.

### Auteurs :

Wendy Knerr, The Write Effect Limited, UK; partenaires de Countdown 2015 Europe

### Édition :

Wendy Knerr, The Write Effect Limited, UK

### Publication :

International Planned Parenthood Federation, European Network (IPPF EN), chef de file du réseau Countdown 2015 Europe

### Graphisme :

[www.inextremis.be](http://www.inextremis.be)

*Ce document a été élaboré avec le soutien financier de l'Union européenne. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité de IPPF EN, et ne reflète en aucun cas la position de l'Union européenne.*

## Introduction au toolkit

Seize ONG européennes spécialisées dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs ont uni leurs forces au sein du consortium **Countdown 2015 Europe**. Ce consortium a pour objectif de garantir l'accès universel aux services de santé de la procréation et de planification familiale.

Countdown 2015 Europe travaille actuellement sur le projet « **Satisfaire les besoins : vers un dialogue européen plus constructif sur le rôle de la planification familiale dans la réduction de la pauvreté** », financé par la Commission européenne. Ce projet vise essentiellement à fournir aux ONG les outils pratiques nécessaires à leur mission de plaidoyer en faveur de la planification familiale, que ce soit auprès des institutions et bailleurs européens ou des autres ONG et associations. Ce **toolkit de plaidoyer destiné à répondre aux besoins non satisfaits en planification familiale** constitue l'élément principal du projet.

### À qui s'adresse ce toolkit?

Ce toolkit est conçu pour aider les acteurs du plaidoyer en Europe à promouvoir auprès des bailleurs européens la nécessité d'accroître les financements destinés à répondre aux besoins en planification familiale dans les pays en développement. Il aide à élaborer un plaidoyer efficace auprès d'un large panel de publics-cibles, tels que :

- les ministères nationaux, notamment ceux des Finances, de la Santé, du Développement et du Travail ;
- les représentants politiques et les députés ;
- les fonctionnaires ;
- les députés du Parlement européens ;
- les responsables et le personnel de la Commission européenne ;
- les institutions européennes ;
- la société civile au sens large, notamment les ONG engagées sur les thèmes de la santé, des réformes sanitaires et financières, des droits humains, de l'environnement ou des dynamiques démographiques.

### Comment l'utiliser?

Ce toolkit se divise en dix chapitres qui contiennent chacun des preuves, des déclarations, des statistiques, des témoignages, des cas pratiques et des éléments visuels qui pourront servir de supports aux campagnes de plaidoyer. Tous ces outils peuvent être "copiés-collés" directement sur les documents et autres supports de votre organisation. Vous êtes libres de les adapter à vos besoins. Les témoignages directs devront cependant être reproduits *in extenso*.

Reportez-vous à l'[index](#) pour localiser dans le document tous les éléments relatifs à une catégorie donnée parmi les suivantes :

- Généralités : *informations d'ordre général sur les besoins non satisfaits*
- Une cause universelle : *raisons globales de soutenir la planification familiale*
- Santé : *bénéfices de la planification familiale sur la santé individuelle*
- Pauvreté : *l'impact positif de la planification familiale sur la croissance économique et dans la lutte contre la pauvreté*
- Budget : *la planification familiale engendre des économies pour les gouvernements*
- Autonomisation : *la planification familiale contribue à l'autonomisation des femmes*
- Changement climatique : *la planification familiale contribue à freiner la croissance démographique et à atténuer les menaces sur l'environnement et les ressources naturelles*
- Droits humains : *la planification familiale est un droit humain fondamental*
- Stratégies : *bonnes pratiques et stratégies de réponse aux besoins non satisfaits*

Chaque catégorie contient des arguments en faveur d'une hausse de l'investissement dans la planification familiale. Si vous envisagez par exemple de défendre la nécessité de cet investissement auprès d'un responsable politique ou de toute autre partie prenante dont l'intérêt premier est l'aspect budgétaire (Ministère des Finances par exemple), l'[index](#) vous indique où trouver tous les éléments du toolkit qui contribuent à étayer l'argument économique.

Le chapitre 8 contient des tableaux, des graphiques et d'autres supports visuels prêts à copier-coller pour vous aider à défendre vos arguments sans mots inutiles.

Le chapitre 9 recense des liens vers des sources externes telles que :

- des tableaux personnalisables de données concernant la santé reproductive et les besoins non satisfaits. Ces tableaux sont téléchargeables sous Excel et d'autres logiciels ;
- des outils en ligne de création de tableaux, de graphiques et de cartes (y compris interactives) à l'aide d'un vaste panel d'indicateurs ;
- des photos gratuites (haute et basse résolution) illustrant les principaux enjeux de développement ;
- des vidéos défendant la nécessité d'investir en faveur de la planification familiale.

Le chapitre 10 contient quatre factsheets sur les thèmes-clés. Vous pouvez les adapter à vos besoins.

## Table des matières

À propos de Countdown 2015 Europe .....	2
Introduction au toolkit .....	3
Table des matières .....	4
Index .....	5
1 Vue d'ensemble : les besoins non satisfaits en matière de PF .....	8
2. Pourquoi investir en faveur de la planification familiale? .....	10
3. Stratégies d'approche .....	16
4. Données, statistiques et témoignages à copier-coller .....	18
5. Questions fréquentes .....	24
6. "Convaincre en une minute" et autres stratégies de communication .....	26
7. Études de cas .....	27
8. Tableaux et graphiques à copier-coller .....	31
9. Outils et ressources complémentaires .....	37
Généralités .....	37
Données, graphiques et cartes en ligne .....	37
Vidéos .....	38
Banques d'images .....	38
Glossaire .....	38
Références .....	39

## INDEX

Utilisez cet index pour localiser dans le toolkit l'ensemble des éléments relatifs à un thème ou à une catégorie spécifique :

- Les sections **Vue d'ensemble** contiennent des textes narratifs détaillés sur chaque sujet
- Les « **En bref** » sont des encadrés résumant brièvement les aspects essentiels d'un thème.
- Les **Données et statistiques** rassemblent les données quantifiables disponibles pour chaque thème (chiffres concrets en appui aux concepts abstraits).
- Les **Témoignages** sont directement issus de témoignages de personnes engagées sur les questions de planification familiale au sein des pays en développement. Elles apporteront une note personnelle à vos campagnes et documents.
- La section **Questions-Réponses** (Q) rassemble les questions potentielles de vos interlocuteurs et suggère des éléments de réponses
- Les « **arguments express** » sont des déclarations brèves et percutantes que vous pourrez utiliser lors de réunions ou de présentations pour défendre, de manière concise et efficace, la nécessité de répondre aux besoins non satisfaits.
- Les **fiches-pays** sont de courtes revues des bonnes pratiques en matière de réponse aux besoins non satisfaits.
- Les **tableaux, graphiques, etc.** vous permettront de faire passer vos idées de manière visuelle plutôt que par les mots.

**Astuce :** Si vous utilisez Microsoft Word, l'index vous permettra de passer directement à la section du document qui vous intéresse. Vous pouvez revenir ici très facilement en naviguant à l'aide de la fonction Explorateur de documents. Voici comment faire :

1. Dans le menu **Affichage**, cliquez sur **Explorateur de documents**. (l'explorateur s'ouvre alors sous la forme d'une colonne sur la gauche de l'écran)
2. Dans l'explorateur, cliquez sur le titre de la section désirée. Le curseur se positionne alors sur le titre sélectionné.
3. Lorsque vous n'avez plus besoin de l'explorateur, décochez la case Explorateur de documents dans le menu **Affichage**.

## CATÉGORIE

### Sections du toolkit qui étayent cet argument

(maintenez la touche CTRL enfoncée et importez le texte dans cette colonne)

## CONTEXTE GÉNÉRAL

1. Vue d'ensemble : les besoins non satisfaits en planification familiale  
En bref : qu'est-ce qu'un besoin non-satisfait?

Q Il me semble que les programmes de planification familiale mis en place depuis 30 ans ont fonctionné. Pourquoi continuer à investir ?

1.1 Taux de besoins non satisfaits

1.2 Causes de la non-satisfaction des besoins de planification familiale

4.1 Témoignages : les raisons de la non-satisfaction des besoins  
Pakistan

Kirghizistan

Q Pourquoi certaines femmes n'utilisent-elles pas de moyen de contraception moderne?

Q En quoi est-il important de proposer un choix de méthodes? Nous avons déjà la pilule et le préservatif, cela ne suffit-il pas ?

1.3 Conséquences de la non-satisfaction des besoins

En bref : exemples de conséquences de la non-satisfaction des besoins  
Diagramme circulaire : Taux de besoins non satisfaits chez les femmes mariées des pays en développement \*

Histogramme : les besoins non satisfaits en PF par région\*

Graphique : Grossesses et naissances non désirées dans les pays en développement

Tableau : Conventions internationales reconnaissant l'importance de la planification familiale

Chronologie : Conventions internationales

Histogramme : Prévalence de la contraception dans les régions en développement 1965-2005

Histogramme : Les besoins non satisfaits sont supérieurs au taux actuel de contraception en Afrique subsaharienne

Histogramme : Mortalité maternelle due aux grossesses non désirées  
Carte : Taux d'utilisation de méthodes contraceptives dans le monde (moyenne 2000-2010)

Graphique : Les financements ne suivent pas la demande

## RAISONS GLOBALES DE SOUTENIR LA PLANIFICATION FAMILIALE

### 1.4 Progrès et revers dans la réponse aux besoins non satisfaits

#### 4.3.1 Témoignages : progrès et revers dans la réponse aux besoins non satisfaits

##### Études de cas :

[Indonésie](#)

[Égypte](#)

[Colombie](#)

[Kirghizistan](#)

### 1.5. Projections

#### 4.4 Données et statistiques : projections

**Q** Je pensais que les programmes de PF mis en place depuis trente ans fonctionnaient bien. En quoi cela a-t-il changé ?

**Q** Pourquoi devrions-nous continuer à investir dans la planification familiale ?

[Témoignage : planification familiale, la voie la plus facile pour les gouvernements](#)

[Témoignage : la planification familiale, une question de justice](#)

[Graphique : les financements ne suivent pas la demande](#)

[Diagramme circulaire : Taux de besoins non satisfaits chez les femmes des pays en développement \\*](#)

[Histogramme : Mortalité maternelle due aux grossesses non désirées](#)

[Clip-art : 1\\$ dépensé en PF permet d'en économiser 4](#)

[Tableau : Avantages de la planification familiale par secteur](#)

[Chronologie : Conventions internationales](#)

[Tableau : Conventions internationales reconnaissant l'importance de la planification familiale](#)

[Graphique : Évolution du taux de contraception 1990–2009 dans les pays à faible et moyen revenu](#)

[Histogramme : Les besoins non satisfaits sont supérieurs au taux actuel de contraception en Afrique subsaharienne](#)

[Graphique radar \(ou "toile d'araignée"\) : Multiplicité et étroitesse des liens entre développement durable et planification familiale](#)

## BENEFICES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN TERMES DE SANTE

### 2.2 Bénéfices : Santé

[En bref : les avantages en termes de santé](#)

[Pakistan](#)

[Colombie](#)

[Inde](#)

### 4.2 Données et statistiques : pourquoi investir en faveur de la planification familiale ?

**Q** En quoi est-il important de proposer un choix de méthodes ? Nous avons déjà la pilule et le préservatif, cela ne suffit-il pas ?

[Diagramme circulaire : Taux de besoins non satisfaits chez les femmes des pays en développement \\*](#)

[Histogramme : Les besoins non satisfaits sont supérieurs au taux actuel de contraception en Afrique subsaharienne](#)

[Histogramme : Mortalité maternelle due aux grossesses non désirées](#)

## LA PLANIFICATION FAMILIALE CONTRIBUE A LA CROISSANCE ECONOMIQUE ET A L'ERADICATION DE LA PAUVRETE

### 2.3 Bénéfices : éradication de la pauvreté et croissance économique

[En bref : liens entre planification familiale, réduction de la pauvreté et croissance économique](#)

[Guinée-Bissau](#)

**Q** Nous nous consacrons à la réduction de la pauvreté et au développement économique, pas aux problématiques de santé. En quoi la planification familiale nous concerne-t-elle ?

[Graphique radar \(ou "toile d'araignée"\) : la planification familiale soutient l'ensemble des OMD](#)

[Graphique radar : Planification familiale et développement durable](#)

[Tableau : Avantages de la planification familiale par secteur](#)

[Clip-art : 1\\$ dépensé en PF permet d'en économiser 4](#)

[Graphique : Taux de contraception et probabilité pour les femmes d'avoir un emploi rémunéré \(3 pays\)](#)

[Diagramme de dispersion : PIB et taux de contraception, 2005, panel de pays](#)

## LA PLANIFICATION FAMILIALE ENGENDRE DES ÉCONOMIES POUR LES GOUVERNEMENTS

### 2.4 Bénéfices en termes de budget

[En bref : planification familiale et économies](#)

[Togo](#)

**Q** Les gouvernements s'efforcent de limiter les dépenses. Pourquoi devraient-ils dépenser de précieuses ressources en faveur de la planification familiale ?

[Clip-art : 1\\$ dépensé en PF permet d'en économiser 4](#)

[Tableau : Avantages de la planification familiale par secteur](#)

[Graphique : Taux de contraception et probabilité pour les femmes d'avoir un emploi rémunéré \(3 pays\)](#)

[Diagramme de dispersion : PIB et taux de contraception, 2005, panel de pays](#)

## LA PLANIFICATION FAMILIALE CONTRIBUE À L'AUTONOMISATION DES FEMMES

### 2.5 Bénéfices en termes d'autonomisation des femmes

[En bref : bénéfices en termes d'autonomisation des femmes](#)

[Témoignages : autonomisation des femmes](#)

### 3.4 Stratégies : promouvoir l'égalité des sexes

[Paraguay](#)

[Égypte](#)

[Guatemala](#)

[Colombie](#)

[Guinée-Bissau](#)

[Yémen](#)

[Chronologie : conventions internationales](#)

[Tableau : Conventions internationales reconnaissant l'importance de la planification familiale](#)

[Tableau : Avantages de la planification familiale par secteur](#)

[Graphique radar : Planification familiale et développement durable](#)

[Graphique : Taux de contraception et probabilité pour les femmes d'avoir un emploi rémunéré \(3 pays\)](#)

[Graphique : % de jeunes filles déscolarisées à la suite d'une grossesse non désirée](#)

## LA PLANIFICATION FAMILIALE PEUT AIDER LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT À S'ADAPTER AU CHANGEMENT CLIMATIQUE

[2.6 Bénéfices en termes d'adaptation au changement climatique](#)

[En bref](#)

[4.4 Données et statistiques : projections](#)

## L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE EST UN DROIT HUMAIN FONDAMENTAL

[2.1 Bénéfices en termes de respect des conventions internationales](#)

[4.5 Données et statistiques : conventions internationales liées à la planification familiale](#)

[Paraguay](#)

[Guatemala](#)

[Inde](#)

[Yémen](#)

[Colombie](#)

[Kirghizistan](#)

**Q** [La planification familiale ne représente qu'un aspect du droit des femmes. Ne devrions-nous pas œuvrer à l'amélioration globale de l'égalité des sexes, à travers par exemple des programmes spécifiques de microcrédit ou d'éducation ?](#)

[Témoignage : la planification familiale est une question de justice](#)

[Chronologie : conventions internationales](#)

[Tableau : Conventions internationales reconnaissant l'importance de la planification familiale](#)

[Tableau : Avantages de la planification familiale par secteur](#)

[Graphique radar : Planification familiale et développement durable](#)

[Graphique : Taux de contraception et probabilité pour les femmes d'avoir un emploi rémunéré \(3 pays\)](#)

[Graphique : % de jeunes filles déscolarisées à la suite d'une grossesse non désirée](#)

[Graphique : Les financements ne suivent pas la demande](#)

## BONNES PRATIQUES ET STRATÉGIES DE RÉPONSE AUX BESOINS NON SATISFAITS

[3. Stratégies de réponse au problème](#)

[3.1 Accroître les stocks et améliorer les services](#)

[3.2 Davantage d'information, d'éducation et de communication](#)

[3.3 Renforcer l'engagement politique](#)

[3.4 Promouvoir l'égalité des sexes](#)

[7. Études de cas](#)

[Témoignage : les besoins en matériel](#)

**Q** [Concrètement, que peut-on faire?](#)

**Q** [La planification familiale ne représente qu'un aspect du droit des femmes. Ne devrions-nous pas œuvrer à l'amélioration globale de l'égalité des sexes, à travers par exemple des programmes spécifiques de microcrédit ou d'éducation ?](#)

**Q** [J'ai bien compris que la génération de jeunes la plus importante de l'histoire arrive en âge de procréer et d'être sexuellement active. Les jeunes ne peuvent-ils pas se procurer des contraceptifs de la même manière que les adultes?](#)

[Graphique : Les financements ne suivent pas la demande](#)

[Graphique radar : Planification familiale et développement durable](#)

# 1 VUE D'ENSEMBLE : LES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

## 1.1 Taux de besoins non satisfaits

Dans les pays en développement, une personne sur 4 est une femme en âge de procréer (15-49 ans). Parmi ces femmes, 867 millions d'entre elles souhaitent soit éviter toute grossesse, soit espacer ou limiter les grossesses futures (Singh, Darroch et al. 2012; USAID 2009). Malgré cela, parmi ces femmes, 222 millions n'utilisent pas de *moyens de contraception modernes*.

Ces 222 millions de femmes ont un besoin non satisfait en matière de contraception moderne (Singh, Darroch et al. 2012). Certaines ont recours à des *méthodes traditionnelles de planification familiale* qui présentent un taux d'échec élevé (Singh, Darroch et al. 2009), d'autres n'utilisent aucune forme de contraception.

### En bref : qu'est-ce qu'un besoin non satisfait ?

On parle de besoin non satisfait en planification familiale lorsque des femmes et des jeunes filles sexuellement actives souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses mais n'utilisent pas de moyen de contraception moderne.

- 867 millions de femmes souhaitent éviter les grossesses dans les pays en développement
- 645 millions utilisent un moyen de contraception moderne
- 222 millions n'utilisent aucun moyen de contraception moderne

Ces 222 millions de femmes ont un besoin non satisfait en contraception moderne. Cela est en partie dû au fait que beaucoup n'ont pas accès à des services de planification familiale efficaces et abordables.

Source : (RHSC 2009; Singh, Darroch et al. 2012)

## 1.2 Causes de la non-satisfaction des besoins

Il existe des raisons personnelles pour lesquelles les femmes n'utilisent pas de moyens de contraception modernes. Ces motifs peuvent être influencés par des facteurs sociaux, culturels ou politiques : opposition à la planification familiale de la part de la famille ou des communautés religieuse et sociale, manque de volonté politique qui entraîne un accès limité à l'information, aux produits et aux services de planification familiale.

D'après les données recueillies par l'institut Guttmacher (Sedgh, Hussain et al. 2007), les besoins non satisfaits en planification familiale, à l'échelle individuelle, familiale ou communautaire, sont largement imputables aux facteurs suivants :

- **Faible perception du risque** – Les femmes peuvent penser qu'elles n'ont qu'un faible risque de tomber enceintes. Elles croient par exemple qu'une activité sexuelle irrégulière, le fait d'avoir accouché récemment ou encore le fait d'allaiter les mettent à l'abri d'une grossesse.
- **Accès inadapté aux produits et aux services** – Manque de disponibilité des produits de contraception et/ou des services de santé ; manque d'information sur les moyens de contraception ; difficultés d'accès à la contraception (coût, manque d'information, éloignement des structures de soin) ; problèmes liés aux effets secondaires, aux éventuels soucis de santé et aux inconvénients de certaines méthodes.
- **Opposition** – Refus de la planification familiale de la part de la femme, de son partenaire ou d'autres personnes d'influence. Opposition sur critères religieux notamment. (Sedgh, Hussain et al. 2007)

Une étude portant sur 13 pays en développement montre qu'un nombre important de femmes souffrent d'un manque d'information en matière de contraception, pensent que la contraception moderne pourrait nuire à leur santé ou n'ont pas accès (financièrement et/ou physiquement) aux produits et services de contraception. (Sedgh, Hussain et al. 2007).

Sur un plan politique plus large, on peut attribuer ce défaut d'accès aux produits et services de contraception à l'affaiblissement des engagements politiques et des financements alloués à la planification familiale observé ces dernières décennies. On peut citer par exemple la restriction par le gouvernement américain des financements alloués à la santé reproductive sous la présidence Bush (cf la « Mexico City Policy ou « Global Gag Rule »), qui a engendré des coupes drastiques dans les fonds disponibles pour la planification familiale pendant plusieurs années. Bien que ces restrictions aient été levées, l'affaiblissement des services qu'elles ont engendré dans de nombreux pays a vraisemblablement participé à l'augmentation des besoins non satisfaits en planification familiale (Lancet/UCL 2009).

La baisse des financements peut en outre être imputée à l'idée, répandue parmi les bailleurs, selon laquelle la planification familiale dispose de fonds suffisants. Cette idée reçue est en partie due au succès des programmes de planification familiale. De plus, si la ligne budgétaire "population" a bien connu une hausse importante des financements, l'essentiel de ceux-ci a été alloué à la ligne "VIH/sida" (Lancet/UCL 2009) et non à la planification familiale. Le manque de transparence budgétaire et l'absence de ligne spécifique de planification familiale ont également contribué à l'idée erronée selon laquelle la planification familiale n'avait plus besoin de financements.

## 1.3 Conséquences de la non-satisfaction des besoins

La non-satisfaction des besoins en planification familiale dans les pays en développement touche à la fois les familles, les communautés et les économies nationales, sans parler de la santé et du bien-être individuels. Les besoins non satisfaits :

- accentuent la mortalité et la morbidité materno-infantiles, notamment si les naissances ne peuvent pas être suffisamment espacées (Ashford 2003; Mackenzie, Drahota et al. 2010);
- provoquent une augmentation des avortements à risque (Ashford 2003; Mackenzie, Drahota et al. 2010);
- contribuent à la propagation du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) (OMS 2010);
- compromettent la participation des femmes à l'économie de leur communauté et de leur pays (Mackenzie, Drahota et al. 2010);
- contraignent des filles et des jeunes femmes à quitter l'école suite à une grossesse non désirée (Barot 2008);
- accentuent les inégalités hommes-femmes et le statut social inférieur des femmes (FHI);
- accroissent la pauvreté et freinent la croissance économique (RHSC 2009; Speidel, Sinding et al. 2009)
- contribuent à une croissance démographique non contrôlée (Ashford 2003).

### En bref :

#### Conséquences économiques

La mortalité materno-infantile freine la croissance et entraîne chaque année une perte de productivité globale équivalente à 15 milliards de dollars (UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health 2009; Vlassoff, Sundaram et al. 2009; UN Secretary General 2010).

#### Conséquences en matière d'éducation

En Afrique subsaharienne, 8 à 25% des jeunes filles sont déscolarisées à la suite d'une grossesse non désirée. Parmi les 15-17 ans non mariées, les filles scolarisées ont davantage recours à la contraception que leurs pairs déscolarisées (Barot 2008; Guttmacher/IPPF 2010).

#### Conséquences sur la santé

Les interruptions à risque de grossesses non désirées sont la troisième cause mondiale de mortalité maternelle (OMS 2011). Si les risques liés à l'accouchement ne peuvent pas être totalement éliminés, les décès causés par les avortements à risque peuvent, eux, être évités (Speidel, Sinding et al. 2009; OMS 2011).

## 1.4 Progrès et revers dans la réponse aux besoins non satisfaits

Ces vingt dernières années, l'utilisation de contraceptifs s'est répandue chez les femmes dans presque toutes les régions du globe. En 2007, 60% des femmes mariées en âge de procréer utilisaient un moyen de contraception (UN-DESA 2011). Cependant, il convient de noter que les données disponibles sur la contraception chez les femmes célibataires (Sedgh, Hussain et al. 2007) et les adolescentes des pays en développement sont limitées par rapport à celles disponibles sur les femmes mariées, notamment en Asie. C'est pourquoi les taux de besoins non satisfaits à l'échelle mondiale pourraient être plus élevés que ceux suggérés par les statistiques.

En dépit de progrès incontestables, cette dernière décennie a vu la réponse aux besoins non satisfaits ralentir de manière considérable et les écarts se creuser entre les régions. Selon les Nations unies, le taux annuel d'augmentation de l'utilisation de contraceptifs dans la quasi-totalité des régions était inférieur entre 2000 et 2007 à ce qu'il était dans les années 90. Quant au taux de prévalence de la contraception, il est toujours faible dans certaines régions comme l'Afrique subsaharienne (ONU-DESA

2011; UN 2011). Dans certains pays (Ghana, Bénin) on a même assisté à une inversion de la prévalence contraceptive (UN 2011).

L'augmentation des besoins non satisfaits en planification familiale est liée à un affaiblissement des engagements politiques et des financements. La restriction par le gouvernement américain des financements alloués à la santé reproductive sous la présidence Bush (cf la « Mexico City Policy ou « Global Gag Rule ») par exemple a engendré dans de nombreux pays un affaiblissement des services de planification familiale en partie responsable de l'augmentation des besoins non satisfaits (Lancet/UCL 2009). De plus, si la ligne budgétaire "population" a bien connu une hausse importante des financements, l'essentiel de ceux-ci a été alloué au poste "VIH/sida" (Lancet/UCL 2009) et non à la planification familiale. Le manque de transparence budgétaire et l'absence de poste spécifique à la planification familiale ont également contribué à l'idée erronée selon laquelle la planification familiale recevait suffisamment de financements, ce qui n'est pas le cas, comme en témoigne l'augmentation des besoins non satisfaits.

## 1.5 Projections

D'après les projections réalisées par les Nations unies, le nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) devrait augmenter de près d'un tiers dans les dix prochaines années (Ross and Stover 2009). À l'horizon 2015, la demande de planification familiale au sein du monde en développement devrait concerner non plus 867, mais 933 millions de femmes, et le nombre d'utilisateurs de méthodes de planification familiale devrait passer de 645 à 709 millions. Ce sont 106 millions d'utilisateurs supplémentaires, soit presque la moitié des besoins non satisfaits actuels. Si les estimations d'augmentation de la demande d'ici à 2015 sont

exactes, ce sont non plus 222 mais 224 millions de femmes dont les besoins en moyens de contraception moderne ne seront pas satisfaits (RHSC).

L'incapacité à répondre aux besoins et aux souhaits de 222 millions de femmes en matière de contraception a des conséquences dramatiques pour les femmes, les jeunes, les familles et les sociétés. En outre, la situation ne peut qu'empirer : la génération la plus nombreuse de l'histoire (1,5 milliard d'adolescents) est actuellement en âge de procréer et en passe de devenir sexuellement active (IPPF 2008; UN 2009).

## 2. POURQUOI INVESTIR EN FAVEUR DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les décennies de recherche et de programmes ont montré que la planification familiale est l'un des meilleurs investissements que les bailleurs et les gouvernements puissent faire en matière de développement humain et économique (RHSC; Secrétariat général des Nations unies 2010).

Répondre aux besoins non satisfaits des femmes en planification familiale engendre des progrès non seulement pour la santé de ces femmes, mais aussi pour de nombreux autres indicateurs humains et de développement, tels que la réduction de la pauvreté, la croissance économique, la santé des enfants, l'autonomisation des femmes et les défis environnementaux (UN Secretary General 2010). Plus important encore, la planification familiale est essentielle à la promotion des droits fondamentaux des femmes, des hommes et des jeunes. La capacité pour les femmes et les couples de décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants est un droit humain fondamental étroitement lié à de nombreux autres droits (Barot 2008; Singh, Darroch et al. 2009).

De manière générale, répondre aux besoins en planification familiale revient à permettre aux femmes et aux couples d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent, quand ils le souhaitent, et d'espacer les naissances de manière à ce qu'elles soient sans danger pour la mère et l'enfant. Tous ces objectifs correspondent aux engagements internationaux en faveur des droits humains. Cependant, les bénéfices de la planification familiale vont bien au-delà :

- les femmes et les enfants sont en meilleure santé (Singh, Darroch et al. 2009; Secrétariat général des Nations unies 2010);
- davantage d'options s'offrent aux femmes en termes d'éducation et d'opportunités économiques (Center for Global Development; Singh, Darroch et al. 2009) (ex : moins de jeunes filles contraintes de quitter l'école suite à une grossesse non désirée)
- les femmes peuvent être plus productives et gagner davantage au cours de leur vie, ce qui élève le niveau de vie des familles (Singh, Darroch et al. 2009; UN Secretary General 2010)

### En bref :

#### La planification familiale :

- permet aux femmes et aux couples de décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants, ce qui constitue un droit humain fondamental.
- prévient les grossesses non désirées, sauvant ainsi la vie de nombreuses femmes et préservant leur santé ainsi que celle de leurs enfants
- promeut l'égalité hommes-femmes et améliore le statut de la femme au sein de la société
- permet des économies dans le secteur de la santé
- participe au développement social et économique, ce qui en fait un élément-clé dans la réduction de la pauvreté.

Source : (Barot 2008; Singh, Darroch et al. 2009; Vlassoff, Sundaram et al. 2009)

- les enfants existants ont plus de chances d'accéder à une éducation, une alimentation et des soins de qualité (Singh, Darroch et al. 2009; UN Secretary General 2010);
- les écoles sont moins sous pression, la proportion d'enfants en âge d'aller à l'école par rapport à la population active étant réduite (Center for Global Development);
- moins de pression sur les services publics et les ressources naturelles, notamment le logement, l'emploi, la santé et l'eau potable (Center for Global Development; Singh, Darroch et al. 2009);
- progrès de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes (Center for Global Development)
- hausse de la croissance économique et du PIB (Center for Global Development).

### Témoignage : Planification familiale, la solution la plus simple pour les gouvernements

"Si nous avions les financements suffisants et les ressources adéquates, je crois que la planification familiale serait la solution la plus simple. Je pense également qu'il existe de nombreuses possibilités d'intégrer la planification familiale aux programmes existants tels que les programmes VIH et réduction de la mortalité maternelle."

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

### 2.1 Bénéfice : respecter les conventions internationales

Le droit à la planification familiale et aux services de santé de la procréation a été inscrit dans plusieurs stratégies et conventions internationales. Les gouvernements ont donc l'obligation d'en assurer l'application.

Beaucoup de ces conventions reconnaissent la nécessité de faire des droits et de la santé de la procréation une priorité du développement international et des politiques nationales afin d'atteindre les objectifs internationaux, notamment en matière de réduction de la pauvreté. Parmi les conventions-clés on peut citer :

**Le programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994** – Inscrit dans une approche basée sur les droits, le document reconnaît, pour la première fois dans un consensus international, les droits de la procréation en tant que droits humains.

**La conférence mondiale sur les femmes de Beijing (1995)** – Réaffirme la plupart des engagements pris à la CIPD, notamment la nécessité d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes, d'éradiquer les obstacles légaux, réglementaires et sociaux à une éducation sexuelle exhaustive et de reconnaître que les droits des femmes incluent la possibilité de contrôler tous les aspects de leur sexualité loin de tout violence, coercition ou discrimination.

**Le forum du Millénaire et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (2000)** – Établit des objectifs-clés pour la réduction de la mortalité materno-infantile et d'autres problématiques sanitaires liées à la pauvreté. Plusieurs accords et programmes internationaux veillent à ce que les bailleurs et les pays en développement mobilisent les fonds nécessaires à l'atteinte des OMD.

## La déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et le programme d'action d'Accra (2005)

– Signés par 100 bailleurs, gouvernements bénéficiaires et organisations internationales telles que le FMI, la Banque mondiale et certaines banques régionales, ces documents reflètent une volonté globale d'améliorer la coopération entre bailleurs et bénéficiaires afin d'atteindre les OMD.

**Le plan d'action de Maputo (2006)** – Accord régional des pays de l'Union africaine qui vise à garantir un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive en Afrique.

**La campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle (CARMMA) (2009)** – Autre initiative de l'Union africaine en lien avec le plan d'action de Maputo. CARMMA vise à améliorer la santé des mères dans les pays où les taux de mortalité maternelle sont élevés.

**La stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, ONU (2010)** – Stratégie fondée sur l'aide au développement incluant un soutien marqué à la santé de la procréation.

## Témoignage : la planification familiale, une question de justice

“L'une des priorités des programmes de planification familiale devrait être l'accès sans honte ou culpabilité. Cette idée est absente de la plupart des programmes. Il existe en général une stigmatisation et une discrimination importantes au sein des services de planification familiale. Les besoins des personnes séropositives ne sont pas pris en compte. Nous devons élargir notre vision du service, l'aborder sous l'angle de la justice”

– Sarita Barpanda, Country Programme Advisor, Interact Worldwide, Inde

**L'initiative de Muskoka pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2010)** – Accord de financement signé par les pays du G8 afin de progresser sur les OMD 4 (réduction de la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé des mères). Les « soins et les services de santé sexuelle et reproductive, notamment la planification familiale volontaire » y figurent comme objectifs-clés.

## 2.2 Bénéfices en termes de santé

L'utilisation de moyens de contraception modernes aide à prévenir les grossesses non désirées. Cela joue un rôle essentiel dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles (OMD 5); diminue le recours aux avortements à risque, réduit la mortalité infantile et améliore la santé et les chances de survie des enfants (OMD 4) (OMS 2009).

À l'échelle mondiale, environ 40% des grossesses ne sont pas désirées, ce qui pose un grave problème pour la santé des femmes (Singh, Wulf et al. 2009). L'utilisation de contraceptifs permet de réduire le nombre de ces grossesses et ainsi d'éviter les avortements à risque, qui sont l'une des principales causes de mortalité maternelle, en particulier chez les femmes jeunes (OMS 2010). Le recours à la contraception peut également réduire le nombre d'accouchements à risque dans des contextes pauvres où les taux de mortalité et de morbidité maternelles sont élevés (OMS 2010).

Selon les derniers chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on recenserait, dans les pays en développement, environ 356 000 décès liés à la grossesse chaque année (OMS 2010). Si la mortalité maternelle a reculé d'un tiers entre 1990 et 2008, ces chiffres demeurent élevés et l'OMD 5 est celui qui a le moins progressé. D'après la Banque mondiale, la mortalité maternelle chuterait de 25 à 35% si les besoins en moyens de contraception modernes étaient satisfaits (Barot 2008).

Derrière chaque femme qui meurt des suites d'une grossesse ou de complications à l'accouchement, plus de vingt survivent mais souffrent de pathologies longues liées à une grossesse non désirée ou à un accouchement. Quant aux complications induites par les avortements à risque, elles sont une cause majeure de mortalité maternelle dans les pays en développement (UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).

En résumé, répondre aux besoins non satisfaits en planification familiale permettrait :

### En bref :

Selon une étude récente, répondre aux besoins non satisfaits en contraception dans les pays en développement permettrait de :

- diminuer le nombre de grossesses non désirées de deux tiers, passant ainsi de 80 à 26 millions par an.
- passer de 30 à 8 millions de naissances non souhaitées, avec une réduction particulièrement importante dans les pays à faibles revenus.
- éviter 54 millions de grossesses non désirées par an, ce qui permettrait d'éviter chaque année 21 millions de naissances non souhaitées, 26 millions d'avortements provoqués et 7 millions de fausses couches.

Les bénéfices en termes de santé seraient énormes : les vies de 150 000 femmes seraient épargnées et l'on éviterait 640 000 décès de nouveau-nés. Les bénéfices pour les familles ne seraient pas négligeables : 500 000 enfants de moins seraient privés de leur mère.

Sources (FHI ; Singh, Darroch et al. 2009; Vlassoff, Sundaram et al. 2012; Guttmacher/IPPF 2010)

- d'améliorer la santé maternelle et infantile en réduisant le nombre de grossesses non désirées ainsi que la mortalité et la morbidité maternelles
- de réduire le taux d'avortements à risque ainsi que la mortalité et la morbidité associées
- que les femmes puissent espacer ou limiter leurs grossesses et réduire ainsi les grossesses et les naissances à haut risque.

Le retardement des grossesses et l'espacement des naissances est un bénéfice incontestable de la planification familiale. Les recherches ont montré que les enfants nés sur un laps de temps court courent un risque beaucoup plus important de mourir dans leur première année que les enfants dont les naissances ont été espacées. Si les femmes avaient les moyens d'espacer leurs accouchements de trois ans, les taux de néomortalité et de mortalité infantile chuteraient respectivement de 24 et 35%. De plus, si un intervalle d'au moins deux ans entre une naissance et la grossesse suivante était systématiquement maintenu, le nombre des décès d'enfants de moins de cinq ans diminuerait de 13% ; avec un intervalle de trois ans, la diminution atteindrait 25% (Rutstein 2008). D'autres indicateurs nutritionnels sanitaires, tels que le taux de malnutrition infantile, s'en verraient améliorés. (Barot 2008).

## 2.2.1 Santé des filles et des jeunes femmes

Le bénéfice de la réponse aux besoins non satisfaits en planification familiale est particulièrement notable pour les jeunes filles et les jeunes femmes. Les adolescents sont particulièrement exposés au risque de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, et les enfants nés de mère adolescente ont deux fois plus de risques de mourir au cours de leur première année de vie que les enfants dont la mère est âgée de 20 ans ou plus (Barot 2008). C'est pourquoi réduire le nombre de grossesses non désirées chez les jeunes femmes par l'intermédiaire de moyens de contraception modernes et de services de planification familiale permet de sauver des vies. En outre, la capacité de retarder les naissances est une nécessité encore plus grande pour les millions de jeunes filles contraintes au mariage précoce, une pratique répandue dans de nombreuses régions, notamment en Europe de l'est et en Asie centrale (Barot 2008).

## 2.2.2 Réduire la mortalité néonatale et infantile

Si les causes de la mortalité néonatale et infantile sont nombreuses, la planification familiale est sans conteste, avec l'éducation des femmes, la solution la plus efficace pour y remédier (IPPF 2008). Le taux actuel d'utilisation de contraceptifs modernes évite chaque année le décès d'1,1 million de nouveau-nés. Si les besoins en contraception moderne étaient pleinement satisfaits, on éviterait chaque année 53 millions de grossesses non désirées et 590 000 décès de nouveau-nés supplémentaires (Guttmacher/IPPF 2010).

## 2.2.3 Bénéfices non associés aux grossesses

La planification familiale, sous la forme des préservatifs masculin et féminin, réduit la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST) et notamment du VIH. Combiner les services de planification familiale et de prévention/traitement du VIH permet de réduire le coût global de la prestation. En prévenant les grossesses et les accouchements non désirés, les contraceptifs jouent un rôle crucial dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La prévention en amont de ce type de grossesses est trois fois plus efficace

que l'administration d'antirétroviraux à la mère au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement (OMS 2010).

En matière de services de santé, la planification familiale constitue un point d'accès essentiel à l'implantation d'une gamme plus vaste de services comprenant par exemple des consultations spécialisées en VIH/sida (OMS 2009) et des services destinés aux femmes et aux jeunes filles victimes de violences de genre (ONU Femmes).

### En bref : liens entre planification familiale, réduction de la pauvreté et croissance économique

La planification familiale est l'un des moyens les plus rentables de réduire la pauvreté, en ce qu'elle :

- permet aux femmes et aux couples de choisir d'avoir une famille plus petite, donc souvent moins pauvre, où les enfants bénéficient d'une alimentation et d'une éducation de meilleure qualité
- permet aux femmes de travailler et d'être productives, ce qui contribue au bien-être économique de son foyer, de sa famille et de son pays
- améliore le ratio entre économiquement dépendants et salaires, réduisant ainsi le besoin en allocations et en services publics
- réduit les risques de bouleversements économiques du foyer dus à la morbidité ou à la mortalité maternelle
- contribue à la croissance du PIB
- sera d'une grande aide aux pays à faible revenu souhaitant évoluer vers le statut de pays à revenu intermédiaire à l'horizon 2030.

Source : (RHSC 2009; OMS 2010)

### Témoignage: la planification familiale est indispensable à la réduction de la pauvreté

"...l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim ne pourront être atteints sans aborder de front les questions de population et de santé génésique. Et cela signifie des efforts accrus pour promouvoir les droits de la femme, un investissement plus considérable dans l'éducation et la santé, notamment la santé en matière de reproduction et la planification familiale."

– Kofi A. Annan, Ancien Secrétaire général des Nations Unies, Message à la cinquième Conférence sur la Population pour l'Asie et le Pacifique. Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), Bangkok, 16 décembre 2002

## 2.3 Bénéfices : éradication de la pauvreté et croissance économique

La planification familiale joue un rôle crucial dans l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et des enfants, ce qui constitue en soi un objectif essentiel. Les bénéfices de la planification familiale sont cependant plus larges : elle stimule le développement économique et améliore le niveau de vie des populations, ce qui contribue à réduire la pauvreté (RHSC 2009; Speidel, Sinding et al. 2009).

Les pays où la fertilité est plus faible et la croissance démographique plus lente connaissent un taux de productivité plus élevé, font davantage d'économies et investissent de manière plus efficace (UNFPA 2002). Dans de nombreux pays, la réduction de la fertilité à l'échelle du foyer s'est traduite en un potentiel de croissance macroéconomique en l'espace d'une seule génération. On attribue ce phénomène au « dividende démographique », concept selon lequel une fertilité jugulée

aboutit à une large génération de personnes en âge de travailler, qui ont moins de personnes âgées et d'enfants à leur charge. Les pays d'Asie en particulier ont bénéficié de ce dividende démographique et ont vu leur économie croître et la pauvreté reculer à mesure que la taille des familles s'est réduite.

Les données disponibles indiquent que :

- à l'échelle mondiale, la mortalité materno-infantile induirait une perte de productivité équivalente à 15 milliards de dollars par an (Secrétariat général des Nations unies 2010)
- 30% à 50% de la croissance économique asiatique entre 1965 et 1990 sont imputables au changement des dynamiques démographiques, lui-même fortement influencé par l'accès à la planification familiale (Bloom and Williamson 1998).

Des données mondiales montrent même l'existence d'une corrélation entre la prévalence des moyens de contraception modernes et le produit national brut (PNB) (OMS 2010) – un indicateur pertinent de croissance et de bonne santé économique.

Bien que la réduction de la fertilité à elle seule ne suffise pas à stimuler le développement économique, elle en est un élément essentiel. Selon certaines études, 25 à 40% de la croissance économique des pays en développement seraient directement liés à la réduction de la fertilité (Barot 2008).

À l'échelle d'un foyer, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement peuvent, en plus d'être une menace pour la vie et la santé des femmes et des enfants, avoir des conséquences économiques non négligeables pour les familles. Dans de nombreux pays, les soins obstétricaux ne sont pas gratuits et peuvent représenter un coût démesuré pour les foyers pauvres. Au Burkina Faso par exemple, un accouchement coûte jusqu'à 43% du revenu par habitant des ménages les plus pauvres. Un chiffre qui atteint 138% pour une césarienne (UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).

En revanche, là où les services de planification familiale sont accessibles et abordables, ils peuvent influencer de manière positive et durable les vies des femmes, des jeunes filles et de leurs familles. Les femmes et les couples qui peuvent décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants sont mieux à même d'économiser leurs ressources, d'accroître leurs revenus et de planifier l'avenir. En ce sens, la planification familiale permet aux familles d'investir dans les enfants existants, de leur offrir une éducation et une alimentation décente et de subvenir à leurs autres besoins (Barot 2008).

## 2.4 Bénéfices en termes de budget

Dans de nombreux pays, chaque dollar dépensé en planification familiale permet d'en économiser au moins quatre, qui ne seront pas dépensés pour le traitement de complications liées à des grossesses non désirées (Speidel, Sinding et al. 2009; UN Secretary General 2010).

**Garantir l'accès universel à la planification familiale engendre bien sûr des coûts, mais ceux-ci sont largement compensés par les économies réalisées**, et ce dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles.

La prestation de services de contraception à toutes les femmes qui en ont besoin dans pays en développement reviendrait par exemple à 1,2 dollar en moyenne, par femme et par an. Si tous les besoins étaient satisfaits, le coût total des services passerait de 1 milliard à 6,7 milliards de dollars, soit un surcoût de 3,6 milliards de dollars (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher 2010).

**Cela réduirait cependant le coût des services de santé maternelle et néonatale de 5,1 milliards de dollars** – une économie non négligeable. Si toutes les femmes exposées aux grossesses non désirées utilisaient des contraceptifs modernes, le recul des grossesses non désirées et des avortements à risque réduirait à lui tout seul le coût des soins post-avortement d'environ 140 millions de dollars chaque année (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher 2010).

Une analyse réalisée sur 16 pays d'Afrique subsaharienne indique que **satisfaire les besoins en planification familiale engendrerait des économies dans la réalisation de cinq des OMD et que ces économies ne toucheraient pas uniquement le secteur de la santé**. (Health Policy Institute). Voici le détail de ces économies dans certains pays :

À plus long terme, les bénéfices économiques et sociaux engendrés par la planification familiale ne s'applique plus aux seuls pays en développement. Les pays bailleurs y sont également gagnants puisque la planification familiale peut renforcer et stabiliser l'économie de potentiels partenaires commerciaux tout en améliorant la qualité de vie des populations, conformément aux objectifs humanitaires internationaux (Center for Global Development). En outre, les entreprises du secteur privé peuvent constater qu'en mettant à disposition de leurs employés des services de planification familiale, elles réduiront les coûts médicaux induits par les grossesses et les congés maternité, limiteront le turnover et augmenteront profits et productivité (ONUSIDA/OMS Bureau régional pour l'Afrique 2008).

### En bref : planification familiale et économies

Chaque dollar dépensé pour la planification familiale permet d'en économiser quatre.

Si toutes les femmes en demande dans les pays en développement avaient accès à des contraceptifs modernes :

- le coût global des services **augmenterait** de 3,6 milliards de dollars par an.

MAIS...

- le coût global des soins maternels et néonataux diminuerait de 5,1 milliards de dollars par an
- le coût global des soins post-avortement baisserait d'environ 140 millions de dollars par an.

Source : (Singh, Darroch et al. 2009; Speidel, Sinding et al. 2009; UN Secretary General 2010)

- En **Éthiopie**, répondre aux besoins non satisfaits des femmes souhaitant éviter une grossesse engendrerait une économie annuelle de 34 millions de dollars sur les fonds aujourd'hui dépensés en soins liés aux grossesses non désirées, aux avortements à risque et à d'autres conséquences (Guttmacher/Ethiopian-Society-of-Obstetricians-and-Gynecologists 2010).
- **L'Égypte** est l'un des rares pays susceptibles d'atteindre l'OMD 5. Le pays est un excellent exemple des économies gigantesques qu'entraîne l'investissement dans la planification familiale. Les 400 millions de dollars (2,4 milliards de livres égyptiennes) investis dans la planification familiale entre 1980 et 2005 auront permis d'économiser environ 8 milliards de dollars (45,8 milliards de LE, taux de change 2005) sur le budget santé infantile, éducation et alimentation (RHSC 2009).
- En investissant davantage dans la planification familiale, le **Kenya** aurait réalisé une économie nette d'environ 200 millions de dollars entre 2005 et 2015.
- Au **Kazakhstan**, les contraceptifs sont près de 3,2 fois plus rentables que l'avortement en termes de contrôle des naissances. Les services d'avortement ayant représenté en 2004 presque 1% des dépenses de santé publique du pays (Lule, Singh et al. 2007), garantir l'accès universel à la contraception engendrerait une économie substantielle.
- Au **Nigeria**, on estime que les soins post-avortement coûtent chaque année 19 millions de dollars, soit 3,4% du budget national en matière de santé. Ce coût annuel est trois fois supérieur au coût des services de contraception, qui lui est estimé à 4,5 millions de dollars (Lule, Singh et al. 2007).

## 2.5 Bénéfices en termes d'autonomisation des femmes

Répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception participe à l'autonomisation sociale, économique et politique des femmes en leur permettant de décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants (Center for Reproductive Rights/UNFPA 2010). L'autonomisation des femmes, notamment à travers la liberté de choisir la taille de leur famille, a été reconnue comme un moteur majeur du développement moderne (OMS 2010).

**Le recours à la contraception moderne améliore l'accès à l'éducation des femmes et des jeunes filles.** Les adolescentes enceintes sont souvent contraintes d'abandonner l'école. De plus, d'après les données rassemblées par le Millenium Project :

- en Afrique subsaharienne, environ 8 à 25% des jeunes femmes quittent l'école à la suite d'une grossesse non désirée
- parmi les 15-17 ans non mariées, les jeunes filles scolarisées ont davantage recours à la contraception que leurs pairs déscolarisées (Barot 2008).

Les femmes n'ayant pas eu accès à l'éducation ne peuvent souvent pas participer pleinement à la vie sociale, économique et politique de leurs communautés, ce qui tend à accentuer leur pauvreté (IPPF 2006). Les femmes instruites, en revanche, auront des enfants (notamment des filles) instruits (Barot 2008; Singh, Wulf et al. 2009). Cela démontre que satisfaire les besoins actuels en planification familiale aura un impact positif sur plusieurs générations.

**Les femmes qui utilisent un moyen de contraception sont plus actives et plus productives dans le monde du travail.** Elles sont donc à même de mieux gagner leur vie et d'améliorer leur sécurité financière et celle de leur famille (FHI). Quelques exemples :

- En Égypte, les femmes qui ont recours à la contraception ont davantage de chances d'être embauchées que celles qui n'y ont pas recours ;
- Au Brésil et en Indonésie, les femmes qui utilisent un moyen de contraception à action prolongée ou permanente sont plus susceptibles de trouver un emploi rémunéré que les autres (OMS 2010).

Donner aux femmes les moyens de mieux contrôler leur fécondité a en outre un impact positif dans la lutte pour l'égalité des sexes. En améliorant de manière globale la santé des femmes et des jeunes filles, les services de santé de la procréation leur permettent d'être plus productives au sein de leur foyer, de leur

### En bref :

Le recours à la planification familiale, et aux contraceptifs en particulier :

- permet aux femmes de décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants, conformément aux conventions internationales sur les droits humains
- permet aux femmes et aux jeunes filles de consacrer plus de temps à leur éducation, leur formation et leur emploi
- améliore les chances des femmes d'accéder à l'éducation et au monde du travail
- permet aux femmes de mieux subvenir aux besoins de leur famille, de participer à la vie communautaire et même à la vie économique et politique de leur pays.

Source : Barot 2008; Center for Reproductive Rights/UNFPA 2010; OMS 2010

communauté et de l'économie de leur pays (UNFPA 2005). Les femmes qui ont accès à la planification familiale peuvent par exemple concilier l'espacement de leurs enfants et la taille de leurs familles avec leur besoin et/ou leur souhait de gagner un revenu (Birdsall, Ibrahim et al. 2004). La capacité à prendre des décisions relatives aux grossesses et l'utilisation d'un contraceptif sont par ailleurs des indicateurs clés du niveau d'autonomisation des femmes à l'échelle du foyer (Grown, Gupta et al. 2003).

**L'autonomisation des femmes et des jeunes filles, notamment à travers l'accès à la planification familiale, constitue un pas décisif vers davantage d'égalité hommes-femmes au sein des communautés, des sociétés et des États.**

Si les inégalités entre les sexes ont de multiples causes, elles trouvent leurs racines dans des mythes et autres normes socioculturels qui régissent les comportements des femmes et des hommes, des filles et des garçons. Ces normes incluent des croyances relatives à la santé sexuelle et à la planification familiale. Par exemple, les normes selon lesquelles la femme devrait être passive et l'homme actif, voire agressif peuvent mener l'homme à prendre seul les décisions relatives à la vie sexuelle au sein du couple. D'autres normes défendent l'idée selon laquelle la planification familiale et notamment la contraception serait la seule responsabilité des femmes et des jeunes filles.

La participation éclairée des hommes et des jeunes garçons aux programmes de santé de la procréation et à la prise de décisions peut aider à lutter contre ces normes de genre délétères. Elle permet également de reconnaître que les hommes et les adolescents ont eux aussi des besoins et des responsabilités en matière de santé sexuelle et reproductive.

### Témoignages : autonomisation des femmes

« Je pense qu'on a longtemps supposé que les femmes africaines, dans les campagnes en particulier, ignoraient ce qu'était la planification familiale ou y étaient opposées en raison des traditions. Ces suppositions étaient essentiellement des mythes d'occidentaux. J'ai travaillé avec des communautés. En quatre ans, nous avons sensibilisé près de 500 000 femmes, et à chaque fois nous avons rencontré un intérêt pour la planification familiale, et non une résistance de la part de la communauté ».

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

« Dans les communautés, même les leaders religieux comprennent le besoin en planification familiale, car ils connaissent bien le problème. Les hôpitaux catholiques conseillent aux femmes d'espacer les naissances et leur indiquent où se procurer des contraceptifs. Les personnels de santé ne se soucient pas de ce que disent les politiques à plus grande échelle ».

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

« Avant, je devenais tout rouge lors de ces consultations avec les femmes. Des vieilles dames qui parlaient de positions sexuelles en riant et en tapant dans leurs mains, et que "ils ne savent pas nous donner du plaisir", et que "des fois on se rend même pas compte qu'ils ont fini ! ». Ces femmes auraient pu être mes grand-mères ! J'ai découvert que ce genre de discussions était possible en travaillant et en vivant dans ces communautés ».

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

## 2.6 Bénéfices en termes d'adaptation au changement climatique :

Les principales responsables du changement climatique sont les émissions de gaz à effet de serre dans les pays plus développés. Bien qu'ils n'y contribuent que très peu, les pays en développement en sont cependant les premières victimes (Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010).

De nombreux gouvernements de pays en développement ont identifié la croissance démographique rapide comme un frein à leur adaptation au changement climatique (Bryant, Carver et al. 2009). Des programmes de planification familiale volontaire et fondée sur les droits peuvent les aider à juguler leur croissance démographique et donc à atténuer, du moins en partie, les effets du changement climatique (Lancet/UCL 2009).

L'investissement dans la planification familiale doit s'inscrire dans une politique globale comprenant entre autres des investissements dans la sécurité alimentaire, l'approvisionnement en eau potable, la construction, la reforestation et d'autres stratégies (Lancet/UCL 2009). Cela implique une approche multisectorielle, qui doit partager la responsabilité de l'adaptation au changement climatique au-delà des seuls ministères de l'environnement et garantir que les problématiques de santé et de planification familiale soient intégrées aux politiques nationales (Bryant, Carver et al. 2009).

Les associations de femmes et de santé reproductive ont des dizaines d'années d'expérience dans la prestation de services de planification familiale volontaire et fondée sur les droits, et dans la réponse aux besoins des femmes, des hommes et des jeunes (Lancet/UCL 2009), tout en évitant les pratiques coercitives et inefficaces des « programmes de contrôle des naissances » mis en place par le passé. Ces connaissances et cette expérience, qui ont largement contribué à la réduction des taux de fécondité dans de nombreux pays ces quarante dernières années, doivent servir de base à la gestion des problématiques démographiques actuelles.

Il faut également reconnaître que le changement climatique n'est pas neutre sur le plan du genre. Les femmes et les jeunes filles, notamment dans les campagnes, dépendent souvent des ressources naturelles et de leur environnement pour assurer leur survie et celle de leur famille. Les stratégies d'adaptation au changement climatique doivent donc prendre en compte le genre et intégrer les connaissances et l'expérience des femmes vis-à-vis de leur environnement (UNDP 2010).

### En bref :

- Si les pays développés sont les premiers responsables du changement climatique, les pays en développement en sont les premières victimes (Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010), en particulier les femmes et les jeunes filles des zones rurales (UNDP 2010).
- Certains pays en développement ont identifié une croissance démographique rapide comme un handicap à leur adaptation au changement climatique (Bryant, Carver et al. 2009).
- Les programmes de planification familiale volontaire et fondée sur les droits sont une stratégie essentielle en ce qu'ils aident les pays en développement à maîtriser leur croissance démographique et atténuent ainsi, en partie, les effets délétères du changement climatique (Lancet/UCL 2009).
- Satisfaire les besoins en planification familiale est une stratégie essentielle dans la volonté d'autonomiser les femmes afin de leur permettre de faire face aux effets du changement climatique, notamment en contrôlant leur propre fécondité (UNDP 2010).
- Les programmes de planification familiale fondée sur les droits ont largement contribué à la réduction des taux de fécondité dans de nombreux pays ces quarante dernières années, et doivent servir de base à la gestion des problématiques démographiques actuelles.

Source : Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010

Investir dans la planification familiale et répondre aux besoins non satisfaits en la matière est une stratégie essentielle dans la volonté d'autonomiser les femmes afin de leur permettre de faire face aux effets du changement climatique, notamment en contrôlant leur propre fécondité (UNDP 2010).

## 3. STRATÉGIES À METTRE EN ŒUVRE

### 3.1 Accroître les stocks et améliorer les services

Le succès des programmes et des politiques de planification familiale repose sur une chaîne d'approvisionnement solide, qui garantit aux usagers un choix de méthodes contraceptives :

- en quantités suffisantes
- disponibles où et quand ils en ont besoin
- abordables, à la fois au niveau du produit lui-même mais aussi en prenant en compte le coût du transport, la perte de revenu et le coût global des services de santé.

Il est également indispensable que les contraceptifs soient stockés et acheminés de manière à ce que leur qualité et leur efficacité soient garanties (European Commission 2007).

L'éventail adéquat de produits de contraception varie selon les pays, mais comprend habituellement : des préservatifs masculins et féminins, des contraceptifs oraux, des dispositifs intra-utérins (DIU), des injectables, des implants et des contraceptifs d'urgence. Dans de nombreux pays en développement, les femmes n'ont pas accès à cet éventail de méthodes (RHSC 2009).

Les pénuries de contraceptifs sont monnaie courante dans les pays en développement. Elles sont imputables à des difficultés d'anticipation, à une gestion logistique et à des systèmes d'approvisionnement inadaptés, ainsi qu'au manque de financements dû à l'absence de ligne budgétaire nationale et à la dépendance vis-à-vis des bailleurs étrangers. En outre, les contraceptifs (et le budget, l'équipement et le matériel nécessaire à leur diffusion) ne sont pas toujours inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels (OMS 2010). Les contraceptifs figurent pourtant sur la liste OMS des médicaments essentiels, et l'organisation recommande aux gouvernements de rendre la

contraception, y compris la contraception d'urgence, accessible et abordable pour tous.<sup>1</sup>

Une coopération plus étroite entre les différents bailleurs de la planification familiale permettrait d'améliorer l'approvisionnement en produits de base et de limiter les pénuries, voire de mettre en place des systèmes d'évaluation de la demande et de suivi de l'acheminement. De plus, des plans de financement créatifs tels que le marketing social, les systèmes de franchise ou d'autres partenariats public-privé ont très bien fonctionné, avec des produits sûrs, des tarifs indexés aux moyens des clients et des conseils à la clientèle sur la qualité des produits (OMS 2010).

#### En bref : ce que peuvent faire les gouvernements et les bailleurs pour tirer parti des bénéfices de la planification familiale :

- Engager davantage de volonté politique
- Créer des lignes budgétaires spécifiques à la santé reproductive
- Garantir des prix des contraceptifs abordables
- Accroître les stocks
- Garantir la présence de cliniques locales adaptées
- Instaurer une éducation sexuelle exhaustive et pratique dans les écoles
- Soutenir les campagnes nationales, comme la semaine de la planification familiale
- Travailler auprès des leaders religieux et communautaires afin de faire accepter la planification familiale comme priorité sociale et sanitaire
- Intégrer la planification familiale à d'autres services et actions, qu'ils concernent ou non la santé

#### Témoignage : les besoins en produits

"Faire tourner des programmes de santé sexuelle et reproductive sans contraceptifs et sans les autres produits de base, c'est comme essayer d'éradiquer la variole sans vaccins : simplement impossible."

— Steven Sinding, ancien directeur général  
de l'International Planned Parenthood Federation, 2003

### 3.2 Davantage d'information, d'éducation et de communication

Dans les années 80, la raison principale invoquée par les femmes pour justifier le non recours à la contraception était le manque d'information et de connaissances. Ce n'est désormais plus le cas, ce qui prouve que les programmes de planification familiale ont eu une influence non négligeable en termes de sensibilisation (Sedgh, Hussain et al. 2007; Guttmacher/IPPF 2010). Le problème n'a cependant pas disparu et le niveau d'information varie selon les régions. De nos jours, la principale raison invoquée pour l'absence de contraception est la non régularité des rapports sexuels. La seconde, invoquée par 19 à 36% des femmes mariées dont les besoins ne sont pas satisfaits dans les pays en développement, sont les effets secondaires perçus ou réels associés à la contraception moderne. Ces réserves se sont largement répandues depuis les années 80, ce qui peut être dû à trois facteurs : des femmes exposées aux effets secondaires sans posséder l'information nécessaire pour les gérer, un manque de choix dans les méthodes

qui contraignent les femmes à utiliser des contraceptifs inadaptés à leurs besoins ou à leur état de santé, ou encore simplement des informations erronées (Guttmacher/IPPF 2010).

Si l'on souhaite répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception, il est essentiel d'étendre la diffusion de l'information relative à la planification familiale auprès des femmes, des hommes, des jeunes et des professionnels de santé. Mettre en place des programmes de planification familiale exhaustifs et basés sur des faits concrets est une stratégie indispensable pour rétablir les vérités à propos de la contraception et faire en sorte que les femmes puissent faire face aux éventuels effets secondaires de la méthode contraceptive qu'elles ont choisie. Cela va de pair avec la mise à disposition d'un éventail de méthodes qui permettra aux femmes et à leurs médecins de prendre des décisions éclairées et adaptées à la santé, aux besoins et aux désirs des femmes.

### 3.3 Renforcer l'engagement politique

Les responsables politiques ignorent souvent que la planification familiale est un levier important de réduction de la pauvreté et de développement. En conséquence, les ressources allouées à la planification familiale par

les systèmes de santé sont insuffisantes et les responsables politiques ne donnent pas les orientations et les moyens politiques nécessaires à la mise en place des programmes (RHSC 2009).

<sup>1</sup> Les bénéfices sociaux et sanitaires de l'accès universel à des contraceptifs abordables sont reflétés dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels, qui recense les besoins basiques de tout système de santé. Les contraceptifs figurent sur la liste principale, ce qui signifie que l'OMS les considère comme un élément indispensable de tout système sanitaire de base, élément qui devrait être accessible et abordable pour tous.

Dans de nombreux pays, le budget alloué à la santé reproductive et à la planification familiale est anecdotique. Il arrive même que les services de planification familiale ne soient pas compris dans le plan national d'assurance maladie, contraignant les femmes à payer de leur poche

### 3.4 Promouvoir l'égalité des sexes

Le manque d'engagement politique en matière de planification familiale peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment par l'inégalité des sexes et le statut de la femme. Ces deux facteurs ne font que renforcer le désintérêt pour les droits et la santé sexuelle et reproductive des femmes. L'inégalité peut également être d'origine culturelle ou religieuse. Des études montrent par exemple que l'opposition religieuse à la contraception est l'un des obstacles les plus conséquents à l'engagement politique en faveur de la planification familiale, tant au niveau national qu'international

le suivi prénatal et l'accouchement (PPAG 2009). La nécessité d'un renforcement de la volonté politique, de la part des gouvernements bénéficiaires comme des organismes bailleurs, n'a jamais été aussi criante (UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).

(IPPF 2008 ; UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009). Le manque d'implication des hommes et la promotion des stéréotypes de genre traditionnels à l'échelle de l'individu et de la société constituent des freins importants à l'égalité des sexes. Il faut que des mesures soient prises afin d'améliorer la condition des femmes et de faire d'elles des priorités des politiques et des budgets de la santé. Il faut par ailleurs mettre en place des services de contraception et de planification familiale qui soient également destinés aux hommes (OMS 2010).

### 3.5 Témoignages :

#### Qualité des produits de contraception

« Je crois qu'il est indispensable de donner aux gens davantage de choix en termes de planification familiale. Cela implique des financements bien plus conséquents, des points de distributions et un contrôle de la qualité des produits contraceptifs. Les gens ne se fient pas aux génériques, même pour les préservatifs. Ils pensent que leur qualité est inférieure à celle des produits de marque. »

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

« Les jeunes philippins accordent beaucoup d'importance à la marque et s'attachent en général à une marque spécifique de pilule ou autre produit. Il est donc important de garantir non seulement l'approvisionnement en contraceptifs, mais aussi une constance dans les marques proposées »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse, Association du planning familial des Philippines

#### Partenariat avec les gouvernements

« Soutenir le gouvernement de manière stratégique dans l'élaboration de sa politique permettra de généraliser les services et les structures de santé reproductive. Je pense que, sur le long terme, nous faisons davantage de différence en participant à leurs côtés au développement de stratégies et de mesures, en élaborant des orientations, qu'en descendant dans la rue. Cela ne veut pas dire que ce ne soit pas une stratégie importante, mais ce n'est pas à nous de le faire. »

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

« Parfois l'approche la plus efficace est celle de la "première dame". Le gouvernement joue le rôle de mari et Président, et nous, première dame, rendons les choses plus abordables, allons au-delà des chiffres, mettons des visages sur des situations. Nous ne sommes pas seulement des avocats qui condamnent, nous sommes aussi des partenaires, qui apportent des solutions. »

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

#### Garantir des services adaptés à la jeunesse

« Les jeunes clients nous disent souvent à quel point ils apprécient qu'il existe un service destiné aux jeunes. Dans les zones où l'Église catholique est très influente, comme les petits villages, les jeunes sont très contents qu'il existe un service pour eux. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse, Association du planning familial des Philippines

« Les foyers pour jeunes ne sont pas forcément les meilleures structures où proposer des services aux jeunes car le personnel et les infrastructures coûtent cher. Nous préférons former nos professionnels de santé à l'accueil de la jeunesse. Nous avons même modifié la façade et le nom de certaines cliniques pour que les jeunes soient plus à l'aise. En voyant « planning familial », ils auraient peut-être hésité, étant peut-être célibataires et ne souhaitant pas encore avoir de famille, bien que sexuellement actifs. Ces cliniques mettent également des jeux à disposition, ce qui les rend plus attractives. Outre ce modèle de service destiné aux jeunes, on peut citer le système d'éducation par les pairs, ou le simple fait qu'un(e) pair motive son ami, ou amie, à se rendre à la clinique. Des projets-pilotes de ce type existent et l'on assiste à une augmentation du nombre de services proposés, ainsi qu'à une recrudescence du nombre de patients. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse, Association du planning familial des Philippines

#### S'inspirer des solutions trouvées par les communautés

« Il nous faut adopter, dans la promotion de la planification familiale, une approche plus positive, plus responsabilisante. Il en est d'ailleurs de même pour de nombreuses autres problématiques de développement concernant l'égalité et le genre. Des initiatives très positives sont prises dans de nombreuses communautés, et nous devrions nous en inspirer. Dans une zone du nord-est de la Zambie par exemple, le chef de la communauté a déclaré que tout mari dont la femme n'accoucherait pas à l'hôpital se verrait contraint de payer une amende. La mortalité maternelle a depuis lors fortement chuté et le nombre d'accouchements médicalisés a augmenté. Et pourtant, ce chef est bien un homme ! Cet exemple montre qu'il est important de trouver des porte-drapeaux motivés, et de les encourager. »

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

« Certaines des communautés avec lesquelles nous avons travaillé font preuve d'une grande volonté et de beaucoup d'initiative dans leur participation aux programmes de planification familiale. Par exemple, le chef d'une des communautés a proposé de transformer un logement trois pièces en clinique. Ils se sont fait aider pour terminer le bâtiment, puis ont demandé au gouvernement de quoi payer du personnel au moins un jour par semaine. Toute la communauté, y compris les hommes, a compris la nécessité d'une structure de santé reproductive et a soutenu le projet ».

– Nana Amma Oforiwa Sam, Chargé de plaidoyer, Association du planning familial du Ghana

## 4. DONNÉES, STATISTIQUES ET TÉMOIGNAGES À COPIER-COLLER

### 4.1 Témoignages : les causes de la non-satisfaction des besoins

#### La planification familiale n'a pas été une priorité des gouvernements

« Au Mexique, la croissance démographique avait ralenti, mais cette tendance n'est plus d'actualité. Le dernier recensement dépasse les projections d'environ 5 millions d'individus. D'après les spécialistes, cette situation est due au manque d'efforts consentis par le gouvernement dans la promotion de la planification familiale ».

– Esperanza Delgado, Directrice de l'information et de l'évaluation, MEXFAM

« Nous sommes une économie émergente, mais cela ne veut pas dire que nous puissions ralentir nos efforts en matière de planification familiale. La planification familiale doit être une priorité, et doit être fondée sur le choix et non sur la contrainte. Les efforts faits par le planning familial au Mexique répondaient à une demande légitime des femmes du pays, et ont largement contribué au ralentissement de la croissance démographique. Cependant, de nombreuses femmes ont toujours plus d'enfants qu'elles n'en souhaitaient en raison d'un manque d'accès aux produits de contraception. »

– Esperanza Delgado, Directrice de l'information et de l'évaluation, MEXFAM

#### Le manque d'information

« Les questions de santé sexuelle et reproductive sont partout, en tant que docteur j'en rencontre tous les jours. Ce qui m'a choqué, c'est l'état de stress de ces filles, qui viennent nous voir avec tellement de questions, et si peu de réponses. »

– Dr. Moses Muwonge, M.D, consultant en logistique de la santé, Ouganda

« L'éducation sexuelle n'est pas au programme. UNFPA a bien tenté de l'introduire aux Philippines, mais les évêques catholiques s'y sont opposés. L'ancien Ministre de l'éducation était favorable à l'intégration de l'éducation sexuelle aux programmes scolaires, mais, à la suite d'un changement de gouvernement, elle a été interdite. D'après un récent sondage, la plupart des jeunes manquent d'information : ils croient par exemple que l'on peut guérir du VIH. La seule éducation sexuelle disponible dans les écoles est purement anatomique, les sujets tels que le VIH/sida n'y sont pas abordés. L'accès à une éducation sexuelle adaptée à l'âge du public ferait beaucoup dans la réduction du nombre de grossesses non désirées, mais permettrait également d'aborder la prévention du VIH et de sensibiliser sur les violences de genre. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse, Association du planning familial des Philippines

« Les prestataires publics rechignent à mentionner et à proposer autre chose que les pilules orales. L'année dernière, ils ont commencé à proposer la contraception d'urgence, mais ils ne semblent pas être suffisamment informés sur son utilisation. »

– Sarita Barpanda, Conseillère Programmes Pays, Interact Worldwide, Inde

#### Le manque de choix dans les méthodes contraceptives

« Il est essentiel d'avoir le choix de sa méthode contraceptive. Certains maris ne tolérant pas certaines méthodes, leurs femmes préféreront les injectables. D'autres femmes, qui ne peuvent pas se rendre à la clinique tous les trois mois, opteront pour un implant. »

– Nana Amma Oforiwa Sam, Chargé de plaidoyer, Association du planning familial du Ghana

« Une jeune fille est venue me voir. Son expérience sexuelle avait été satisfaisante, mais le préservatif s'était rompu et elle ne savait pas si elle était enceinte. Les tests de grossesse ne sont parfois pas fiables, surtout si tôt. Cette jeune fille avait besoin d'une contraception d'urgence. »

– Dr. Moses Muwonge, M.D, consultant en logistique de la santé, Ouganda

« Souvent, les réserves nationales de médicaments ne proposent pas de choix aux professionnels du secteur public. Il existe un fournisseur spécifique au secteur privé, mais il est confessionnel, ce qui limite le choix. »

– Dr. Moses Muwonge, M.D, consultant en logistique de la santé, Ouganda

« Le choix de la méthode est très, très important. Une jeune femme dont l'activité sexuelle n'est pas régulière peut se passer de la pilule. Il peut arriver qu'elle ait recours à la contraception d'urgence, mais sa vie reprendra son cours. Une mère de huit enfants qui souhaite limiter sa fécondité aura besoin d'une autre méthode. Les femmes ont des besoins différents. Certains ont des origines médicales, comme l'intolérance à certaines pilules. D'autres souhaitent simplement limiter les naissances, vous ne pouvez pas leur dire de prendre la pilule pendant trois ans. Nous devons aider les femmes à faire le bon choix. Certaines diront « donnez-moi la pilule », d'autres voudront une méthode sur plus long terme. Les femmes qui tolèrent mal les injectables auront besoin d'une autre méthode. Celles qui ne peuvent pas utiliser de méthodes hormonales auront besoin de la pose d'un DIU. Nous, médecins, ne pouvons pas prétendre qu'il n'existe aucune autre méthode. Nous devons savoir que les femmes réagissent de manière différente aux divers contraceptifs. On ne leur rend véritablement service qu'en leur donnant le choix. »

– Dr. Moses Muwonge, M.D, consultant en logistique de la santé, Ouganda

#### L'accès limité aux produits et aux services

« En Zambie, les gens veulent des contraceptifs mais n'y ont pas accès, en particulier dans les zones rurales. La pilule reste la méthode la plus facile à obtenir. Certaines femmes parviennent à obtenir des implants, mais uniquement dans les hôpitaux de niveaux 2 et 3 (habilités à pratiquer des actes chirurgicaux légers). »

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

« En 2010, le premier jour du tournage d'un documentaire consacré à la planification familiale au sud du district ghanéen de Kwahu, nous sommes arrivés dans un village, et les gens nous ont tout de suite dit "Oh, Maintenant on a des gens à qui parler de ça, alors qu'on ne peut en parler avec personne d'autre". Pour cette communauté, notre organisation était le seul fournisseur de services de planification familiale, le seul interlocuteur à être allé jusqu'à elle. En raison de problèmes d'organisation, notamment logistique, du système de santé, le gouvernement ne peut en effet pas s'occuper de toute la population, c'est pourquoi nous essayons de « boucher les trous ». Pendant cinq ans, suite à des problèmes de financement de notre organisation, certaines de ces communautés ont été privées de services, de clinique, et les gens étaient contraints de parcourir de longues distances pour accéder aux soins de santé reproductive. »

– Nana Amma Oforiwaa Sam, Chargé de plaidoyer,  
Association du planning familial du Ghana

« Nous avons essentiellement travaillé auprès des jeunes, et il est clairement apparu qu'ils n'ont tout simplement pas accès à la contraception. Ils ne bénéficient même pas d'une information adaptée à propos de la santé reproductive. Nous avons monté des projets destinés aux jeunes dans trois Etats, avec pour objectif de répondre aux besoins en contraception. Il a été très difficile de les orienter vers des services, parce qu'au niveau communautaire, la planification familiale et la contraception ne sont pas des priorités. Toutes ces personnes ont uniquement accès à la pilule. Non seulement il n'y a pas de préservatifs, mais les professionnels ne sont pas en mesure d'informer correctement les jeunes sur leur utilisation. Créer une demande que l'on n'est pas en mesure de satisfaire est un véritable cercle vicieux. »

– Sarita Barpanda, Conseillère Programmes Pays,  
Interact Worldwide, Inde

« Pour de nombreuses personnes, l'accès aux transports est un problème. Les véhicules commerciaux ne prennent la route que les jours de marché. Comment être sûr que ce jour-là, vous aurez les moyens d'acheter les services ou les produits dont vous avez besoin? Le coût n'est donc pas seulement relative au produit : il inclut le transport ».

Nana Amma Oforiwaa Sam, Chargé de plaidoyer,  
Association du planning familial du Ghana

« Dans la ville où j'ai grandi, nous avions une clinique publique de planification familiale, située dans le bâtiment de l'hôtel de ville. Elle était donc totalement inaccessible pour les jeunes, qui ne fréquentaient absolument pas l'endroit ! Pour moi, une clinique destinée aux jeunes doit être accessible. Peut-être dans une école, ou dans un centre commercial, mais pas dans une mairie ! »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse, Association du planning  
familial des Philippines

## Les restrictions légales

« L'avortement étant illégal, il est impossible de se faire avorter dans un établissement de santé, mais si vous arrivez en saignant, les médecins termineront l'avortement. De très nombreuses jeunes filles font appel à des médecins non qualifiés ou tentent de décrocher l'embryon par n'importe quel moyen avant de voir un vrai médecin. Certaines saignent plus que d'autres, ce qui cause des décès liés à l'avortement à risque. Certains médecins percent au hasard n'importe quelle partie du col de l'utérus, ce qui peut causer de graves hémorragies. La plupart des femmes que j'ai vues arriver après un avortement à risque étaient jeunes, entre 18 et 25 ans. »

Dr. Moses Muwonge, M.D,  
consultant en logistique de la santé, Ouganda

## Pour de nombreux usagers, les contraceptifs sont trop chers

« Aux Philippines, les produits de base de santé reproductive, tels que les contraceptifs, ne sont pas gratuits, même dans les cliniques publiques. Certains gouvernements locaux les mettent à disposition pour une somme peu élevée, mais les jeunes n'ont que peu de revenus et dépendent de leurs parents jusqu'à environ 24 ans. Ils ne peuvent donc pas acheter de contraceptifs. Par ailleurs, aux Philippines, le sexe avant le mariage est un tabou. Il est donc inconcevable de demander de l'argent à ses parents pour acheter des contraceptifs. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse,  
Association du planning familial des Philippines

## 4.2 Données et statistiques : pourquoi investir en faveur de la planification familiale ?

- Un dollar investi dans la planification familiale, ce sont 4 dollars qui ne seront pas dépensés dans le traitement de complications liées à des grossesses non désirées (UN Secretary General 2010).
- Si toutes les femmes exposées aux grossesses non désirées utilisaient des contraceptifs modernes, le recul des grossesses non désirées et des avortements à risque réduirait à lui tout seul le coût des soins post-avortement d'environ 140 millions de dollars chaque année (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher 2010).
- 30% à 50% de la croissance économique asiatique entre 1965 et 1990 sont imputables au changement des dynamiques démographiques, lui-même fortement influencé par l'accès à la planification familiale (Secrétariat général des Nations unies 2010; Bloom & Williamson 1998).
- La baisse de la fécondité est responsable de 25 à 40% de la croissance économique des pays en développement (Barot 2008; UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).
- Si les besoins en contraception moderne étaient satisfaits, la mortalité maternelle chuterait de 25 à 35%, soit près de 100 000 décès de moins chaque année (Barot 2008).
- Le taux actuel d'utilisation de contraceptifs modernes permet d'éviter chaque année 188 millions de grossesses non désirées (Guttmacher/IPPF 2010), et incidemment 230 000 décès liés à la grossesse ou autres problèmes de santé (Singh, Darroch et al. 2009).
- Si l'on satisfaisait les besoins, 500 000 enfants de moins seraient privés de leur mère chaque année (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher/IPPF 2010).
- Si les femmes étaient en mesure d'espacer leurs accouchements de 3 ans, les taux de mortalité néonatale et infantile chuteraient respectivement de 24 et 35% (Barot 2008).
- Si un intervalle d'au moins deux ans entre une naissance et la grossesse suivante était systématiquement maintenu, le nombre des décès d'enfants de moins de cinq ans diminuerait de 13% ; avec un intervalle de trois ans, la diminution atteindrait 25% (Rutstein 2008).
- À mesure que la contraception se généralise, le taux d'avortement recule. Le taux actuel d'utilisation de contraceptifs modernes éviterait environ 112 millions d'avortements par an (Guttmacher/IPPF 2010).

## 4.3 Données et statistiques : progrès et revers dans la réponse aux besoins non satisfaits

- Entre 1965 et 2005, le taux d'utilisation de contraceptifs dans les pays en développement (à l'exception de la Chine) est passé de moins de 10% à plus de 50% (Speidel, Sinding et al. 2009).
- Entre 1965 et 2005, le nombre d'usagers de contraceptifs est passé d'environ 30 millions à 430 millions. Le nombre moyen d'enfants par femme est, lui, passé de plus de 6 à un peu plus de 3 (Speidel, Sinding et al. 2009).
- En 2007, environ 60% des femmes mariées en âge de procréer avaient recours à un moyen de contraception (UN-DESA 2011).
- Le taux de besoins non satisfaits en planification familiale est resté modéré à élevé dans la plupart des régions depuis 2000 (UN 2011).
- Ces dix dernières années, la part de l'aide destinée à la santé consacrée à la planification familiale a diminué dans pratiquement tous les pays (UN 2011).
- En Afrique subsaharienne, les besoins non satisfaits n'ont que peu diminué ces dix dernières années. Dans certains pays, ils ont même augmenté (Guttmacher/IPPF 2010; UN 2011).
- Des données recueillies dans 22 pays montrent que les besoins en contraception des adolescentes sont beaucoup moins satisfaits que ceux des femmes âgées de 15 à 49 ans. Cette disparité perdure, ce qui prouve que les progrès accomplis dans la prise en charge des adolescentes sont minces (UN 2011).

### 4.3.1 Témoignages : progrès et revers dans la réponse aux besoins non satisfaits

#### De nombreuses régions sont toujours privées de services complets

« En 2007, le gouvernement a déclaré l'état d'urgence pour la santé maternelle. Cela a permis aux femmes enceintes inscrites au plan national d'assurance maladie de bénéficier de consultations prénatales et d'un accouchement gratuits. C'était là une initiative louable, mais le gouvernement doit également venir en aide aux femmes qui ne sont pas enceintes en leur fournissant des services de contraception et de planification familiale gratuits. Pour améliorer la santé maternelle, il faut mettre en œuvre une série complète de mesures, et notamment intégrer la planification familiale au système national d'assurance maladie. »

--Nana Amma Oforiwa Sam, Chargé de plaidoyer, Association du planning familial du Ghana

« En Inde, le programme phare en matière de santé, le "National Rural Health Programme" est consacré à la planification familiale et à la santé maternelle et reproductive. La planification familiale est cependant laissée de côté. L'essentiel des efforts se concentrent sur la santé maternelle, et les gens ne font pas encore le lien entre santé maternelle et planification familiale. »

-- Sarita Barpanda, Conseillère Programmes Pays, Interact Worldwide, Inde

« Au Ghana, où environ 45% de la population a moins de 18 ans, le système national d'assurance maladie prend en charge les soins pour les mineurs. Les plus de 18 ans, eux, doivent travailler pour payer leurs soins. C'est donc un bon début, mais le gouvernement doit poursuivre ses efforts. »

-- Nana Amma Oforiwa Sam, Chargé de plaidoyer, Association du planning familial du Ghana

« La conférence du Caire était extraordinaire. Pour la première fois, on parlait des droits et d'une approche holistique de la santé reproductive. Cependant, si l'on observe les courbes de fécondité de nombreux pays, on se rend compte que nous n'atteignons pas les objectifs que nous nous étions fixés. »

-- Esperanza Delgado, Directrice de l'information et de l'évaluation, MEXFAM

### Les hommes sont exclus de la planification familiale

« Avant, on distribuait des préservatifs, mais à présent nous ne sommes plus approvisionnés régulièrement. Dans le documentaire que nous avons réalisé dans le district du sud-Kwahu, au Ghana, un des agents de santé communautaires nous a dit : « les jeunes viennent nous voir au milieu de la nuit, on n'a pas de préservatifs, et là c'est mauvais signe. Ils disent « tant pis, on va le faire *sacora* (littéralement « tête chauve » ou « tête sans chapeau »), c'est-à-dire sans préservatif. Dans ce cas précis, ce serait plutôt « pénis sans chapeau ! ». Tout le monde rit de l'anecdote, mais la situation est trop fréquente. Nous devons également intégrer les hommes dans la stratégie de réponse aux besoins non satisfaits. »

– Nana Amma Oforiwaa Sam, Chargé de plaidoyer,  
Association du planning familial du Ghana

### Les pénuries sont fréquentes

« Dans un hôpital du nord de l'Ouganda, nous avons vécu plusieurs pénuries de contraceptifs : plus de préservatifs, plus d'injectables (les plus utilisés), plus d'implants. Nous n'avions plus que des pilules, les patientes n'avaient plus le choix de la méthode. Si une femme qui utilise des injectables vient nous voir alors que nous n'avons plus que des pilules, cette femme repartira sans protection. Les pilules sont souvent considérées comme une méthode pratique, mais au Ghana, ça n'est pas toujours le cas. Si le mari n'est pas au courant, se cacher tous les jours pour prendre sa pilule est plus difficile que de marcher jusqu'à la clinique une fois tous les trois mois pour y recevoir une injection. »

Dr. Moses Muwonge, M.D,  
consultant en logistique de la santé, Ouganda

« En 1995-1996, je travaillais en zone de combat et nous étions en pénurie de contraceptifs. Les femmes venaient le soir et repartaient chez elles le matin, la plupart des familles préférant dormir dans les rues de la ville, plus sûre que leurs villages... Les femmes étaient en demande de planification familiale et nous ne pouvions pas la leur procurer. La pénurie concernait, certes, tout le pays, mais d'autres médicaments étaient acheminés malgré le conflit »

Dr. Moses Muwonge, M.D,  
consultant en logistique de la santé, Ouganda

« Nous avons parlé avec un médecin responsable des programmes de santé reproductive dans la troisième plus grande province du Mexique. Elle était très inquiète, sa province n'a pas les réserves de contraceptifs suffisantes pour faire face à la demande. Nous avons fait des recherches et découvert que bien que cette province reçoive des fonds spécifiquement destinés à l'achat de contraceptifs, les fonds n'étaient jamais arrivés jusqu'au bureau de ce médecin. Après des recherches plus poussées, il est clairement apparu que la loi fédérale imposant l'intégrité et la transparence des budgets n'était pas appliquée au niveau des provinces. Par conséquent, les documents avancés par le Ministère de la Santé montrent que des fonds sont bien investis en faveur de la planification familiale, et que l'opération est un succès. La vérité éclate lorsqu'on se rend dans les provinces, où les stocks de contraceptifs, ainsi que les fonds pour les acheter, sont insuffisants.

Bien qu'au niveau fédéral le Ministère de la Santé investisse des fonds en faveur de la planification familiale, cet argent est géré, au niveau des provinces, par le Ministère des Finances. Une fois les fonds transférés aux provinces, ce sont les gouverneurs qui décident de leur distribution. Ils peuvent décider que la planification familiale n'est pas une priorité. MEXFAM tente de faire changer les choses ».

– Esperanza Delgado, Directrice de l'information et de l'évaluation,  
MEXFAM

« On a assisté à des pénuries de contraceptifs. Comme il existe un poste budgétaire spécifique à la planification familiale, nous sommes allés voir le gouvernement central à la recherche d'une explication. Ils nous ont répondu qu'ils n'en n'avaient pas. Au Mexique, la décentralisation du système implique que les 32 provinces doivent s'aligner sur le modèle édicté par le gouvernement central. C'est pourtant loin d'être le cas en matière de budget. »

– Esperanza Delgado, Directrice de l'information et de l'évaluation,  
MEXFAM

### Les contraceptifs sont chers, pour de nombreux usagers comme pour les organisations

L'association du planning familial des Philippines gère 25 cliniques qui proposent toutes à la fois des contraceptifs et des services de conseil. Nous faisons pourtant appel aux dons pour nos produits de base pour compenser les coûts. En effet, si les contraceptifs que nous recevons d'IPPF sont gratuits, nous devons payer environ 12% de taxes à l'arrivée des chargements aux Philippines. Nous pourrions être exemptés de ces taxes par décret, mais tel n'est pas le cas. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse,  
Association du planning familial des Philippines

« Nous avons parlé du prix des contraceptifs avec les gens, qui préfèrent bien évidemment qu'ils soient gratuits. Cependant, les gens ne font pas confiance à ce que le gouvernement distribue gratuitement. Par exemple, lors d'une séance de questions-réponses avec des adolescents consacrée aux mythes et aux idées reçues, il est ressorti que les préservatifs fournis par le gouvernement se rompent souvent, car stockés dans de mauvaises conditions ou tout simplement périmés. Ceci, entre autres, explique pourquoi, même lorsque le gouvernement fournit des produits et des services, la population a tendance à s'en méfier. C'est pourquoi les gens continuent à dépendre des fournisseurs privés, et notamment des pharmacies où l'accès y est facile. Le choix est cependant toujours limité. »

– Sarita Barpanda, Conseillère Programmes Pays,  
Interact Worldwide, Inde

### Les gens sont sensibilisés à la planification familiale mais n'ont pas accès aux services et aux produits dont ils ont besoin

« Je crois à la planification familiale. Je crois à tous les bénéfices que la planification familiale peut apporter aux niveaux individuel, communautaire et politique. Le fait qu'un pays connaisse une croissance économique ne veut pas dire qu'il n'ait plus besoin de financements ou de programmes de planification familiale. C'est la forme qui doit changer, mais le fond du problème demeure. »

– Esperanza Delgado, Directrice de l'information et de l'évaluation,  
MEXFAM

« Moi qui ai travaillé dans les communautés, avec des hommes et des femmes, séparément ou en couples, j'ai toujours rencontré très peu de résistance et beaucoup de curiosité. Je ne conteste pas les statistiques qui rapportent que 96% de la population sait ce qu'est la planification familiale. Les gens connaissent la pilule et les autres méthodes. Il peut y avoir des malentendus, mais le problème majeur reste qu'ils n'ont pas accès à cette planification familiale. »

– Holo Hochanda, délégation zambienne, commission sur la  
population et le développement, BroadReach Healthcare, Zambie

« Grâce au travail des organisations de la société civile (OSC) et aux médias comme la radio, l'information sur la planification familiale est quasiment universelle. La portée de leur message est cependant plus faible que l'impact de l'existence de structures de santé publique ou de planification familiale. Toute personne qui vit à moins de 20 km d'un village est sensibilisée à la planification familiale grâce aux réunions d'informations organisées par les OSC. La vraie question, c'est plutôt « une fois que j'ai acquis les connaissances, où puis-je accéder aux services? » Et encore, cela vaut uniquement pour le service public. Dans les régions plus reculées, les structures de soins sont souvent confessionnelles. Les organisations catholiques, par exemple s'enfoncent souvent plus loin, dans les villages plus isolés, mais elles ne fournissent pas de contraceptifs. Elles mentionnent la planification familiale et les méthodes naturelles, et annoncent que si les gens souhaitent des méthodes modernes, elles n'en fournissent pas. Il y a inadéquation entre le degré d'information et l'accès concret aux services. Nous devons mettre en place des méthodes alternatives pour donner aux femmes non seulement l'information, mais aussi l'accès. »

– Dr. Moses Muwonge, M.D, consultant en logistique de la santé,  
Ouganda

« La plupart des structures et des projets de marketing social font de la sensibilisation. Environ une fois par an et par région. Celui qui passe à côté rate une opportunité. Mais pour moi, il y a une inadéquation entre le message délivré et les services réellement proposés. »

– Dr. Moses Muwonge, M.D, consultant en logistique de la santé,  
Ouganda

« Une organisation a lancé un modèle de centres pour jeunes basé sur la franchise sociale et l'a vendu aux gouvernements locaux, dont au moins dix l'ont adopté. Ces centres proposent de l'information et du conseil, mais pas de produits contraceptifs. Les gens doivent se les procurer en pharmacie ou dans des cliniques privées. Il y a un manque de logique flagrant. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse, Association du planning familial des Philippines

« Il est ressorti des discussions de groupe que nous avons organisées dans l'un de nos projets qu'il existait une forte demande pour la contraception d'urgence, mais que les professionnels n'étaient pas formés à sa distribution. Encore une fois, les écarts entre l'information, l'offre et la demande sont un réel problème dans plusieurs provinces de l'Inde. »

– Sarita Barpanda, Conseillère Programmes Pays,  
Interact Worldwide, Inde

### **Les populations vulnérables ont elles aussi besoin de services**

« Au début des années 2000, le Ministère de la Santé et de la Population a lancé un programme qui impliquait la mise en place, dans chaque ville, d'un centre pour jeunes géré par les autorités locales. Ça n'a pas duré : en deux ans, tous les centres avaient disparu. La plupart des centres actuels sont gérés par des organisations de santé reproductive, et non par le gouvernement. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse,  
Association du planning familial des Philippines

« L'une de nos cliniques propose des services aux jeunes travailleuses du sexe venues s'installer à proximité d'une base militaire américaine. Elles étaient ravies de l'installation de la Clinique : elles n'ont plus à se rendre à la prochaine ville pour obtenir un frottis, des contraceptifs ou d'autres services de base. Beaucoup de ces jeunes femmes ne sont pas natives de la région et se retrouvent isolées de leur famille. »

– Bryant Gonzales, Coordinateur Jeunesse,  
Association du planning familial des Philippines

« Nous avons travaillé aussi bien dans les campagnes que dans les bidonvilles urbains, et les problèmes sont les mêmes. La seule différence c'est qu'en ville, les gens qui ont de l'argent peuvent plus facilement accéder à l'information et aux services. Dans les campagnes, cela reste impossible, il n'y a pas d'accès. »

– Sarita Barpanda, Conseillère Programmes Pays,  
Interact Worldwide, Inde

« Au Mexique, lorsqu'un parti de droite, qui n'était pas opposé à la planification familiale mais ne la soutenait pas ouvertement est arrivé au pouvoir, les campagnes médiatiques de masse en faveur de la planification familiale ont été stoppées. Or ces campagnes étaient primordiales pour les adolescents, qui sont, sans surprises, les premiers à souffrir de besoins non satisfaits en planification familiale.

Le gouvernement central a décrété qu'une gamme complète de méthodes contraceptives devait être mise à la disposition de tous les citoyens mexicains. Cela inscrit sur la liste nationale des médicaments essentiels et exigé par la loi. Dans les provinces, cependant, la distribution de contraceptifs dépend des opinions et des valeurs de grands décideurs tels que le ministre local de la Santé ou le gouverneur. S'ils décident que les contraceptifs ne doivent pas être délivrés aux adolescents, ou que l'éducation sexuelle ne doit pas figurer dans les programmes scolaires, alors les adolescents n'auront pas accès à ces services. Cette dépendance vis-à-vis des autorités de chaque province entraîne une non-satisfaction des besoins et les conséquences qui y sont associées, telles que des grossesses non désirées.

« Nous menons un plaidoyer national pour que les contraceptifs soient considérés comme des médicaments stratégiques et soient achetés par le gouvernement central. Il est important que les ONG continuent à demander des comptes à nos gouvernements locaux, provinciaux et central, sans relâche et à tous les niveaux. »

Esperanza Delgado, Directrice de l'information et de l'évaluation,  
MEXFAM

## 4.4 Données et statistiques : projections

- Si les taux de contraception de par le monde restent stables, la population mondiale pourrait atteindre 11,9 milliards en 2050. Un scénario qui pourrait empirer à cause du manque d'investissement en faveur de la planification familiale (Speidel, Sinding et al. 2009).
- Les scénarios les plus prudents estiment eux la population à 7,8 milliards en 2050 (contre 7 milliards aujourd'hui). Ces projections prennent en compte une croissance du taux de contraception plus élevée qu'elle ne l'est actuellement. Le scénario médian, le plus probable, fait état de 9,7 milliards en 2050. Cette projection implique
- elle aussi une hausse substantielle du nombre d'utilisateurs de la contraception dans les pays en développement (Speidel, Sinding et al. 2009).
- 1,5 milliards d'adolescents atteignent actuellement la maturité sexuelle et reproductive (IPPF 2008 ; UN 2009).
- Le nombre de femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) augmentera de près d'un tiers dans les dix prochaines années (Ross and Stover 2009).
- Entre 2008 et 2015, le nombre d'utilisateurs de la planification familiale passera de 645 à 709 millions, soit une projection de croissance de 106 millions (RHSC).

## 4.5 Données et statistiques : les conventions internationales relatives à la planification familiale

- En 1994, 179 gouvernements signent le Programme d'Action de la Conférence internationale pour la population et le développement (CIPD). Ils s'engagent ainsi à garantir l'accès universel à tous les produits et services de santé reproductive et de planification familiale à l'horizon 2015.
- En 2000, 189 chefs d'États adoptent la déclaration du Millénaire des Nations unies et déterminent huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD) qui finissent par intégrer un objectif d'accès universel à la santé reproductive à l'horizon 2015. Le suivi repose sur des indicateurs tels que le taux d'utilisation de la contraception et les besoins non satisfaits en planification familiale, ce qui confirme que l'accès à la contraception est un élément essentiel qui entérine le fait que l'accès aux contraceptifs est un élément essentiel de l'accès universel.
- On déplore chaque année, dans les pays en développement, environ 356 000 décès liés à des grossesses (OMS 2010). Si la mortalité maternelle a reculé d'un tiers entre 1990 et 2008, les chiffres restent élevés et la réduction de la mortalité maternelle (OMD 5) est l'objectif de développement qui a le moins progressé (Barot 2008).
- L'initiative de Muskoka pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est un projet de financement annoncé en marge du G8 en 2010. Par cette initiative, les nations membres s'engagent à **investir collectivement 5 milliards de dollars supplémentaires entre 2010 et 2015** afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD 4 et 5 dans les pays en développement.

## 5. FAQ

**Q Je pensais que les programmes de planification familiale mis en place depuis trente ans fonctionnaient bien. En quoi cela a-t-il changé ?**

**R** Les programmes de planification familiale mis en place depuis 1965 ont été un véritable succès : le taux d'utilisation de contraceptifs dans les pays en développement (à l'exception de la Chine) est passé de moins de 10% à environ 60% (Speidel, Sinding et al. 2009; UN-DESA 2011), et le nombre d'enfants par femme a chuté de plus de 6 à un peu plus de 3 (Speidel, Sinding et al. 2009).

Mais ces dix dernières années, la part de l'aide allouée à la santé consacrée à la planification familiale a diminué dans la quasi-totalité des pays bénéficiaires (ONU 2011). Sur cette même période, en Afrique subsaharienne notamment, les besoins non satisfaits en planification familiale ont stagné, voire même augmenté (Guttmacher/IPPF 2010; ONU 2011).

Sans financements constants, en dépit des progrès accomplis, nous courons le risque de perdre le terrain gagné.

**Q Pourquoi devrions-nous continuer à investir dans la planification familiale ?**

**R** On estime qu'actuellement, dans les pays en développement, 40% des grossesses ne sont pas souhaitées (Singh, Wulf et al. 2009). De plus, les adolescents représentent aujourd'hui la plus large cohorte de jeunes de l'histoire : à mesure qu'ils deviennent sexuellement actifs, la nécessité d'investir en faveur de la planification familiale devient plus criante.

Les raisons du recul de l'investissement sont nombreuses. La restriction par le gouvernement américain des financements alloués à la santé reproductive sous la présidence Bush (cf la « Mexico City Policy ou « Global Gag Rule »), par exemple, a engendré dans de nombreux pays un affaiblissement des services de planification familiale en partie responsable de l'augmentation des besoins non satisfaits (Lancet/UCL 2009).

De plus, la réduction des financements en provenance des pays bailleurs pourrait être due à l'idée erronée selon laquelle la planification familiale reçoit déjà tous les financements nécessaires. Si la ligne budgétaire "population" a bien connu une hausse importante des financements, l'essentiel de ceux-ci a été alloué au poste "VIH/sida" (Lancet/UCL 2009) et peu de fonds ont été consacrés à la santé reproductive et à planification familiale. Les pays bailleurs et les gouvernements des pays en développement doivent investir davantage dans des programmes complets de santé reproductive intégrant à la fois la planification familiale et les programmes VIH/sida.

**Q Quelles est la différence entre les méthodes traditionnelles et la contraception moderne ?**

**R** La contraception moderne rassemble toutes les méthodes contraceptives médicales ou pharmaceutiques destinées aux hommes comme aux femmes, et dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée. Les méthodes modernes comprennent la stérilisation, les dispositifs intra-utérins, les méthodes hormonales, les préservatifs masculins et féminins et les méthodes dites « de barrière » telles que les diaphragmes ou les capes cervicales. Les méthodes modernes se distinguent des méthodes traditionnelles par leur

efficacité accrue. Les méthodes traditionnelles sont celles du rythme biologique, du retrait, de l'abstinence ou encore de l'aménorrhée due à la lactation (infécondité due à l'absence de règles pendant l'allaitement).

**Q Pourquoi certaines femmes n'ont-elles pas recours à la contraception moderne ?**

**R** Des études ont mis en évidence trois raisons principales. En premier lieu, certaines femmes, soit parce qu'elles n'ont pas d'activité sexuelle régulière, soit parce qu'elles allaitent, pensent qu'elles ont un risque faible de tomber enceintes. Ensuite, il arrive que les femmes n'aient pas accès à l'information et/ou aux services de contraception parce qu'elles sont mal informées, parce que les contraceptifs sont trop chers, ou encore parce qu'elles ne peuvent pas se rendre dans les cliniques où les contraceptifs sont distribués. Enfin, certaines femmes refusent la contraception en raison de leurs convictions culturelles ou religieuses ou de celles de leur famille ou de leur partenaire. Ce dernier motif est cependant moins fréquent (Sedgh, Hussain et al. 2007).

À un niveau politique plus large, on peut associer le défaut d'accès aux produits et aux services de planification familiale à la diminution de l'engagement politique et des financements observée ces dernières décennies.

**Q Nous nous consacrons à la réduction de la pauvreté et au développement économique, pas aux problématiques de santé. En quoi la planification familiale nous concerne-t-elle ?**

**R** Il est démontré que la planification familiale contribue à la croissance du PIB et que l'utilisation de contraceptifs modernes est associée à une croissance du PNB par habitant (OMS 2010). Les pays où la fécondité et la croissance démographique ont baissé ont également connu une augmentation de leur productivité, fait davantage d'économies et investi de manière plus efficace (UNFPA 2002). En outre, 30% à 50% de la croissance économique asiatique entre 1965 et 1990 sont imputables au changement des dynamiques démographiques, lui-même fortement influencé par l'accès à la planification familiale (Bloom and Williamson 1998). Enfin, 25 à 40% de la croissance économique des pays en développement seraient directement liés à la réduction de la fertilité (Barot 2008; UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).

**Q Les gouvernements cherchent à limiter les dépenses. Pourquoi devraient-ils investir de précieux fonds en faveur de la planification familiale ?**

**R** La planification familiale est l'un des investissements les plus rentables qu'un gouvernement puisse réaliser. Pour chaque dollar dépensé, on en économise quatre. La généralisation des services de planification familiale engendre bien sûr des coûts, mais ils sont absorbés, et de loin, par les économies ainsi réalisées.

Si l'on satisfaisait l'ensemble des besoins en services de contraception modernes dans les pays en développement, le coût global de ces services augmenterait de 3,6 milliards de dollars par an. Cela réduirait cependant le coût des services de santé maternelle et néonatale de 5,1 milliards de dollars et le coût des soins post-avortement d'environ 140 millions de dollars chaque année.

**Q En quoi est-il important de proposer un choix de méthodes? Nous avons déjà la pilule et le préservatif, cela ne suffit-il pas ?**

**R** Les gens sont différents, ils n'ont pas tous les mêmes besoins. Certaines femmes réagissent mal à un type de contraceptif (pilule, implant). Quant aux femmes qui ont recours à la contraception à l'insu de leur mari, elles ont besoin d'une méthode discrète et préféreront se rendre à la clinique pour une injection tous les trois mois plutôt que de devoir prendre la pilule tous les jours.

Le besoin de contraception varie également en fonction des périodes de la vie. Certaines femmes, notamment les plus âgées, ne souhaitent plus avoir d'enfants et auront recours à une contraception longue-durée, voire permanente. Les besoins sont différents lorsqu'il s'agit de femmes jeunes qui souhaitent avoir des enfants par la suite.

**Q J'ai bien compris que la génération de jeunes la plus importante de l'histoire arrive en âge de procréer et d'être sexuellement active. Les jeunes ne peuvent-ils pas se procurer des contraceptifs de la même manière que les adultes ?**

**R** Dans certaines régions, des restrictions culturelles, sociales ou religieuses empêchent les jeunes d'accéder à la planification familiale. Dans d'autres, même s'il n'existe pas de restrictions légales ou communautaires, les services ne sont pas adaptés aux jeunes. La plupart des programmes actuels de planification familiale sont conçus pour répondre aux besoins des femmes mariées, et non à ceux des jeunes. De plus, les services sont souvent situés à des endroits inaccessibles aux jeunes, ou ouverts à des horaires qui ne leur sont pas adaptés. Enfin, lorsque les services de planification familiale sont payants, ce qui est le cas dans la plupart des pays, les jeunes n'ont tout simplement pas les moyens de se procurer des contraceptifs.

Il faut également noter que dans de nombreuses régions du globe, les connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, et notamment de contraception, sont limitées. Cela souligne la nécessité d'agir pour que chaque génération ait accès à l'éducation sexuelle et puisse ainsi faire des choix éclairés dans leur vie sexuelle et reproductive.

**Q Pour atténuer le changement climatique, ne devrions-nous pas ralentir la croissance démographique dans les pays en développement ?**

**R** Les principales responsables du changement climatique sont les émissions de gaz à effet de serre dans les pays plus développés. Bien qu'ils n'y contribuent que très peu, les pays en développement en sont cependant les premières victimes (Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010). De nombreux gouvernements de pays en développement ont identifié la croissance démographique rapide comme un frein à leur adaptation au changement climatique (Bryant, Carver et al. 2009). Cependant, les politiques coercitives de "contrôle des naissances" mises en place dans les années 60 et 70, en plus de bafouer les droits de millions d'êtres humains, se sont avérés complètement inefficaces.

En revanche, des programmes de planification familiale volontaire et fondée sur les droits peuvent aider les pays en développement à juguler leur croissance démographique et donc à atténuer, du moins en partie, les effets du changement

climatique (Lancet/UCL 2009). L'investissement dans la planification familiale doit s'inscrire dans une politique globale comprenant entre autres des investissements dans la sécurité alimentaire, l'approvisionnement en eau potable, la construction, la reforestation et d'autres stratégies (Lancet/UCL 2009).

**Q La planification familiale ne représente qu'un aspect du droit des femmes. Ne devrions-nous pas œuvrer à l'amélioration globale de l'égalité des sexes, à travers par exemple des programmes spécifiques de microcrédit ou d'éducation ?**

**R** Pour une femme, la capacité de contrôler sa fécondité est une condition essentielle à son autonomie et à sa liberté. Elle constitue également un droit humain fondamental. La capacité à prendre des décisions concernant les grossesses et le recours à la contraception est, en outre, un indicateur clé de l'autonomisation des femmes au sein du foyer (Grown, Gupta et al. 2003).

Satisfaire les besoins des femmes en contraception leur permet d'acquérir davantage d'autonomie sur le plan personnel, social, politique et financier (Center for Reproductive Rights/UNFPA 2010), tout en agissant sur d'autres leviers des droits des femmes. Le recours à la contraception moderne améliore par exemple l'accès à l'éducation des femmes et des jeunes filles, notamment en réduisant le nombre de jeunes filles contraintes de quitter l'école suite à une grossesse (Barot 2008). Par ailleurs, les femmes qui utilisent un moyen de contraception ont plus de chances d'être actives et productives dans le monde du travail, donc d'améliorer leurs revenus et de mieux subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille (FHI; OMS 2010).

**Q Concrètement, que peut-on faire ?**

**R** Les bailleurs et les gouvernements doivent mettre en place des lignes budgétaires spécifiques à la santé reproductive et à la planification familiale ou clarifier les lignes existantes du budget « population ». Cela va de paire avec un renforcement de la volonté politique et des mesures reconnaissant l'importance de la planification familiale dans le développement économique et humain.

Les politiques et les budgets alloués doivent avoir pour objectif de fournir aux populations l'éventail complet des méthodes de contraception modernes, selon un mode de distribution efficace, et accompagné d'information et de conseils précis concernant leur utilisation et effets secondaires potentiels. Ces contraceptifs doivent également être disponibles gratuitement ou à bas prix, dans des lieux faciles d'accès, y compris pour les jeunes. Les efforts entrepris pour renforcer les systèmes de santé doivent inclure une composante planification familiale.

Nous devons mettre en œuvre des programmes concrets de sensibilisation à la contraception moderne et aux risques liés à la grossesse pour les femmes et les adolescentes. Nous devons également éduquer les hommes, leur apprendre à promouvoir une attitude positive vis-à-vis de la contraception.

## 6. ARGUMENTS-EXPRESS ET STRATÉGIES DE COMMUNICATION

Cette section contient des suggestions qui vous aideront à élaborer des messages ou des stratégies concis dans votre dialogue avec des parties prenantes telles que des décideurs politiques, des bailleurs ou des journalistes, ou dans vos courriels, sur vos sites internet et dans vos autres publications.

### 6.1 Exercice de brainstorming pour l'élaboration d'arguments-express

**Objectif :** Écrivez trois ou quatre points-clés ou un court paragraphe sur un sujet unique. Le texte doit idéalement tenir sur une fiche Bristol, facile à transporter aux réunions et autres événements ou à garder près du téléphone ou de l'ordinateur si besoin.

#### Thèmes possibles :

- Qu'est-ce que les besoins non satisfaits en planification familiale ?
- Pourquoi la planification familiale doit-elle être une priorité pour les gouvernements/ les bailleurs ?
- Les programmes de planification familiale n'ont-ils pas fonctionné ? Pourquoi continuer à investir ?
- Investir dans la planification familiale : quels bénéfices pour l'économie ?
- Investir dans la planification familiale : quels bénéfices pour la santé ?
- Quel est le rapport entre la planification familiale, le changement climatique et l'environnement ?
- Comment la planification familiale offre-t-elle aux femmes plus d'opportunités et les aide-t-elles à améliorer l'égalité des sexes ?

**Matériel requis :** tableau de conférence (à feuillets), ordinateur portable avec une copie du toolkit et les slides de Power Point, copies des factsheets, fiches.

**Cibler l'interlocuteur :** Avant d'élaborer notre discours, nous devons savoir à qui nous nous adressons. S'agit-il d'un sceptique ou d'un partisan ? Que sait-il/elle de la planification familiale et du besoin de financements ?

Travailler collectivement, pendant 25 minutes, à l'élaboration d'une liste d'interlocuteurs-clés (que vous écrirez sur le tableau). Vous vous concentrerez sur ces interlocuteurs lorsque vous travaillerez en groupes.

**Répartissez-vous en groupes** (en fonction du nombre de participants) : chaque groupe choisit 3 thèmes sur lesquels travailler (chaque thème doit être attribué à au moins un groupe).

Dans votre groupe :

- Ayez un volontaire pour prendre des notes au tableau
- Une ou plusieurs personnes qui écriront le texte final sur les fiches
- Ayez le toolkit, les slides et les factsheets à portée de main, vous pouvez vous en inspirer.

Pour chaque thème :

1. **Choisissez une phrase-clé**, que vous aimeriez que votre interlocuteur retienne de votre entretien. Elle doit être courte et assez simple, pour que vous puissiez vous en souvenir facilement. Par exemple, pour le thème « Investir dans la planification familiale : quels bénéfices pour l'économie? », votre phrase-clé pourrait être :

*Aucun pays ne s'est jamais sorti de la pauvreté en ayant un taux de fécondité élevé, et la planification familiale est un facteur-clé de la réduction de la fécondité.*

Ou encore :

*Chaque dollar dépensé en faveur de la planification familiale permet d'en économiser quatre sur le traitement des complications liées aux grossesses non désirées.*

2. Parcourez le toolkit et trouvez trois ou quatre arguments qui soutiennent votre phrase-clé.

Par exemple, si votre phrase-clé est : **Aucun pays ne s'est jamais sorti de la pauvreté en ayant un taux de fécondité élevé, et la planification familiale est un facteur-clé de la réduction de la fécondité**,

#### vous pouvez utiliser les arguments suivants :

- Plus d'un quart de la croissance économique des pays en développement est imputable à la baisse de la fécondité.
- Au moins un tiers de la croissance économique qu'a connue l'Asie en 1960 et 1990 est associé à des améliorations en matière de santé reproductive et de taux de fécondité.
- La planification familiale a sans conteste été le facteur principal de la réduction mondiale de la fécondité ces quarante dernières années.
- La planification familiale volontaire permet aux gens de trouver un équilibre entre leur désir d'enfant et la nécessité de gagner un revenu et d'investir pour leurs enfants existants.

Il est possible que de nombreux arguments correspondent à votre phrase-clé. La difficulté est de n'en sélectionner que trois ou quatre, qui soient courts, simples et faciles à mémoriser.

Une fois que vous avez choisi vos trois ou quatre arguments, écrivez-les sur une fiche, avec votre phrase-clé. Si c'est trop long, raccourcissez vos arguments. Il faut que le tout tienne sur une fiche.

## 6.2 Exemple d'argument-express

*Pourquoi la planification familiale doit-elle être une priorité pour les gouvernements/ les bailleurs ?*

**Interlocuteurs:** Ministres de la Santé, du Développement

**Phrase-clé:** La mortalité maternelle est un obstacle majeur au développement.

**Arguments:** Nous savons la prévenir. Lorsque les femmes ont accès à la contraception, la mortalité maternelle chute.

**Exemple:** Bangladesh : depuis que les contraceptifs y sont mis à disposition, la mortalité maternelle a chuté de 40%. Colombie : la mortalité maternelle a reculé de 50%.

*Les programmes de planification familiale n'ont-ils pas fonctionné ? Pourquoi continuer à investir ?*

**Interlocuteurs:** Personnes qui possèdent déjà des connaissances sur la PF

**Phrase-clé:** Oui, les programmes ont très bien fonctionné, mais la demande augmente alors même que les budgets s'effondrent.

**Arguments:** Dans les pays en développement, 222 millions de femmes souhaitent éviter les grossesses, mais ne le peuvent pas. La plus large génération de jeunes de l'histoire est à présent en âge de procréer. Et pourtant, les financements alloués à la PF ont diminué. Nous risquons de perdre tout le terrain gagné en termes de mortalité maternelle/ démographie/ saturation des systèmes de santé.

## 6.3 Exemple de stratégie de communication avec les journalistes

**Cible :** journaliste

**Objectif :** le/la convaincre d'assister à un événement et de relayer les besoins insatisfaits dans son média

**Thème :** les besoins non satisfaits en planification familiale

**Commencez par la flatterie :** par exemple, "je trouve votre action en faveur du droit des femmes remarquable".

**Lancez un "hameçon" :** par exemple, "Saviez-vous que plus de 200 millions de femmes ne peuvent toujours pas décider du nombre d'enfants qu'elles auront? C'est plus de la moitié de la population américaine. ».

**But :** Expliquer l'événement ou la publication dont vous aimeriez qu'il/elle parle.

**Arguments :** « Ces femmes n'ont accès ni à l'information, ni aux services de santé, ni aux moyens de contraception, qui sont souvent trop chers. Souvent, elles ne peuvent pas prendre la décision elles-mêmes, et il y a un manque de volonté politique à ce sujet, de la part de nos gouvernements comme de ceux des pays en développement. »

(à étayer à l'aide d'exemples-pays)

**Qu'avez-vous à offrir?** « Nous pouvons vous donner accès à l'événement, vous décrocher des interviews avec des spécialistes reconnus et vous fournir les dernières informations disponibles sur ces sujets ».

## 7. ÉTUDES DE CAS

### Un meilleur accès à la planification familiale

#### Inde

Il est démontré que dans les états d'Inde où sont implantées les agentes sanitaires et sociales certifiées (souvent appelées "ASHA" pour *Accredited Social Health Activists*), la mortalité maternelle a reculé. Dans certains états, il y a une ASHA dans chaque village. Elle dispense l'information et distribue la contraception, participe au suivi de grossesse et aux accouchements et orientent les femmes vers les services publics dont elles peuvent avoir besoin.

Les ASHA apportent leur aide aux travailleuses Anganwadi, qui fournissent une aide nutritionnelle aux jeunes mères et aux enfants de moins de 5 ans, et aux infirmières auxiliaires et aux sages-femmes, qui rendent possibles les accouchements médicaux sans danger.

Dans chaque village, les ASHA sont sélectionnées selon un processus de décision collective entre les associations de femmes et les autorités religieuses. Les ASHA sont souvent des femmes mariées possédant un certain degré d'éducation. On compte environ une ASHA pour 1000 habitants, ce qui représente une charge de travail considérable, d'autant que de nombreuses ASHA sont bénévoles. Dans certains cas, cependant, des honoraires sont versés aux ASHA en fonction du nombre de patients qu'elles orientent vers d'autres services.

Les autorités locales ont largement promu le travail des ASHA et le programme a été étendu aux 18 états les plus défavorisés du pays. L'association Concern Worldwide s'efforce par ailleurs d'introduire des ASHA masculins afin de sensibiliser et d'impliquer davantage les hommes dans la santé reproductive et la planification familiale.

## **Pakistan**

En 1993, le Pakistan a mis en place un programme visant à améliorer l'accès aux services de santé essentiels, et notamment à l'information et aux services de contraception, dans les zones rurales. Les travailleuses sociales de la santé ("Lady Health Workers") sont des femmes issues de la communauté locale qui rendent visite aux femmes et leur fournissent, à domicile, des informations et des produits contraceptifs tels que des préservatifs et des contraceptifs oraux. Elles les orientent également vers des services proposant des méthodes de contraception longue-durée ou permanente. Une évaluation nationale du programme, réalisée en 2001, a montré que, dans les régions rurales où intervenaient les travailleuses sociales de la santé, 20% des femmes avaient recours à la contraception moderne, contre 14% dans les régions rurales où le programme n'était pas mis en place. Ce programme démontre que la distribution de contraceptifs par des personnes issues de la communauté permet de faire tomber les barrières géographiques et culturelles au sein des populations rurales. (Center for Reproductive Rights/UNFPA 2010).

## **Égypte**

En 20 ans (1980-2000), le pourcentage d'Égyptiennes utilisant un moyen de contraception est passé de 24% à 56%. Le nombre moyen d'enfant par est lui passé de 5,3 à 3,5 sur la même période. Un succès essentiellement dû à trois facteurs : la mise en place de programmes efficaces de planification familiale, un engagement politique fort et un soutien financier de la part des bailleurs.

Néanmoins, dans certaines régions rurales, en Haute-Égypte notamment, les programmes de planification familiale ont moins bien fonctionné, en raison des préjugés sur les potentiels effets néfastes de la contraception sur la santé et de l'idée, répandue, selon laquelle la planification familiale est contraire à l'Islam. Un programme pilote mis en place dans le gouvernorat de Minya, où le taux d'utilisation de contraceptifs était le plus faible du pays, s'est efforcé d'encourager la coopération entre les mosquées locales et les femmes médecins dans les cliniques locales. Grâce au programme, la tendance s'est inversée : le taux d'utilisation de contraceptifs est passé de 23% à 48%. Former les responsables religieux locaux et les impliquer dans la réponse aux besoins non satisfaits contribue à faire reculer les idées reçues, la stigmatisation et la méfiance qui entourent la contraception. (USAID).

## **Planification familiale et développement durable**

### **Guinée-Bissau**

En Guinée-Bissau, des associations de femmes ont initié un programme pilote basé sur un partenariat avec le gouvernement et visant à proposer des services de santé reproductive dans les régions où les femmes collectent du sel. Ce programme est une réussite. Les associations de femmes fournissent des services de santé reproductive et de planification familiale, ainsi que des modes de garderie, des conseils en matière de création d'entreprises et des services de micro-financement. Ce programme est un bel exemple de coopération entre les communautés et le gouvernement.

### **Népal**

La World Wildlife Federation (WWF) a mis en place au Népal un projet de préservation de l'environnement. Il a rapidement été clair que le projet ne pouvait pas atteindre ses objectifs sans l'entière participation des femmes de la région concernée. Or, de nombreuses femmes étaient enceintes, souffrantes, anémiées ou présentaient d'autres pathologies relative à la santé reproductive.

WWF a alors lancé un projet-pilote visant à fournir à ces femmes des services de planification familiale. Rapidement, la santé des femmes s'est améliorée et davantage de jeunes ont commencé à utiliser des contraceptifs. Le projet principal de la WWF est désormais une réussite. L'association a fait appel à l'association népalaise du planning familiale et à Väestöliitto (Fédération finlandaise de la Famille) afin de renforcer le pôle "planification familiale" du projet.

## **Des services adaptés aux jeunes**

### **Inde**

Dans plusieurs États du pays, des ONG ont initié un projet-pilote de centres communautaires d'accès à l'information sur les droits et la santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents, et défendent la question des droits à l'échelle communautaire. Ces centres sont spécifiquement adaptés aux adolescents mais accueillent également les jeunes gens vulnérables, les parents et les responsables communautaires et religieux. Ce projet a pour but d'améliorer l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que d'élargir les connaissances, les réflexes et la sensibilisation sur les thèmes associés, tels que le HIV, notamment parmi les adolescents vulnérables.

Il s'agit d'un projet à l'échelle communautaire, mais de gros efforts de promotion sont mis en œuvre afin que le gouvernement l'adopte et en fasse un programme national baptisé « Plans d'action Jeunesse ». Les rencontres avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports, ainsi qu'avec le Secrétariat d'État aux femmes et aux enfants ont abouti. Le gouvernement s'est engagé à élargir le projet à 12 districts du Jharkhand et du Bengale occidental. Cela permettra à plus de 10 millions de jeunes et 3600 prestataires de bénéficier du programme.

De plus, les efforts de plaidoyer en faveur de l'accès des jeunes à des services adaptés ont porté leurs fruits : 67% des jeunes interrogés disent se sentir plus à l'aise qu'avant dans les structures qui proposent des services de santé reproductive.

## Une approche fondée sur les droits

### Paraguay

- En seulement 6 ans, le taux d'utilisation de contraceptifs modernes a augmenté de manière significative, passant de 48% à 61% à l'échelle nationale et de 41% à 55% dans les zones rurales.
- Cette augmentation est particulièrement notable parmi les jeunes filles et les femmes mariées les plus âgées, soit les groupes les plus à risque en termes de morbidité et mortalité maternelle et de grossesses à issue défavorable.

Ces évolutions sont en partie le fruit de l'introduction d'un décret constitutionnel qui garantit à tout individu le droit de décider du nombre et de l'espacement de ses enfants. Cette mesure a été soutenue par un engagement politique fort, avec notamment l'allocation de fonds spécifiquement dédiés aux produits de contraception, et par des partenariats public-privé. Ces efforts, combinés aux dons initiaux des bailleurs, ont permis la généralisation des services de contraception et l'élargissement du choix de méthodes proposé. (USAID/DELIVER 2006).

### Guatemala

En 2005, le Guatemala s'est doté d'une loi garantissant l'accès universel à toutes les méthodes de contraception. Malgré un parcours législatif difficile, la loi est entrée en vigueur en octobre 2009. La "Loi sur l'accès universel et équitable aux services de planification familiale" vise à instaurer l'accès universel à la contraception moderne sur l'ensemble du territoire et comprend des stratégies permettant d'éliminer les obstacles à cet accès. En plus de garantir l'accès à la contraception, la loi inclut des dispositions concernant la prise de décisions libres et informées, une information et un conseil adaptés en matière de contraception, la formation des professionnels concernés et

l'éducation à la sexualité dans le primaire et dans le secondaire. Pour atteindre ces objectifs, la loi mise sur une approche fondée sur les droits humains. Elle vise en particulier les populations les plus vulnérables, notamment les adolescents et les habitants des zones rurales, qui souffrent d'un manque d'accès aux services de santé reproductive. En outre, la loi réclame l'organisation d'enquêtes nationales destinées à recenser les besoins non satisfaits en planification familiale et recommande la mise au point d'outils pour le suivi des stocks de contraceptifs et l'évaluation des progrès dans l'élimination des obstacles à l'accès universel (Center for Reproductive Rights/UNFPA 2010).

### Colombie

Malgré l'opposition de l'Église catholique, le gouvernement colombien a travaillé main dans la main avec la société civile pour soutenir les services de santé reproductive et l'accès à la contraception. Grâce à cette coopération, le taux d'utilisation de contraceptifs chez les femmes mariées est passé de 20% en 1969 à 66% en 1990. Le taux de besoins non satisfaits est lui descendu à 11% et la mortalité maternelle est passée de 240 décès pour 100 000 naissances vivantes à 120 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990.

La nouvelle Constitution adoptée par le pays en 1991 reconnaît la santé en tant que droit inaliénable. Elle a d'ailleurs abouti à des réformes notables, comme l'instauration d'une assurance maladie universelle, qui couvre également la planification familiale. Depuis lors, le taux de besoins non satisfaits est descendu à 6% et le taux d'utilisation de contraceptifs chez les femmes mariées atteint désormais 78%. En 2010, une décision du tribunal constitutionnel du pays a permis d'améliorer encore le remboursement des prestations de planification familiale (Singh, Darroch et al. 2009).

## Les succès de la planification familiale

### Indonésie

Dans les années 60, en Indonésie, le nombre moyen d'enfants par femme était de 6, dont au moins deux mourraient souvent avant même leur entrée à l'école. Pour pallier ce problème, le gouvernement a mis en place, en 1967, un programme de planification familiale mettant l'accent sur la nécessité d'espacer les naissances et encourageant la participation communautaire et la réflexion au sein des couples sur "quand" et le "comment" avoir des enfants. Grâce à ce programme, la perception de la famille-type a changé, et les familles moins nombreuses sont devenues acceptable, voire souhaitables. Les chiffres actuels attestent que les couples ont en moyenne 2,6 enfants et que plus de 60% des couples choisissent d'espacer les naissances, notamment grâce à la contraception (USAID).

### Togo

Au Togo, où seules 9% des femmes en âge de procréer (ou partenaires de femmes en âge de procréer) ont recours à un moyen de contraception moderne, le taux de besoins non satisfaits reste élevé. Une situation aggravée par la diminution des fonds alloués par les bailleurs aux produits de contraception.

Pour améliorer l'accès à la contraception, le Ministère de la Santé, en coopération avec de nombreuses autres parties prenantes dont le Ministère des Finances, a lancé, en février 2004, un programme stratégique de planification. Le Ministère de la Santé a obtenu du Ministère des Finances la création d'un poste budgétaire spécifique pour les produits de contraception. Le Ministère des Finances, qui a en effet reconnu l'ampleur du manque de ressources, a, en attendant, alloué 50 millions de francs CFA (95 000 dollars) au Ministère de la Santé pour l'achat de contraceptifs. La stratégie budgétaire a quant à elle été finalisée en septembre 2005 (RHSC 2009).

## Protéger les droits et la santé des femmes et des jeunes filles

### **Yémen**

Dans certains districts du Yémen, jusqu'à 60% des familles marient leurs filles avant leurs 18 ans. Dans certaines régions, le pourcentage de filles scolarisées n'atteint pas 1%. La Yémeni Women's Union (Union des femmes yéménites) a mis en place un projet qui œuvre à ce que les adolescentes restent scolarisées et célibataires au moins jusqu'à leurs 18 ans. Un travail de plaidoyer est mené afin de faire évoluer les mentalités des familles et des chefs communautaires et religieux sur l'importance d'éduquer les jeunes filles. Pour cela, l'association fait appel à des éducateurs communautaires bénévoles qui font un travail de sensibilisation aux conséquences sociales et sanitaires du mariage des enfants, au moyen de débats, de projections de films, de concours d'écriture, de pièces de théâtre, de lectures de poésie et de cours d'alphabétisation. Parmi les messages véhiculés, on trouve une information sur les risques liés à la grossesse pour les jeunes filles. En faisant reculer l'âge du mariage, le projet vise avant tout à combattre la mortalité maternelle, néonatale et infantile et les pathologies associées telles que la fistule obstétrique, les malformations congénitales, les maladies mentales, la dépression et les violences sexuelles. Le projet a permis de sensibiliser près de 41 000 personnes dans plusieurs districts. On notera que, dans ces districts, le mariage des filles de 10 à 17 est en net recul (USAID 2009).

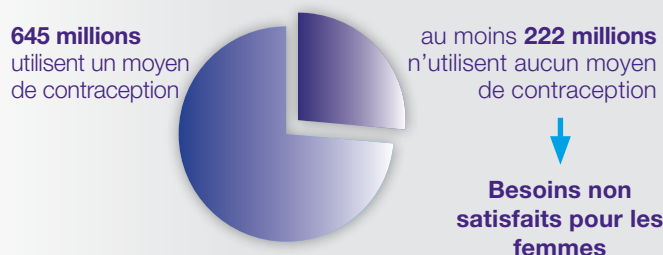
### **Kirghizistan**

Au Kirghizistan, la mortalité materno-infantile est élevée, et le mariage des enfants est monnaie courante. Un rapport publié par les Nations unies en 2004 estimait que 11% des adolescentes de 15 à 19 ans étaient mariées, divorcées ou veuves. Ces pratiques sont en augmentation en raison de la pauvreté, du chômage et de normes culturelles délétères telles que les enlèvements et le mariage forcé des jeunes filles (OCDE, Centre de développement 2007).

Après avoir assisté à un colloque de santé organisé par l'ONUSIDA dans sa région, l'Imam Abinazar a voulu partager ce qu'il y avait appris sur ces thèmes. Il a alors pris contact avec plus de 400 mosquées et organisé des séminaires d'information destinés aux imams et à leurs fidèles sur les questions de santé reproductive, un thème tabou dans le pays, en public comme dans la sphère privée. Ces réunions étaient principalement destinées aux hommes chefs de famille, qui recevaient des informations sur la planification familiale, la nécessité d'espacer les naissances et les risques potentiels liés aux grossesses précoces. Les écoles coraniques ont intégré ces éléments à leurs leçons sur la santé et de nombreuses mosquées organisent toujours des séminaires pour adultes.

## 8. TABLEAUX ET GRAPHIQUES À COPIER-COLLER

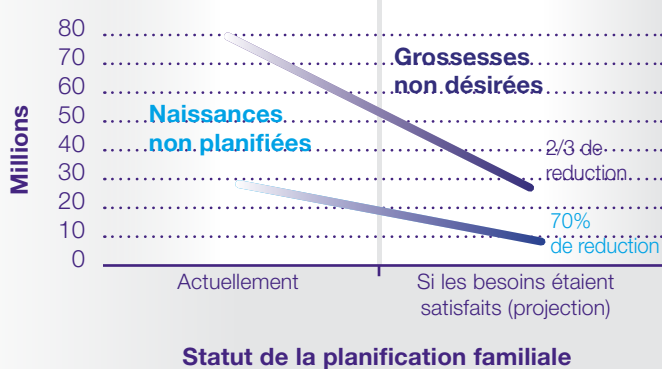
### Les besoins non satisfaits chez les femmes mariées des pays en développement\*



\*La plupart des données disponibles concernent les femmes mariées ou en union libre et ne prennent pas en compte les femmes célibataires et les adolescents. C'est pourquoi il est probable que les chiffres sous-estiment les besoins non satisfaits.

Source: Singh S., J. Darroch, et al. (2012) *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA); RHSC (2009) *Make a Case for Supplies, Leading Voices in Securing Reproductive Health Supplies: An Advocacy Guide and Toolkit*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.

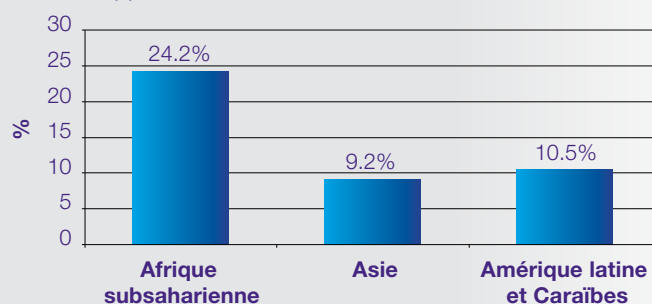
### Grossesses et naissances non-désirées dans les pays en développement



Source: Singh S., J. Darroch, et al. (2012) *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA). [www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf)

### les besoins non satisfaits par région\*

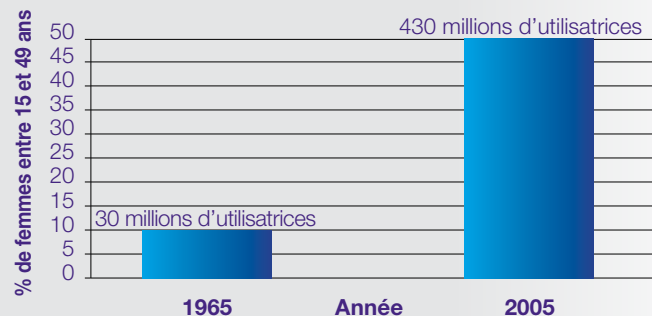
Pourcentage de femmes mariées ou en concubinage dont les besoins en contraception ne sont pas satisfaits dans les régions en développement, 2007



\*La plupart des données disponibles concernent les femmes mariées ou en union libre et ne prennent pas en compte les femmes célibataires et les adolescentes. C'est pourquoi il est probable que les chiffres sous-estiment les besoins non satisfaits. Ainsi, bien que le nombre de femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits soit plus important en Asie, la proportion de ces femmes est plus grande en Afrique subsaharienne, où la contraception est peu répandue.

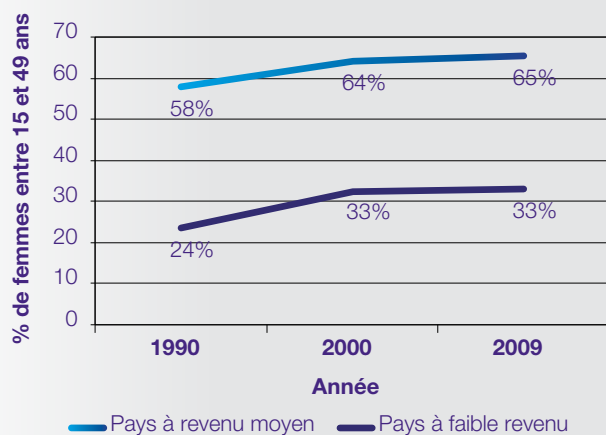
Source : UNFPA 2009

### Taux d'utilisation de contraceptifs dans les régions en développement, 1965-2005



Source : Speidel, J., S. Sinding et al. (2009) *Making the Case for US International Family Planning Assistance*. Baltimore, Maryland : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health.

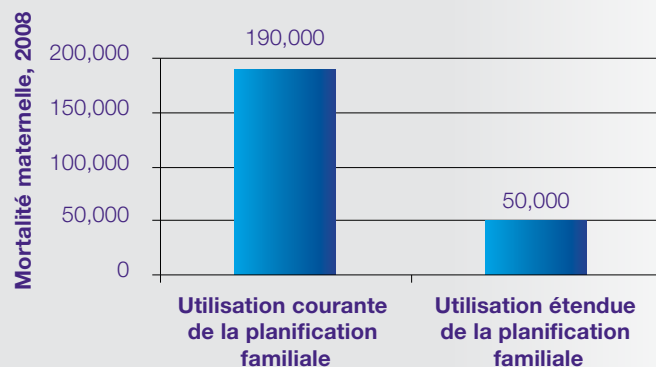
### Évolution du taux d'utilisation de contraceptifs 1990–2009 dans les pays à faible et moyen revenu



Source : Banque mondiale

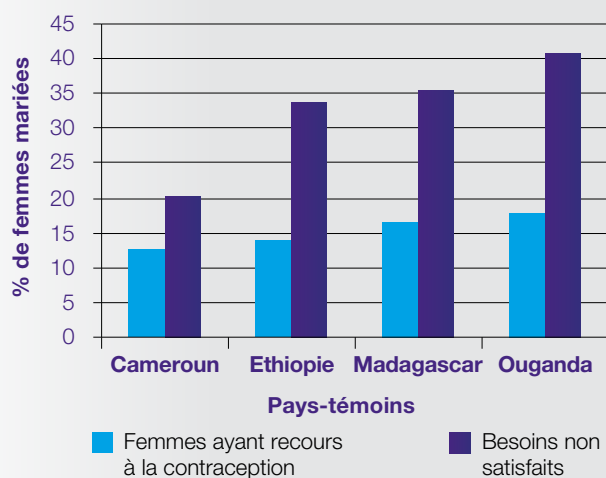
### Mortalité maternelle due aux grossesses non désirées

Nombre de décès de femmes et jeunes filles de 15 à 49 ans liés à des grossesses non planifiées dans les pays en développement.



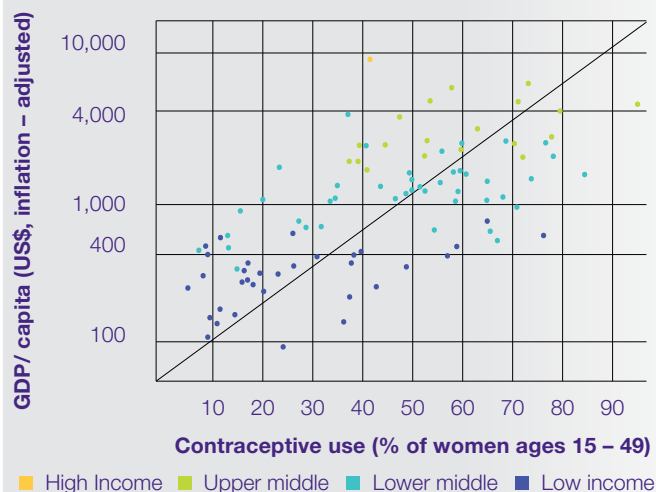
Source : Singh, S., J. Darroch et al. (2009) *Adding it up : The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York : Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.

### Les besoins non satisfaits sont supérieurs au taux d'utilisation de contraceptifs en Afrique subsaharienne



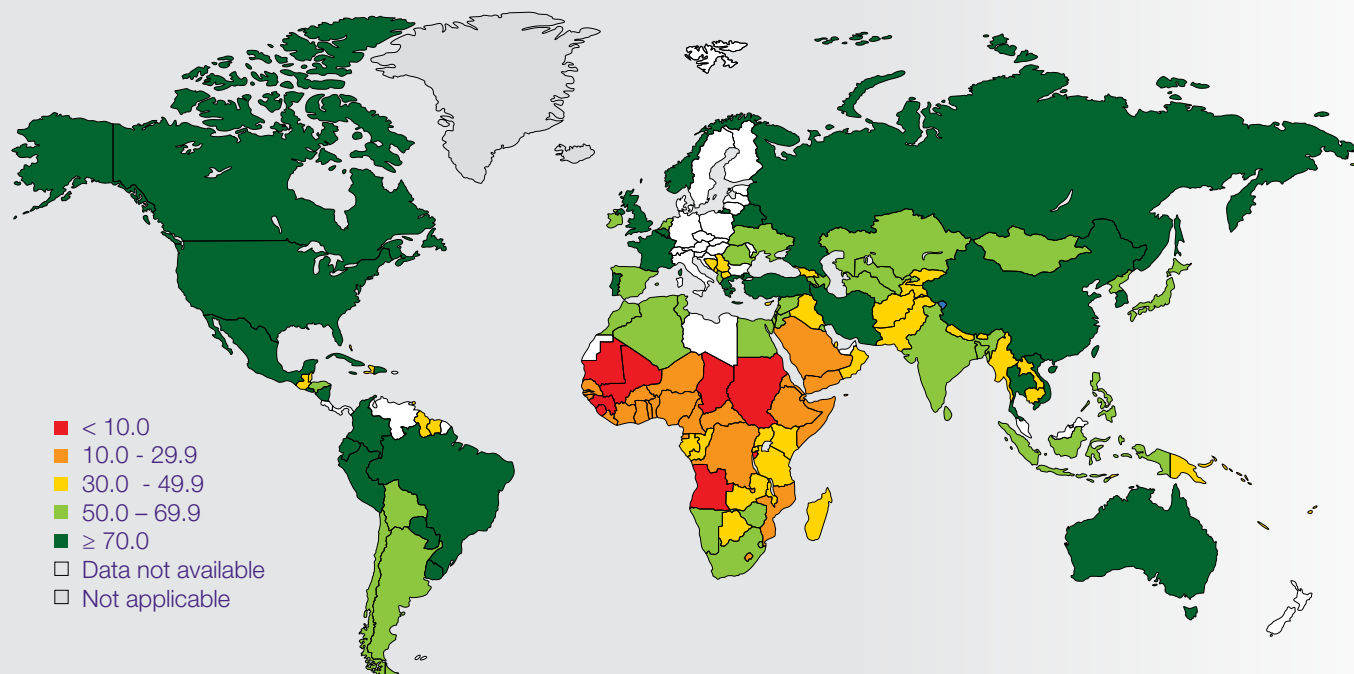
Source : Measure DHS : [www.statcompiler.com](http://www.statcompiler.com).

### PIB et contraception, 2005, sélection de pays



Source : Gapminder.org using World Bank data

## Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes dans le monde (moyenne 2000–2010)



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Public Health Information  
And Geographic Information Systems (GIS)  
World Health Organization



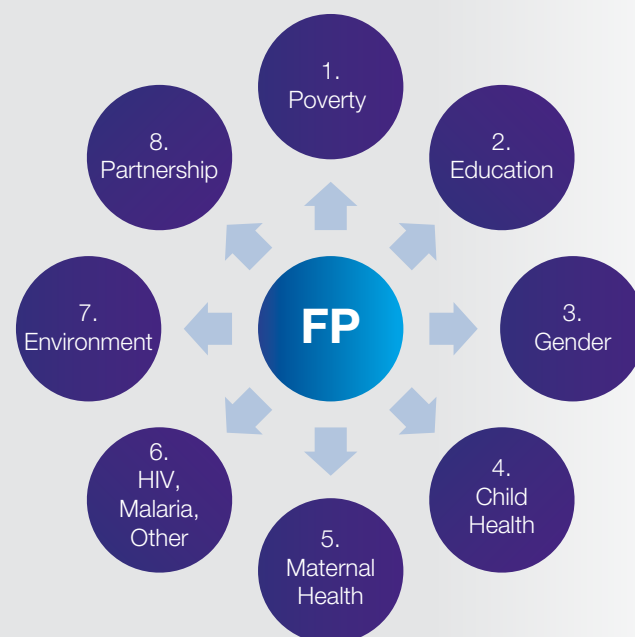
©WHO 2011. All rights reserved.

## Bénéfices de la planification familiale par secteur

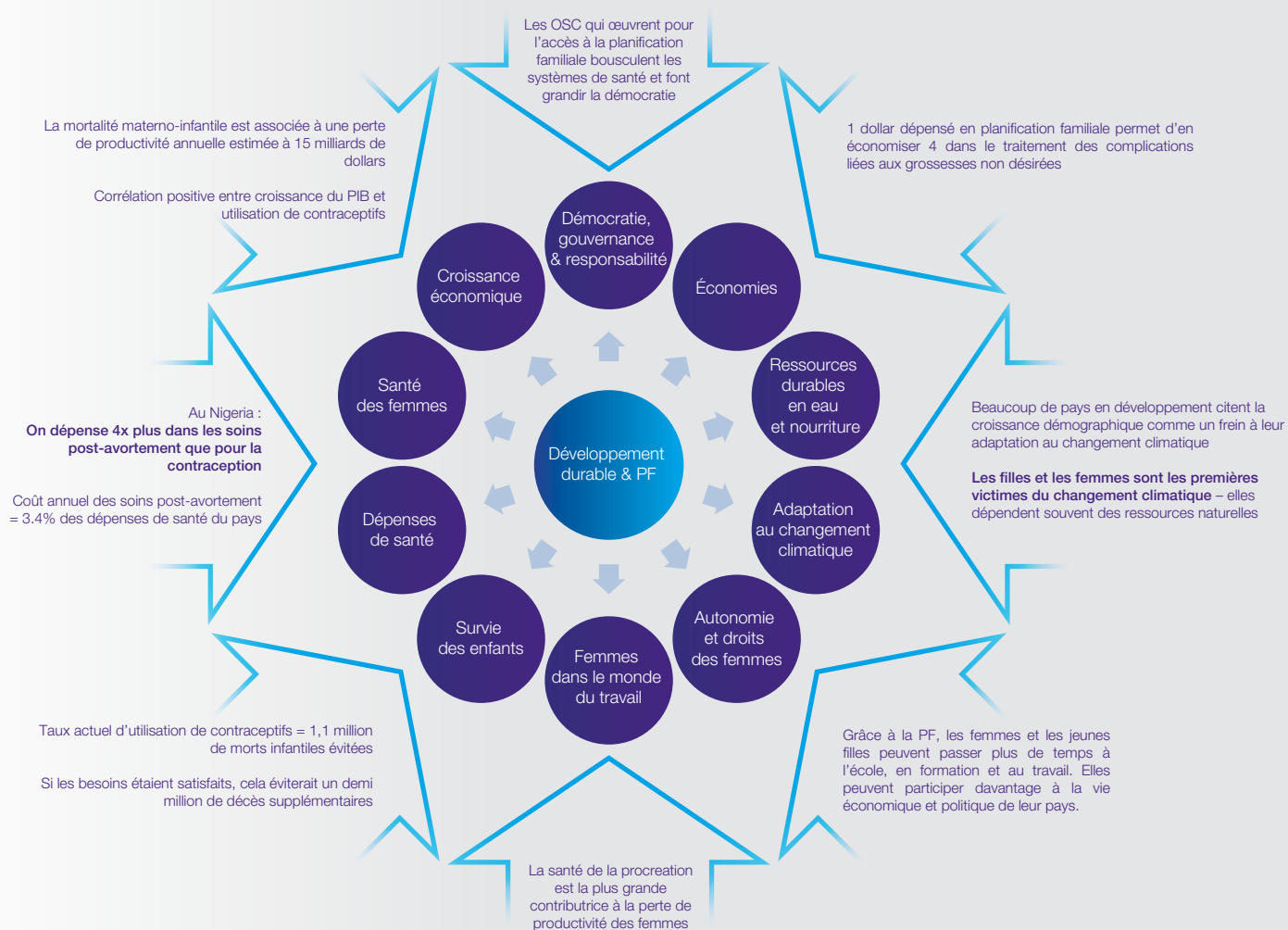
Quelques bénéfices de la planification familiale	
<b>SANTÉ</b>	Morbidité/mortalité materno-infantile plus faible ; moins d'avortements à risque ; recul du VIH
<b>ÉDUCATION</b>	Moins de jeunes filles déscolarisées à la suite d'une grossesse non désirée
<b>ENVIRONNEMENT</b>	Croissance démographique maîtrisée ; meilleure adaptation au changement climatique
<b>ÉCONOMIE</b>	Femmes productives au sein des communautés et des économies nationales ; ménages moins pauvres ; contribution à la croissance économique du pays

Sources : Mackenzie et al. (2010), DFID; Ashford (2003), Population Reference Bureau; OMS (2010); Barot (2008), Guttmacher Institute; RHSC (2009), Reproductive Health Supplies Coalition; Speidel, et al. (2009), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health

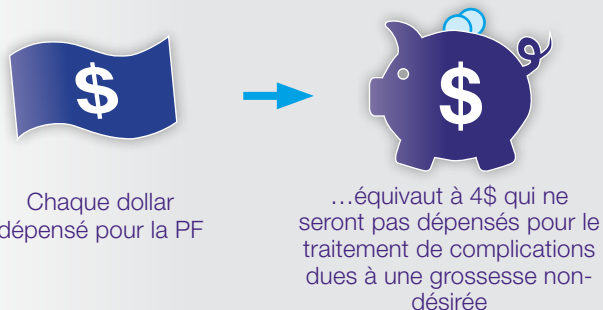
## La planification familiale sous-tend l'ensemble des OMD



## Planification familiale et développement durable



### Un dollar dépensé en PF permet d'en économiser 4

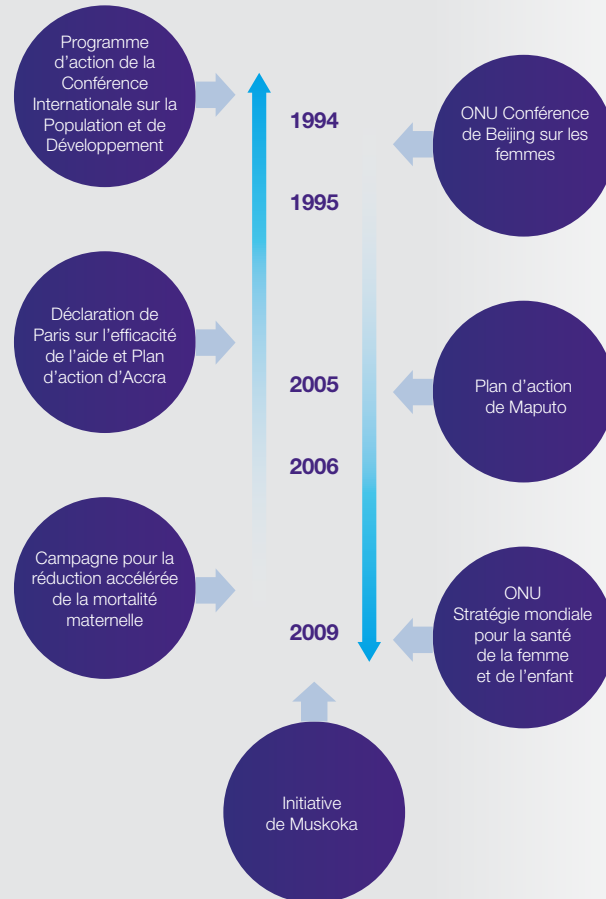


Source : Singh, S., J. Darroch, et al. (2009) *Adding it up : The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York : Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; Speidel, J., S. Sinding, et al. (2009) *Making the Case for US International Family Planning Assistance*. Baltimore, Maryland : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health.

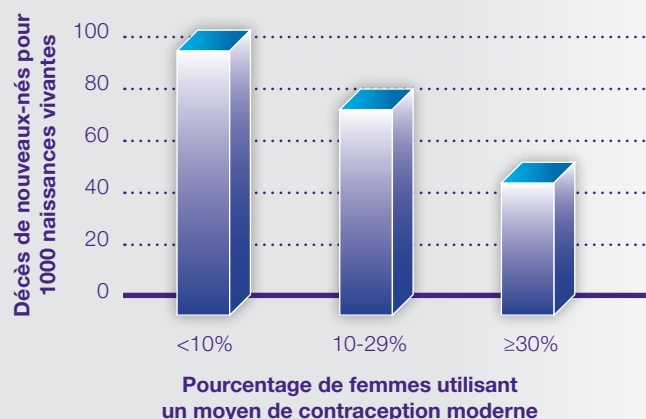
**Tableau : Conventions internationales reconnaissant l'importance de la planification familiale**

Conventions internationales reconnaissant l'importance de la planification familiale, 1994-2010	
<b>1994</b>	Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) Programme d'action
<b>1995</b>	ONU : Conférence mondiale sur les femmes, Beijing
<b>2000</b>	Sommet du Millénaire, Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
<b>2005</b>	Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, Programme d'action d'Accra
<b>2006</b>	Plan d'action de Maputo
<b>2009</b>	Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle (CARMMA)
<b>2010</b>	Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, Initiative de Muskoka

### Chronologie des conventions internationales: Conventions internationales reconnaissant l'importance de la planification familiale, 1994-2010



### Corrélation entre contraception moderne et mortalité infantile (échelle mondiale): Corrélation entre contraception moderne et mortalité infantile



Source : Singh S, Darroch J, Ashford L, Vlassoff M. (2009) *Adding it up : The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York : Guttmacher Institute and United Nations Population Fund. <http://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf>.

### Taux de contraception et probabilité pour les femmes d'avoir un emploi rémunéré (3 pays)

#### Égypte

les femmes qui utilisent un moyen de contraception ont plus de chances de trouver un emploi que celles qui n'en utilisent aucun.

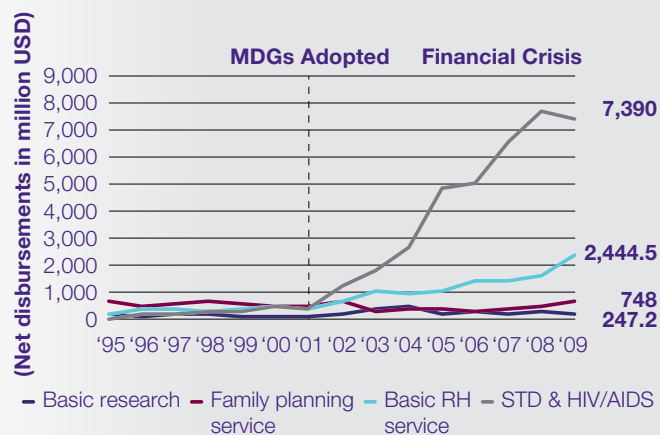


#### Brésil et Indonésie

les femmes qui utilisent des contraceptifs longue durée ou permanents ont plus de chances d'occuper un poste rémunéré

Source : OMS (2010) *Meeting report : Family planning for health and development : actions for change*. Geneva : OMS. [http://www.OMS.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/fp\\_health\\_dvlpt/en/index.html](http://www.OMS.int/reproductivehealth/publications/family_planning/fp_health_dvlpt/en/index.html).

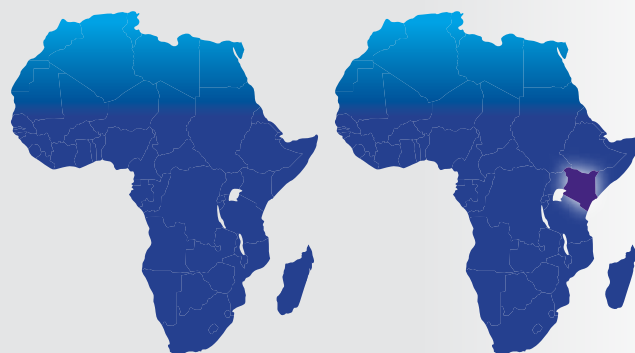
### Les financements ne suivent pas la demande



Includes all donor institutions, including developed country governments, foundations/NGOs and development banks

Source : Pavao A, Ongil M. (2011) *Euromapping 2011 : Mapping European Development Aid & Population Assistance*. Brussels : DSW (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung) & European Parliamentary Forum on Population and Development (EPF) : 28.

### % de jeunes filles qui abandonnent l'école à la suite d'une grossesse non-désirée



Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 8 à 25% des jeunes filles quittent l'école à la suite de grossesses non-désirées.

Au Kenya, 10 000 à 13 000 jeunes filles quittent l'école chaque année en raison d'une grossesse.

Source : The Millennium Project

## 9. OUTILS ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

### Généralités

Advance Family Planning :

- *Outils pour étayer les arguments* – [www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/tools-creating-evidence](http://www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/tools-creating-evidence)
- *Études de cas* – [www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/case-studies](http://www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/case-studies)

DSW (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung) :

*What about reproductive health? Improving the success of development cooperation.* Manuel destiné aux délégations de la Commission européenne afin de mieux comprendre le lien qui unit la santé reproductive aux autres domaines du développement.

[www.euroresources.org/whataboutreproductivehealth.html](http://www.euroresources.org/whataboutreproductivehealth.html)  
(uniquement en anglais)

### Tableaux, graphiques et cartes en ligne

Un certain nombre de sites offrent des données fiables qui peuvent être téléchargées sous Excel ou tout autre tableau. C'est notamment le cas des données les plus récentes de Demographic and Health Surveys (DHS) et de la Banque mondiale.

Une maîtrise des statistiques et des logiciels spécialisés est un atout incontestable. La tâche est également plus aisée en cherchant soit des données mondiales sur un seul indicateur (ex : besoins non satisfaits en contraception), soit des corrélations dans un seul pays (ex corrélation entre PIB/hab et contraception au Zimbabwe).

Sur certains sites (ex : Guttmacher Data Center et Gapminder) vous pouvez créer vos propres graphiques, tableaux ou cartes à partir des données sélectionnées, mais sans logiciel graphique, et sans une bonne maîtrise de leur utilisation, il est difficile d'importer les tableaux réalisés en ligne dans vos propres documents.

Il est possible de contourner cette difficulté en utilisant Gapminder (voir détails plus loin). De plus, si vous avez accès à l'internet durant votre présentation, il vous sera plus facile d'utiliser directement les ressources en ligne plutôt que de copier-coller une carte ou un graphique dans votre PowerPoint.

Voici quelques astuces "maison" pour vous permettre d'utiliser les données et outils collectés sur les sites suivants :

#### MeasureDHS StatCompiler (ONU SIDA) :

<http://www.statcompiler.com/>

Un site facile d'accès qui recense un grand nombre d'indicateurs et contient des options de téléchargement sous Excel, ainsi que de création de graphiques, de tableaux et de cartes faciles à enregistrer sous forme de fichiers graphiques. Pour ceux dont la maîtrise des séries de données et de la création d'objets graphiques serait limitée, ce site est très pratique pour compiler des données dans des tableaux pour un nombre limité de pays. La fonction « map for » vous permet de créer rapidement une carte colorée à l'aide d'indicateurs nationaux ou mondiaux, tels que la taux d'utilisation de contraceptifs et les besoins non

satisfaits (que vous trouverez dans la liste d'indicateurs, sous 'Fertility Preferences').

**Institut Guttmacher** : <http://www.guttmacher.org/idc/index.jsp#>  
Vous permet de télécharger vos données sous Excel et de créer des cartes interactives à partir d'une série d'indicateurs. Les conditions dans lesquelles il est permis de copier-coller ces graphiques dans une présentation ou des documents ne sont pas très claires.

#### La 'World Databank' de la Banque mondiale :

<http://databank.worldbank.org/ddp/homme.do>

Très utile pour télécharger des données sous Excel et créer des tableaux, graphiques ou autres cartes, y compris de données concernant des évolutions (ex : la santé reproductive sur une période donnée). Il est plus facile de créer des graphiques ou des cartes à partir de données nationales (un seul pays ou quelques-uns), mais il est également possible d'utiliser des paramètres plus complexes. Enfin, toutes vos créations peuvent être sauvegardées facilement sous plusieurs formats graphiques et réutilisées en ligne ou dans des documents.

#### Gapminder World : <http://www.gapminder.org/>

Très bon site destiné à rendre les statistiques plus simples à comprendre et à utiliser. Il vous suffit de télécharger un simple outil (Gapminder Desktop) pour y avoir accès même hors connexion, si besoin. La marche à suivre pour copier-coller un graphique depuis ce site n'est pas toujours évidente, mais grâce au Gapminder Desktop, vous y avez accès à tout moment et pouvez l'ouvrir durant votre présentation. Autre solution pour les utilisateurs PC équipés du Microsoft Office Document Image Writer (souvent inclus dans la suite Office) :

- Clic droit sur le graphique ou la carte que vous avez créé.
- Cliquez sur "Imprimer", puis sélectionnez 'Microsoft Office Document Image Writer' dans le menu.
- Cela « imprime » votre graphique dans un fichier sur votre ordinateur, et vous pouvez alors le traiter comme n'importe quelle image (ex : le recadrer à l'aide de Publisher).

## Vidéos

- **Marie Stopes International (MSI)** Clips de la campagne "Make Women Matter" <http://www.makewomenmatter.org/watch>
- **Vidéo du New York Times** (4 minutes) sur les besoins non satisfaits en Haïti (2009) : <http://video.nytimes.com/video/2009/04/04/opinion/1194839118170/saving-lives-with-family-planning.html>
- **Vidéo du Population Reference Bureau (PRB)** (16 minutes) : explique dans quelle mesure la planification familiale contribue à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté à l'échelle familiale, communautaire et nationale ; vise à repositionner la planification familiale dans la liste des priorités politiques en Afrique subsaharienne. <http://www.prb.org/Journalists/Webcasts/2011/family-planning-poverty-reduction.aspx> (le site de PRB laisse entendre qu'une version française sera bientôt disponible)

## Banques d'images

**Planetwire** : images gratuites sur des thèmes relatifs au développement, santé materno-infantile et VIH inclus  
<http://www.planetwire.org/audiovisuals.php>

**Photoshare** : des milliers de photos en rapport avec les thèmes de la santé et du développement, gratuites pour toute utilisation non-commerciale ou éducative  
<http://www.photoshare.org/>

**Photos de la Banque mondiale** : Images disponibles en haute (8"x12" 300dpi) et basse résolution.

**Pour les présentations Powerpoint, les documents en ligne et les sites internet**, vous pouvez utiliser la basse résolution (8"x12" 72dpi). Attention, les images basse-résolution ne sont pas imprimables. Vous les trouverez sur le site Flickr de la Banque mondiale : [www.worldbank.org/flickr](http://www.worldbank.org/flickr)

Pour les utilisateurs PC, faites un clic droit sur l'image et sélectionnez la taille dans le menu pop-up. Vous serez redirigé sur une page d'où vous pourrez télécharger l'image.

**Pour l'impression**, utilisez des images haute-résolution (8"x12", 300dpi). Vous les trouverez dans la photothèque de la Banque mondiale : <http://secure.worldbank.org/photolibrary/servlet/main?pagePK=149932>

## Glossaire

### Taux d'utilisation de la contraception

Proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent ou dont le partenaire sexuel utilise un moyen de contraception à un moment donné.

### Planification familiale

Ensemble des méthodes et des stratégies qui permettent aux individus et aux couples de prévoir et d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent, au moment où ils le souhaitent. On y parvient au moyen de méthodes contraceptives et en traitant l'infertilité involontaire. La capacité d'une femme à espacer et à limiter ses grossesses influence directement sa santé, son bien-être, et le déroulement de chaque grossesse.

### Taux de fécondité

Mesure qui associe le nombre de naissances sur une période donnée au nombre de femmes en âge de procréer (contrairement au taux brut de natalité, qui ramène le nombre de naissance à l'ensemble de la population). Le taux de fécondité rapporte les naissances d'une période donnée (souvent un an) au nombre de femmes âgées de 15 à 44, ou de 15 à 49 ans sur cette même période. Les taux de fécondité par âge rapportent les naissances au nombre de femmes d'un groupe d'âge donné (15-19 ans, 20-24 ans...). Tous ces taux sont généralement exprimés pour 1000 femmes. Le taux de fécondité cumulé additionne les taux par âge pour produire une hypothèse du nombre d'enfants moyen que chaque femme aurait si les mêmes taux s'appliquaient lors de sa grossesse.

### Contraceptifs modernes

Moyens de contraception médicaux ou médicamenteux, tels que la stérilisation masculine et féminine, les dispositifs intra-utérins, les méthodes hormonales (pilules, injectables, implants, patches, anneaux vaginaux), les préservatifs féminins et masculins et les méthodes dites "de barrière" (diaphragmes, capes cervicales, mousses, gelées, crèmes et éponges spermicides).

### Taux de fécondité cumulé

Nombre moyen d'enfants vivants mis au monde par chaque femme au cours de sa vie. Il s'agit plus précisément de déterminer le nombre théorique d'enfants qu'une femme qui survit jusqu'à l'âge moyen de la ménopause aura si elle suit les taux de fécondité par âge établis. Le TFC sert à anticiper les dynamiques de population au sein d'un pays donné. Le taux de renouvellement de la population est fixé à 2 enfants par femme afin d'assurer une relative stabilité des totaux.

### Méthodes traditionnelles de planification familiale

Méthodes préventives qui ne sont ni pharmaceutiques, ni de barrière. On y inclut le rythme, le retrait, l'abstinence et l'aménorrhée due à la lactation (infécondité due à l'absence de règles pendant l'allaitement, qui ne fonctionne que si la femme allaite continuellement, et jamais plus de six mois après l'accouchement). Des études ont démontré l'inefficacité de ces méthodes.

### Grossesse non-désirée

Grossesse déclarée alors que la femme souhaitait repousser la conception d'au moins deux ans ou ne souhaitait pas tomber enceinte du tout.

## RÉFÉRENCES

- Ashford, L. (2003) Unmet need for family planning. *Policy Brief*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Barot, S. (2008) Back to Basics: The Rationale for Increased Funds for International Family Planning. *Policy Review*. Washington, DC: Guttmacher Institute.
- Birdsall, N., A. Ibrahim, et al. (2004) Task Force 3 Interim Report on Gender Equality. *Millennium Project background paper*. New York: United Nations.
- Bloom D, Williamson J. Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia. *World Bank Economic Review*. 1998.12:419–55. [http://www.nber.org/papers/w6268.pdf?new\\_window=1](http://www.nber.org/papers/w6268.pdf?new_window=1).
- Bryant, L., L. Carver, et al. (2009) Climate change and family planning: least-developed countries define the agenda. *Bulletin of the World Health Organization* **87**: 852–857.
- Center for Global Development Case 13: Reducing Fertility in Bangladesh. *Case Study*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Center for Reproductive-Rights/UNFPA (2010) The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents. *Briefing Paper*. New York: Center for Reproductive Rights and UNFPA.
- European Commission (2007) *Reproductive Health Commodity Security Study: Key findings and recommendations for the European Commission. Final report*. Brussels: European Commission.
- FHI. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact Of Family Planning – A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*. North Carolina, USA: Family Health International.
- Grown, C., G. Gupta, et al. (2003) Background Paper of the Task Force on Education and Gender Equality, Promises to Keep: Achieving Gender Equality and the Empowerment of Women. *Millennium background paper*. New York: United Nations: 5 and 11.
- Guttmacher (2010) Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. *In Brief*. Washington, DC: Guttmacher Institute.
- Guttmacher/Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists (2010) Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Ethiopian Women. *In Brief*. Washington, DC: Guttmacher Institute/UNFPA.
- Guttmacher/IPPF (2010) Facts on Satisfying the Need for Contraception In Developing Countries. *In Brief*. Washington, DC: Guttmacher Institute and IPPF.
- IPPF (2006) *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: IPPF.
- IPPF (2008) *Contraception at a crossroads*. London: IPPF.
- Lancet/UCL (2009) Managing the health effects of climate change. *Lancet* **373**: 1693–1733.
- Lule, E., S. Singh, et al. (2007) Fertility Regulation Behaviors and Their Costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Washington, DC: World Bank Human Development Program.
- Mackenzie, H., A. Drahota, et al. (2010) *What kind of family planning delivery mechanisms increase family planning acceptance in developing countries? A mixed methods Systematic Review*. Hampshire: DFID.
- OECD Development Centre. (2007) Gender Equality And Social Institutions In Kyrgyz Republic. *Social Institutions & Gender Index (SIGI)*. Retrieved 20 October 2011 from <http://genderindex.org/sites/default/files/pdfs/KGZ.pdf>.
- PPAG (2009) The Case for Adding Family Planning on the National Health Insurance Scheme (NHIS). *Position Paper*. Accra: Planned Parenthood Association of Ghana.
- RHSC. *Fact Sheet: HAND to HAND Campaign Core Messaging*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.
- RHSC. *Understanding 100 million*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition. Retrieved 18 October 2011 from <http://www.rhsupplies.org/understanding-100-million.html>.
- RHSC (2009) *Make a Case for Supplies, Leading Voices in Securing Reproductive Health Supplies: An Advocacy Guide and Toolkit*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Ross, J. and J. Stover (2009) *Contraceptive Projections and the Donor Gap, Meeting the Challenge*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rutstein S.O. (2008) Further evidence of the effects of preceding births intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *DHS Working Paper*. Calverton, MD, USA: MacroInternational. 41.
- Sedgh, G., R. Hussain, et al. (2007) Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. *Occasional Report*. New York: Guttmacher Institute. **37**.
- Singh, S., J. Darroch, et al. (2009) *Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA).
- Singh S., J. Darroch, et al. (2012) *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA).
- Singh, S., D. Wulf, et al. (2009) *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York: Guttmacher Institute.
- Speidel, J., S. Sinding, et al. (2009) *Making the Case for US International Family Planning Assistance*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health.
- UK APPG on Population, Development and Reproductive Health (2009) *Better Off Dead? A report on maternal morbidity from the UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health*. London: UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health.
- UN-DESA (2011) *The Millennium Development Goals Report 2010*. New York: United Nations.
- UN Secretary General (2010) *Global Strategy for Women's and Children's Health*. Geneva: United Nations.
- UN Women. The health sector is a key entry point for survivors. *Virtual Knowledge Centre to End Violence Against Women and Girls*. <http://www.endvawnow.org/en/articles/428-the-health-sector-is-a-key-entry-point-for-survivors.html>.
- UN (2009) World population prospects: the 2008 revision, Highlights. *Working Paper*. New York: United Nations.
- UN (2011) *The Millennium Development Goals Report 2011*. New York: United Nations.
- UN (2011) *World Contraceptive Use 2010*. New York: United Nations.
- UNDP (2010) *Gender, Climate Change and Community-Based Adaptation*. New York: UNDP.
- UNFPA (2002) *State of the World Population 2002*. New York: UNFPA.
- UNFPA (2005) *State of the World Population 2005*. New York: UNFPA.
- USAID. Family planning enlists imams in Egypt. *Success Story*. Washington, DC: USAID.
- USAID Indonesia. Birth spacing empowers Indonesians. *Success Story*. Washington, DC: USAID.
- USAID (2009) Achieving the MDGs: The contribution of family planning, Yemen. Health Policy Initiative, *Task Order 1*. Washington, DC: USAID.
- USAID (2009) Family Planning and the MDGs: Saving Lives, Saving Resources. *Task Order*. Washington, DC: USAID Health Policy Initiative.
- USAID/DELIVER (2006) Guaranteeing Widespread Access to a Broad Choice of Contraceptives – Paraguay. *State of the Practice Brief*. Arlington, VA: USAID and DELIVER.
- USAID/WHO Regional Office for Africa (2008) *Repositioning family planning: Guidelines for advocacy action*. Washington, DC: World Health Organization, Regional Office for Africa, and the United States Agency for International Development (USAID). [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/fp\\_advocacytool\\_kit.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/fp_advocacytool_kit.pdf).
- Vlassoff, M., A. Sundaram, et al. (2009) Benefits of meeting the contraceptive needs of Ugandan women. *In Brief*. New York: Guttmacher Institute. **4**.
- WHO (2009) Achieving Millennium Development Goal 5. *Briefing Note*. Geneva: WHO.
- WHO (2009) *Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV/AIDS Policies, Programs and Services*. Geneva: WHO.
- WHO (2010) *Meeting report: Family planning for health and development: actions for change*. Geneva: WHO.
- WHO (2010) *Trends in Maternal Mortality 1990–2008*. Geneva: WHO.
- WHO (2011) *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th Edition*. Geneva: WHO.



Ce projet est financé par  
L'Union européenne

European Commission  
B-1049 Brussels (Belgium)  
Tel: (32-2) 2957276  
Fax: (32-2) 2966044



Ce projet est mis en œuvre par  
IPPF European Network

Rue Royale 146  
B-1000 Brussels (Belgium)  
Tel: (32-2) 2500950  
Fax: (32-2) 2500969

**La Commission européenne est l'organe exécutif de l'UE.**

*L'Union européenne est composée de 27 Etats membres qui ont décidé de lier progressivement leurs savoir-faire, leurs ressources et leurs destinées. Ensemble, au cours d'une période d'élargissement de 50 ans, ils ont construit une zone de stabilité, de démocratie et de développement durable tout en maintenant la diversité culturelle, la tolérance et les libertés individuelles. L'Union européenne est engagée à partager ses réussites et ses valeurs avec les pays et les individus au-delà de ses frontières.*