

LA PLANIFICATION FAMILIALE SAUVE DES VIES

Quatrième édition



P O P U L A T I O N R E F E R E N C E B U R E A U

Rhonda Smith
Lori Ashford
Jay Gribble
Donna Clifton

Population Reference Bureau

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

EDITIONS PRÉCÉDENTES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SAUVE DES VIES

La 1^e édition de *La planification familiale sauve des vies*, publiée en 1986, contenait des informations précieuses à l'intention des décideurs politiques, des responsables de la planification des programmes et des journalistes sur les avantages de la planification familiale pour la santé. En réponse à la demande considérable d'éditions ultérieures (publiées en 1991 et en 1997), le PRB a le plaisir de présenter cette 4^{ème} édition. Bien que le message fondamental n'ait pas changé, cette nouvelle édition présente les informations tirées des recherches les plus récentes sur la santé maternelle et infantile dans les pays en développement. Elle inclut en outre de nouvelles données sur la manière dont la planification familiale contribue à la réduction du taux des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida ainsi qu'une section spéciale « Pleins feux » sur le repositionnement de la planification familiale en Afrique subsaharienne.

REMERCIEMENTS

Cette nouvelle édition de *La planification familiale sauve des vies* a bénéficié de la contribution de plusieurs membres du PRB en matière de recherche et relecture, notamment Nina Pruyn (anciennement du PRB) et Richard Skolnik, ancien vice-président pour les Programmes internationaux au PRB. Nous remercions également Carmen Coles, Mai Hijazi, Ishrat Husain, Sandra Jordan, Patricia McDonald, Maureen Norton, Ellen Starbird, Jeff Spieler, Jim Shelton et Alexandra Todd à l'USAID pour leurs contributions et suggestions précieuses ainsi que Tom Goliber de l'organisation Futures Group International pour ses commentaires approfondis. Le PRB souhaite également exprimer sa gratitude à Elaine Murphy, auteur de l'édition originale de *La planification familiale sauve des vies* en 1986, pour ses excellentes contributions à cette 4^e édition.

La préparation du présent rapport a été financée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international au titre du projet BRIDGE (Accord de coopération GPO-A-00-03-00004-00).

LES AUTEURS

Rhonda Smith, vice-présidente associée pour les Programmes internationaux au PRB. **Lori Ashford**, ancienne directrice des communications des politiques au PRB. **Jay Gribble**, vice-président pour les Programmes internationaux au PRB. **Donna Clifton**, spécialiste des communications au PRB.

Cette publication est disponible sur le site Web du PRB : www.prb.org/francais.

Pour commander des copies imprimées du présent rapport, veuillez contacter :
Population Reference Bureau 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520 Washington, DC 20009 Etats-Unis
Courriel : prborders@prb.org ; Site Internet : www.prb.org/Bookstore.aspx

Crédits photos de couverture, de gauche à droite : Richard Lord, Elson T. Elizaga/Photoshare, Richard Lord

Traduction : Pascale Ledeur-Kraus

Révision : Pascale De Souza

Coordination de la traduction : Sara Adkins-Blanch

La planification familiale sauve des vies, 4^e édition

© 2009 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

LA PLANIFICATION FAMILIALE SAUVE DES VIES

Table des matières

Résumé	3
<i>Encadré 1 : Avantages de la planification familiale pour la santé</i>	5
Sauver les vies des femmes	6
<i>Tableau 1 : Risque de décès des femmes des suites d'une grossesse et d'un accouchement</i>	6
Les besoins en services de planification familiale	6
<i>Figure 1 : Demande totale potentielle pour les services de planification familiale dans des pays choisis</i>	7
Réduction du nombre de grossesses non souhaitées	7
<i>Figure 2 : Utilisation des contraceptifs modernes et avortement</i>	8
Méthodes de planification familiale	8
<i>Encadré 2 : Adolescents et santé reproductive</i>	9
<i>Besoins en services de planification familiale non satisfaits chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans</i>	10
Sauver les vies d'enfants	12
Les avantages de l'espacement des naissances	12
La prévention du VIH/sida	12
<i>Encadré 3 : L'allaitement au sein protège les nourrissons et sauve des vies</i>	13
<i>Figure 3 : Mortalité infantile par intervalle de naissance</i>	13
<i>Encadré 4 : Intégration des services de planification familiale et de lutte contre le VIH/sida</i>	15
<i>Pleins feux : Le repositionnement de la planification familiale en Afrique subsaharienne</i>	16
<i>Sauver des vies en répondant aux besoins non satisfaits en services de contraception, 2005 à 2015</i>	17
Investir dans la santé des mères et des enfants	19
Le coût des services de planification familiale	19
<i>Tableau 2 : Coûts associés à la satisfaction des besoins en services de la planification familiale et économies résultant, pays choisis</i>	19
Comment toucher les segments les plus démunis	21
<i>Figure 4 : Le taux d'utilisation des contraceptifs est le moins élevé chez les populations pauvres et le plus élevé dans les groupes aisés</i>	21
<i>Encadré 5 : Pourquoi investir dans la planification familiale : Plus que des avantages pour la santé</i>	22
Actions prioritaires	23
Bibliographie	26

Résumé

L'adoption à grande échelle de la planification familiale représente l'un des changements les plus notables du XXe siècle.¹ L'utilisation croissante de la contraception de par le monde a donné aux couples la possibilité de choisir combien d'enfants ils auront et avec quel espacement, et a eu un impact positif considérable quant au nombre de vies sauvées. Cependant, en dépit des progrès impressionnants, l'emploi de la contraception demeure peu élevé, et les besoins en services de contraception restent considérables dans certains des régions les plus pauvres et les plus peuplées de notre monde.

Les études réalisées récemment révèlent comment la planification familiale améliore les chances de survie et la santé de millions de personnes et contribue à la réalisation des objectifs nationaux. Considérée comme un « achat recommandé » parmi les investissements dans le secteur de la santé, la planification familiale est l'un des interventions les plus rentables et à plus fort rendement qui soit. Les pays qui investissent dans la planification familiale récoltent des avantages immédiats dans le domaine de la santé et de l'éducation, et des bénéfices dans le domaine social et environnemental qui auront des répercussions bien au-delà d'une seule génération.

La planification familiale pourrait permettre de prévenir bien d'autres décès — en particulier dans les pays les plus pauvres — si nous mettons les connaissances actuelles en pratique :

- **La planification familiale sauve les vies des femmes.** La planification familiale pourrait prévenir jusqu'à un décès maternel sur trois en permettant aux femmes de reporter ou d'espacer leurs grossesses, d'éviter les grossesses non souhaitées et les avortements, et de cesser d'avoir des enfants lorsqu'elles ont atteint la taille désirée pour leur famille.²
- **La planification familiale sauve les vies d'enfants.** Après l'accouchement, la planification familiale peut aider les femmes à attendre au moins deux ans avant d'essayer de tomber à nouveau enceintes, ce qui permet de réduire de manière considérable le nombre de décès de nouveau-nés, de nourrissons et d'enfants.³
- **La planification familiale sauve les vies d'adolescents.** Les grossesses chez les adolescentes posent des risques de santé non seulement pour les bébés mais aussi pour les jeunes mères, en particulier celles qui ont moins de 18 ans. La planification familiale peut aider les jeunes femmes à éviter les grossesses pendant cette période à haut risque, ainsi que les conséquences sociales et économiques des grossesses précoces.
- **La planification familiale réduit les décès attribuables au sida.** Une utilisation correcte et systématique des préservatifs peut réduire de manière significative le taux des nouvelles infections par le VIH. Bien des femmes et des couples séropositifs souhaitent éviter une grossesse et il existe bon nombre de méthodes efficaces pour les aider à réaliser ce vœu. En évitant les grossesses non souhaitées et à risque élevé, la planification familiale réduit la transmission du

VIH de la mère à l'enfant et le nombre d'orphelins du sida, dont les chances de survie se trouvent sérieusement diminuées parce qu'ils ont perdu un de leurs parents, en particulier la mère.

- **La planification familiale aide les gouvernements à atteindre leurs objectifs nationaux et internationaux de développement.** Les gouvernements du monde entier se concentrent sur la lutte contre la pauvreté et la réalisation d'une série d'objectifs de santé et de développement, notamment ceux indiqués dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de l'Organisation des Nations Unies. La planification familiale peut contribuer à la réalisation de presque tous ces objectifs, y compris la réduction de la pauvreté et de la faim, la promotion de l'égalité entre les sexes et l'habilitation des femmes, la réduction des taux de mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH/sida et la protection de l'environnement.⁴

Il existe une méthode sûre et efficace de planification familiale pour chaque femme, une méthode lui permettant de protéger sa santé et celle de ses enfants. Plus de la moitié des couples du monde en développement ont recours à la planification familiale pour reporter, espacer ou limiter les grossesses futures, et pourtant les besoins pour les services de planification familiale continuent à augmenter, de concert avec le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants. Selon les estimations, 137 millions de femmes dans le monde présentent un besoin non satisfait en services de planification familiale — elles n'utilisent aucune méthode bien qu'affirmant souhaiter éviter une grossesse.⁵

Pour atteindre ces femmes et sauver de nouvelles vies, les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent se concentrer davantage sur les programmes de planification familiale, avec les engagements financiers majorés qui s'imposent. Au cours de la dernière décennie, toutefois, de nombreux pays ont réduit leurs efforts de planification familiale, dans le contexte changeant des priorités sanitaires et de développement à l'échelle internationale. Les décideurs politiques ont tourné leur attention vers d'autres questions telles que le VIH/sida, les maladies infectieuses et la réduction de la pauvreté persistante. Par suite, les programmes de planification familiale ont du mal à survivre à un moment où un accès universel aux services de planification familiale pourrait contribuer à résoudre ces problèmes.

Il est important de surmonter ces défis pour protéger la santé et le bien-être des mères, des enfants et des familles (voir l'encadré 1). A un coût d'approvisionnement moyen d'US \$1,55 par utilisateur et par an, la planification familiale permet de manière efficace, peu onéreuse et sans danger d'éviter les décès de mères et d'enfants.⁶ Les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent travailler de concert pour renforcer les programmes de planification familiale. L'engagement des ressources supplémentaires et l'affectation plus efficace des ressources existantes peut aider les gouvernements à investir dans des programmes qui : (1) améliorent l'accès aux services de planification familiale, en particulier pour les femmes vivant dans les régions rurales, les jeunes et les pauvres en région urbaine ; (2) assurent un approvisionnement constant en méthodes contraceptives ; (3) fournissent des services de haute qualité ; et (4) renforcent les activités de communication et les interventions en faveur des changements de comportement pour accroître les connaissances et l'utilisation des méthodes de planification familiale. Ces mesures permettront de sauver la vie de bien d'autres femmes, enfants et adolescents.

Encadré 1 : Avantages de la planification familiale pour la santé

La planification familiale présente nombre d'avantages pour la santé des femmes, de leurs partenaires sexuels et de leurs enfants. La planification familiale contribue à :

Prévenir les grossesses non souhaitées et le nombre d'avortements effectués dans des conditions à risque, ce qui permet de réduire :

- les décès et les incapacités maternels.
- l'infécondité.

Prévenir les grossesses à risque parmi les groupes suivants :

- Adolescents de moins de 18 ans.
- Femmes âgées de plus de 35 ans.
- Femmes ayant eu de nombreuses grossesses ou des accouchements trop rapprochés.

- Femmes ayant le VIH/sida et d'autres problèmes de santé, comme par exemple le paludisme et la tuberculose.

Espacer les naissances, avec pour résultat :

- Des taux plus faibles de mortalité à la naissance, de mortalité infantile et de mortalité enfantine.
- Un allaitement prolongé, qui améliore la santé du nourrisson.
- Donner aux femmes plus de temps pour récupérer physiquement et nutritionnellement entre deux naissances.

Adapté de : Susheela Singh et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care* (New York : Guttmacher Institute et UNFPA, 2003) : 24.

Sauver les vies des femmes

La plupart des femmes sont heureuses de leur grossesse et de l'accouchement, cependant, les risques de maladies et de décès associés à ces deux éléments demeurent très élevés dans certaines régions du monde. Dans les pays en développement, le risque pour une femme de décéder des suites d'une grossesse ou d'un accouchement est de 1 sur 75, soit près de 100 fois plus élevé que le taux de 1 sur 7 300 dans les pays avancés (voir le tableau 1). C'est en Afrique subsaharienne que l'on enregistre les niveaux de risque les plus élevés de décès des suites d'une grossesse ou d'un accouchement : 1 sur 22. Parmi tous les indicateurs de santé, le taux de mortalité maternelle présente les plus fortes disparités entre les pays riches et les pays pauvres. Sur les quelque 536 000 décès maternels estimés se produire chaque année à l'échelle mondiale, plus de 99 % surviennent dans les pays en développement — 86 % pour les seules régions de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud.⁷

LES BESOINS EN SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE



Des femmes enceintes attendant de voir l'infirmière dans un centre de santé en Sierra Leone.

Tableau 1 : Risque de décès des femmes des suites d'une grossesse et d'un accouchement

Région	Risque de décès maternel à vie
Monde	1 sur 92
Pays développés	1 sur 7 300
Pays en développement	1 sur 75
Afrique subsaharienne	1 sur 22
Asie	1 sur 120
Amérique Latine & Caraïbes	1 sur 290

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* (Genève : OMS, 2007).

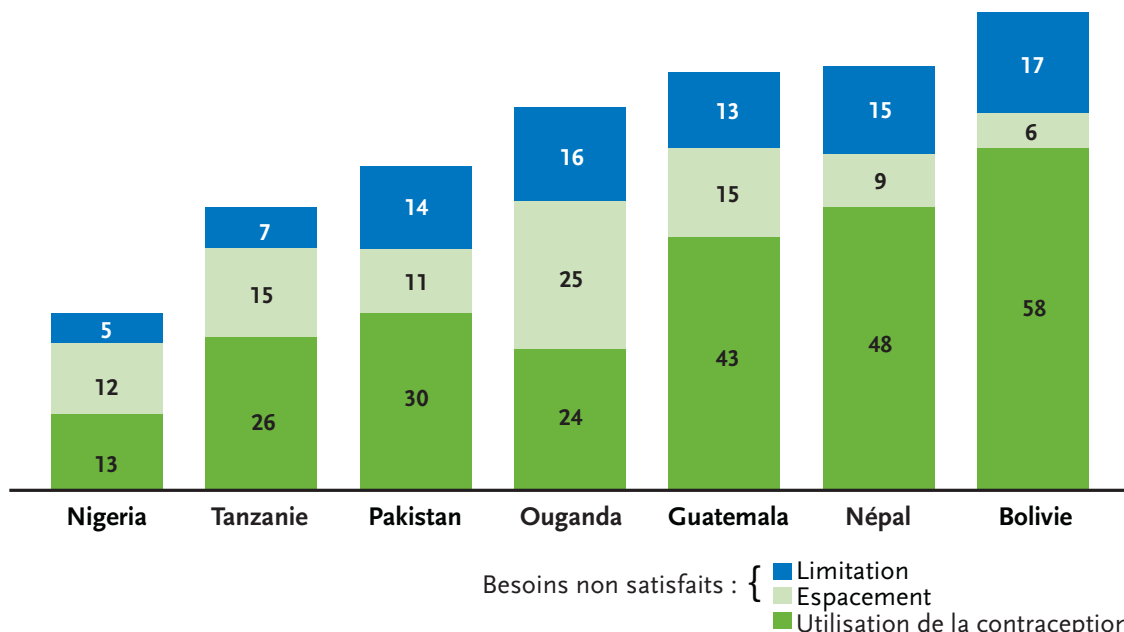
Si les femmes ne tombaient enceintes que lorsqu'elles le souhaitent, aux intervalles qu'elles souhaitent, les taux de mortalité maternelle pourraient enregistrer un déclin d'un tiers.⁸ Les femmes présentant des intervalles de naissance à grossesse de moins de cinq mois ont un risque de décès maternel 2,5 fois plus élevé que celui des femmes dont les intervalles entre naissance et grossesse sont de 18 à 23 mois.⁹

Dans le monde en développement, selon les estimations, quelque 137 millions de femmes souhaitant éviter une grossesse ne se servent d'aucune méthode de planification familiale.¹⁰ Ces femmes présentent un « besoin non satisfait » en services de planification familiale. Les femmes présentant un besoin non satisfait en services de planification familiale se répartissent en deux groupes : les femmes qui souhaitent attendre au moins deux ans après leur prochaine grossesse, et celles qui souhaitent cesser d'avoir des enfants. A l'échelle mondiale, quelque 55 % des femmes ayant un besoin non satisfait en services de planification familiale souhaitent un espacement des naissances et 45 % veulent limiter le nombre de leurs grossesses.¹¹

La figure 1 présente la demande totale potentielle de services de planification familiale dans des pays choisis, y compris des utilisatrices actuelles de la contraception et des femmes ayant un besoin non satisfait. L'Afrique subsaharienne présente un niveau

Figure 1 : Demande totale potentielle pour les services de planification familiale dans des pays choisis

Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui préféreraient éviter une grossesse



Sources : Macro International Inc., *Enquêtes démographiques et de Santé, années diverses* ; et *Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Guatemala, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 2002 : Mujeres (2003)*.

considérable de besoins non satisfaits (voir « Pleins feux : Le repositionnement de la planification familiale en Afrique subsaharienne », page 16). Dans d'autres régions du monde, les besoins non satisfaits sont généralement moins importants, car les femmes de ces régions utilisent la planification familiale. Ce nonobstant, les besoins non satisfaits demeurent un élément important de la demande totale potentielle de services de planification familiale.

Les femmes peuvent souffrir d'un besoin non satisfait de services de planification familiale pour différentes raisons : manque de connaissances quant au risque de tomber enceinte ; crainte des effets secondaires des contraceptifs ; impression que leur mari, d'autres membres de leur famille ou leur religion s'opposent à la planification familiale ou accès plus restreint aux services de planification familiale.¹² Il est possible de surmonter un grand nombre de ces barrières en améliorant les informations et les services de conseil offerts aux hommes comme aux femmes.

RÉDUCTION DU NOMBRE DE GROSSESSES NON SOUHAITÉES

L'une des conséquences d'un taux élevé de besoins non satisfaits en services de planification familiale est une augmentation du nombre des grossesses non souhaitées. Sur les 210 millions de grossesses qui se produisent chaque année, près de 80 millions sont non planifiées.¹³ Ces grossesses sont l'une des principales raisons du recours à l'avortement. Chaque année, quelque 42 millions de femmes décident qu'elles ne peuvent poursuivre leur grossesse et cherchent un moyen d'avorter. Environ 20 millions de ces avortements sont réalisés par des personnes qui ne disposent pas des aptitudes nécessaires ou dans un environnement où manquent les normes médicales les plus élémentaires, ou les deux — ce qui résulte en près de 67 000 décès par an.¹⁴

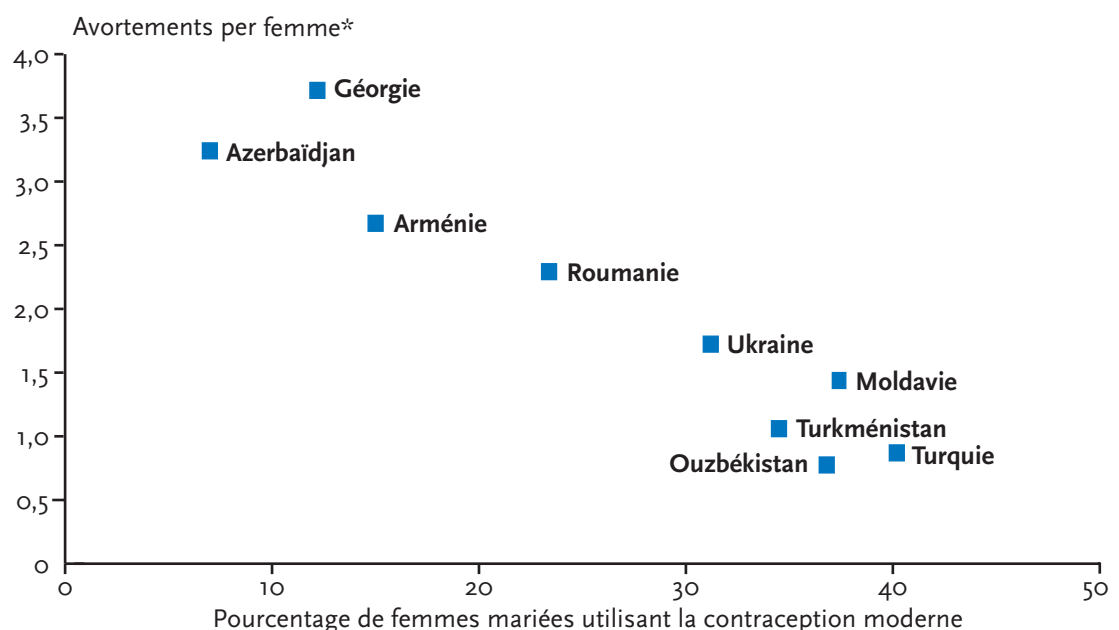
Des millions de femmes subissent des lésions de longue durée, avec des séquelles souvent permanentes à la suite d'avortements réalisés dans des conditions risquées.

L'accès volontaire et sans danger à des services de planification familiale et des services de conseil permet de réduire de manière considérable le nombre de grossesses non souhaitées et d'avortements et de sauver la vie de femmes. La figure 2 indique la corrélation entre la prévalence des contraceptifs et les taux d'avortement dans neuf pays d'Europe de l'Est et d'Asie Centrale. Le plus faible taux d'utilisation des contraceptifs est enregistré en Azerbaïdjan, en Géorgie et en Arménie, où l'on enregistre aussi les taux d'avortement les plus élevés.¹⁵ Cette corrélation est également démontrée dans les pays pauvres en ressources. Une étude du Bangladesh sur l'impact de services de planification familiale sur les besoins de santé reproductive des femmes dans la région de Matlab a révélé que lorsque des services de haute qualité sont disponibles, la demande d'avortements diminue.¹⁶ Par ailleurs, des études ont prouvé que dans les pays où les services de planification familiale sont offerts et leur usage encouragé, le nombre de décès liés à l'avortement diminue au fur et à mesure qu'augmentent les taux d'utilisation des contraceptifs.¹⁷

MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Grâce aux progrès de la technologie médicale des 35 dernières années, il est maintenant possible pour les femmes et les hommes du monde de planifier leur famille. Les méthodes de planification familiale comprennent notamment les contraceptifs oraux (la « pilule »), les injectables hormonales, les implants transdermiques, les dispositifs intra-utérins (DIU), la stérilisation masculine et féminine et les méthodes barrières telles que le préservatif masculin ou féminin, le diaphragme et les spermicides. Les autres méthodes modernes incluent notamment la MAMA ou méthode de l'aménorrhée maternelle (décrite à l'encadré 3, page 13), les méthodes de sen-

Figure 2 : Utilisation des contraceptifs modernes et avortement



* Indice synthétique des avortements : le nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans ou de 15 à 49 ans.
Source : Charles F. Westoff, *Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries* (Calverton, MD: ORC Macro, 2005).

sibilisation à la fécondité, comme par exemple les méthodes demandant un suivi de la date de début et de fin de la période féconde du cycle menstruel (la méthode du collier du cycle) et les méthodes basées sur les symptômes, tributaires de l'observation des signes de fécondité (secrétions cervicales, température basale).¹⁸

La contraception d'urgence permet à une femme de ne pas tomber enceinte après des rapports sexuels non protégés. La pilule contraceptive d'urgence contient les mêmes hormones que celles de la pilule hormonale ; elle peut être obtenue en utilisant des doses plus élevées de plaquettes ordinaires de pilules ou en achetant des pilules conçues spécifiquement à cet effet.¹⁹ Elles ne sont pas censées être utilisées comme méthode régulière de planification familiale, mais elles peuvent aider une femme à éviter une grossesse si elles sont employées dans les cinq jours suivant les rapports sexuels non protégés.

S'il n'existe aucune « méthode idéale » de planification familiale, il existe une méthode efficace et sans danger pour chaque femme. Les méthodes de planification familiale varient selon leur degré pratique, leur coût, leur efficacité, les effets secondaires, et les avantages pour l'utilisateur. Les utilisateurs de la planification familiale sont les mieux à même d'évaluer l'importance relative de ces facteurs en fonction de leurs préférences, du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir, de l'étape de leur vie, de leurs objectifs (reporter, espacer ou limiter les futures grossesses), leur état de santé, leur situation de famille et leurs conditions de vies.

Encadré 2 : Adolescents et santé reproductive

Il existe aujourd'hui 1,2 milliards de jeunes, âgés de 10 à 19 ans, ce qui représente près d'un cinquième de la population mondiale. La plupart de ces jeunes gens sont des adolescents, une période de l'existence qui commence à la puberté et s'achève au moment déterminé par les cultures comme marquant l'entrée dans l'âge adulte (maturité sociale et indépendance économique). Bien que l'adolescence soit généralement une période de bonne santé, bien des jeunes se trouvent confrontés à divers défis de santé reproductive.

MARIAGES ET GROSSESSES PRÉCOCES

Les mariages précoces peuvent pousser les jeunes mariées à commencer très tôt à avoir des enfants. Ces grossesses précoces peuvent présenter divers problèmes sérieux pour la santé. Les taux de décès maternels des jeunes femmes de 15 à 19 ans sont deux fois plus élevés que ceux des femmes plus âgées et, si l'on en croit les recherches, les fillettes âgées de 10 à 14 ans sont cinq fois plus à risque de mourir de problèmes liés à la maternité que les femmes de 20 à 24 ans.¹ Les grossesses précoces sont particulièrement fréquentes en Afrique subsaharienne, où les enquêtes révèlent que 28 % des

femmes âgées de 20 à 24 ans avaient eu leur premier enfant avant leur 18e anniversaire.² Au Niger, le pourcentage atteint 51 %. Avoir un bébé avant 18 ans est également fréquent dans d'autres régions du monde, notamment au Bangladesh (46 %) et au Nicaragua (28 %).³

Bon nombre d'adolescentes de moins de 18 ans, en particulier dans les pays plus pauvres, n'ont pas atteint la maturité physique nécessaire, ce qui accroît leur risque de complications obstétriques. A titre d'exemple, les jeunes femmes souffrant de malnutrition ne se sont pas suffisamment développées pour que la tête du bébé puisse passer sans danger par la voie génitale. Cette complication peut provoquer des lésions graves et avoir des conséquences mortelles. L'un des effets tragiques de cette complication est ce que l'on appelle une fistule obstétrique, provoquée par les complications du travail.⁴

Par ailleurs, les enfants nés de mères adolescentes sont confrontés à des risques plus sérieux de maladies et de décès que ceux nés de mères ayant passé leur 20e anniversaire. Les taux de mortalité des bébés nés de mères de moins de 20 ans est d'au

suite

moins 35 % supérieur à celui des bébés nés de mères âgées de 20 à 29 ans.⁵

LA PLANIFICATION FAMILIALE : INFORMATIONS ET SERVICES

De par le monde, les adolescentes sont moins susceptibles de recourir à la planification familiale que les femmes qui ont à peine quelques années de plus. En Bolivie, par exemple, 19 % seulement des jeunes femmes célibataires sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans utilisent une méthode moderne de contraception, contre 45 % des femmes âgées de 20 à 24 ans.⁶ Le manque d'informations, la crainte des effets secondaires et divers autres obstacles — de nature géographique, sociale et économique — empêchent les jeunes de se procurer des méthodes de planification familiale et de s'en servir.

Selon les enquêtes réalisées, bon nombre d'adolescentes mariées préféreraient reporter, espacer ou limiter le nombre de leurs grossesses, mais elles ne se servent d'aucune méthode de contraception. Ces femmes sont décrites comme ayant un « besoin non satisfait » de services de planification familiale (voir la figure). Un accès amélioré aux services et aux informations sur la planification familiale est donc d'importance vitale pour permettre aux adolescentes de protéger leur santé reproductive.



© Chris Stowers/Panos Pictures

Un couple se rend dans un dispensaire de planification familiale aux Philippines.

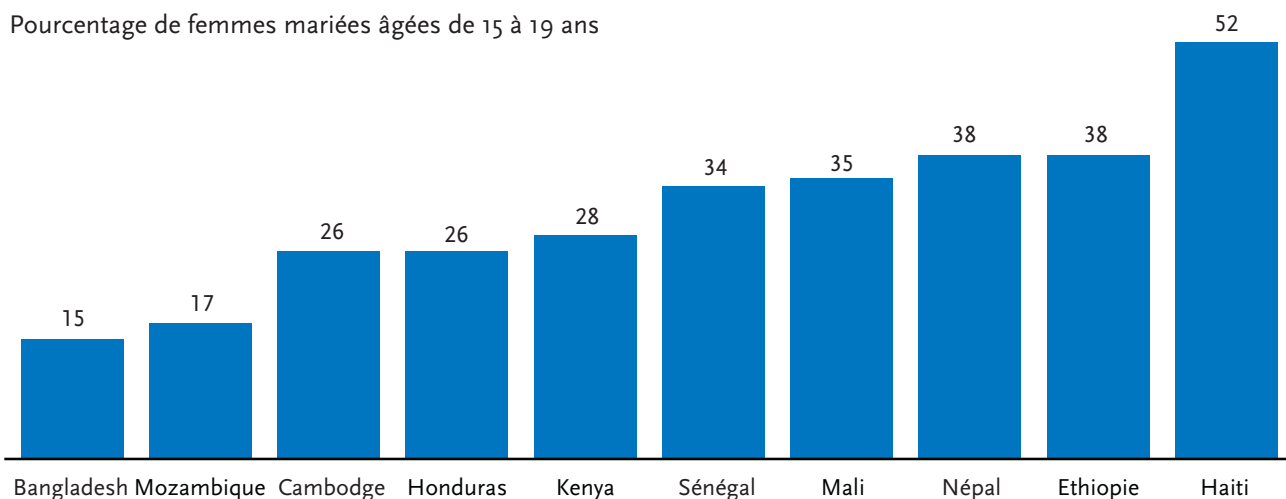
GROSSESSES NON SOUHAITÉES

Chaque année, 2,5 millions d'adolescentes de pays en développement décident de mettre un terme à des grossesses non souhaitées en subissant un avortement exécuté soit par des personnes qui ne disposent pas des qualifications nécessaires soit dans un environnement où manquent les normes médicales les plus minimales, voire même les deux.⁷ En Afrique, près d'un quart de tous les avorte-

suite

Besoins en services de planification familiale non satisfaits chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans

Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 19 ans



Source : Macro International, Inc., *Enquêtes démographiques et de santé*, 2003-2006.

ments effectués dans ces circonstances concernent des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans — ce qui constitue la plus forte proportion enregistrée dans toutes les régions du monde — et ils sont la cause principale des décès chez les adolescentes.⁸ La mise à disposition d'informations sur la planification familiale et de services de conseil aux jeunes gens permettront de réduire de manière significative le nombre d'avortements et les risques de décès ou d'incapacité connexes pour les jeunes du monde.

BIBLIOGRAPHIE

1. Save the Children, *State of the World's Mothers 2004: Children Having Children*, consulté en ligne à : www.savethechildren.org le 27 novembre 2007.
2. Lori Ashford, Donna Clifton et Toshiko Kaneda, *La jeunesse du monde 2006* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2006).
3. ORC Macro, *Enquêtes démographiques et de santé, 2001-2006*.
4. En cas de travail prolongé ou de complications de l'accouchement, toute pression prolongée et excessive sur la voie pelvienne peut provoquer des lésions des tissus. En l'absence de traitement, ces lésions se transforment en fistule — une ouverture anormale entre le vagin et la vessie ou le rectum de la femme, voire les deux.
5. Guttmacher Institute, « Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels », *Issues in Brief* (New York : Guttmacher Institute, 2002), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.guttmacher.org, le 6 décembre 2008.
6. Instituto Nacional de Estadística (INE) et ORC Macro, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003* (Calverton, MD : INE and ORC Macro, 2004).
7. OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, 5th ed. (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2007).
8. OMS, *Unsafe Abortion*.

Sauver les vies d'enfants

Les taux de survie infantile se sont nettement améliorés grâce aux vaccinations infantiles, aux améliorations au plan nutritionnel et à l'emploi de sels de réhydratation orale pour réduire les décès dus aux maladies diarrhéiques. Malgré cela, chaque année, plus de 9 millions d'enfants dans les pays en développement meurent avant leur cinquième anniversaire.

LES AVANTAGES DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES

La planification familiale constitue un élément important des efforts cherchant à améliorer la survie infantile et enfantine. Le report et l'espacement des naissances aident les femmes à avoir des enfants pendant leurs années de santé optimale, et d'avoir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent.

Les experts internationaux de la santé estiment aujourd'hui que pour une femme, l'espace optimal entre une naissance et la grossesse suivante est d'au moins deux ans. En évitant les naissances trop rapprochées, la planification familiale permettrait de sauver la vie de plus de 2 millions de nouveau-nés et d'enfants chaque année.²⁰ Pour réduire les risques de problèmes de santé des nouveau-nés, les experts de la santé ont formulé les recommandations suivantes²¹ :

- Après une naissance vivante, il est recommandé aux femmes qu'elles attendent au moins deux années, mais pas plus de cinq années avant d'essayer de retomber enceinte.
- Après une fausse couche ou un avortement provoqué, les femmes doivent attendre au moins six mois avant d'essayer de retomber enceinte.

Ces recommandations sont conformes à celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'UNICEF qui prônent l'allaitement au sein pendant au moins deux ans (voir l'encadré 3).

Les recherches ont en outre révélé que les bébés nés moins de deux ans après leur aîné immédiat sont plus de deux fois plus susceptibles de mourir avant leur premier anniversaire que ceux nés après un intervalle de trois ans (voir la figure 3).

La planification familiale permet par ailleurs d'améliorer les taux de survie infantile en reportant l'âge de la première grossesse. Les bébés nés de jeunes mères de moins de 18 ans sont plus susceptibles de naître prématurés, d'avoir un faible poids à la naissance et de souffrir de complications de l'accouchement.

LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

La planification familiale sauve des vies et améliore la santé reproductive en réduisant la propagation du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmises (IST). A l'échelle mondiale, il y avait en 2007 33 millions de personnes vivant avec le VIH. Et selon les estimations, 15,5 millions de personnes séropositives étaient des femmes.²² A l'heure actuelle, quelque 7 400 adultes et enfants sont infectés par le VIH chaque jour, et plus de 5 500 décèdent des suites de la maladie.²³

Encadré 3 : L'allaitement au sein protège les nourrissons et sauve des vies

La recherche a révélé depuis plusieurs années que l'allaitement au sein joue un rôle primordial dans la survie des enfants. L'allaitement au sein est la source naturelle de nutrition et de protection des tout-petits contre les maladies infantiles. Toute forme d'allaitement au sein réduit de moitié les risques pour un enfant de mourir avant son premier anniversaire, par rapport à l'absence d'allaitement au sein. Cependant, un allaitement au sein commencé immédiatement à la naissance et continuant de manière exclusive pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant, avec l'adjonction progressive d'une alimentation de complément après 6 mois tout en poursuivant l'allaitement au sein est un instrument encore plus puissant au service de l'amélioration de la santé des nouveau-nés. Cette modalité optimale de l'allaitement au sein permettrait, selon les estimations, de sauver la vie d'1,5 millions de nouveau-nés chaque année qui risqueraient sinon de mourir de maladies diarrhéiques ou d'infections respiratoires aiguës.¹ L'allaitement exclusif au sein pendant les quatre à six premiers mois de la vie de l'enfant réduit en outre la transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives n'ayant pas accès aux antirétroviraux recommandés pendant la grossesse et l'accouchement.²

Par ailleurs, l'allaitement au sein a également une fonction contraceptive. Si la femme n'a pas recommencé à avoir ses règles (phénomène connu sous le nom d'aménorrhée), l'allaitement exclusif au sein pendant six mois a un taux de prévention des

grossesses de 98 % ; c'est que l'on appelle la MAMA ou méthode de l'aménorrhée par la lactation.³ Tant que les règles n'ont pas repris, et que la femme continue à allaiter en exclusivité, l'effet contraceptif peut durer bien au-delà de six mois, encore que l'efficacité en soit moins élevée après les six mois. Une femme qui allaite peut souhaiter utiliser une autre méthode de planification familiale en même temps, notamment les pilules progestatives, les injectables à la progestine, les implants sous-cutanés, les dispositifs intra-utérins (DIU) ou le préservatif.⁴

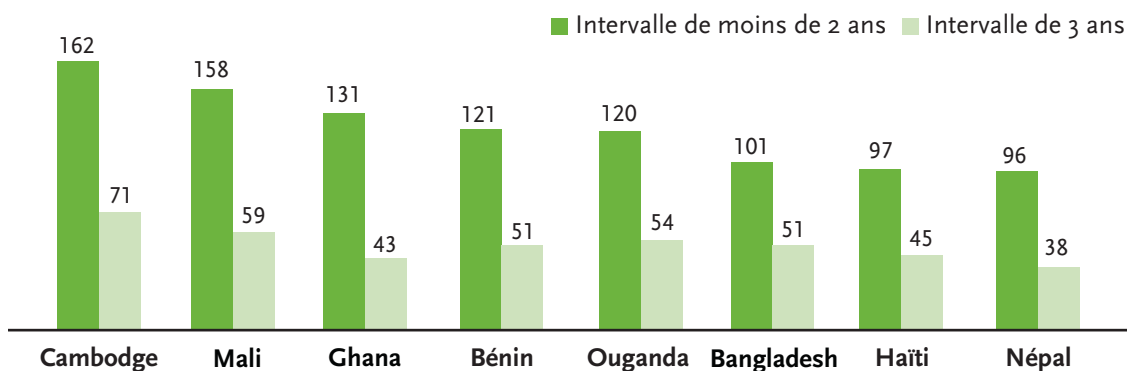
La promotion de l'allaitement au sein est une manière rentable d'améliorer la santé des nouveau-nés et des enfants. Le lait maternel constitue la meilleure alimentation pour le nourrisson et aussi la moins chère. En prévenant les maladies infantiles et enfantines et les décès qui y sont associés, et en permettant aux femmes d'espacer leurs grossesses, l'allaitement au sein permet également de réduire les coûts des services de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNICEF, *Facts for Life*, 3e éd. (New York : UNICEF, 2002).
2. L. Kuhn et al., « High Uptake of Exclusive Breastfeeding and Reduced Early Post-natal HIV Transmission », *PLoS ONE* 2 (2007) : e1363 (10.1371/journal.pone.0001363).
3. INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2007), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.infoforhealth.org/globalhandbook.
4. INFO Project, *Family Planning*.

Figure 3 : Mortalité infantile par intervalle de naissance

Décès pour 1 000 nourrissons de moins d'un an



Source : Macro International Inc., *Enquêtes démographique et de santé*, années diverses.

La planification familiale est importante pour les personnes séropositives ou atteintes d'autres IST qui ne veulent pas contaminer leur partenaire. Mis à part l'abstinence et le choix d'un seul partenaire sexuel non infecté, les préservatifs offrent la meilleure protection contre les grossesses et le VIH. Les préservatifs en latex, s'ils sont utilisés correctement et de manière systématique, sont la méthode la plus efficace de prévention de la transmission sexuelle du VIH, bien qu'ils soient moins efficaces que d'autres méthodes pour la prévention des grossesses.

Les autres méthodes de planification, notamment les pilules hormonales, les injections et les dispositifs intra-utérins, n'offrent aucune protection contre le VIH. Les couples recherchant la

protection la plus efficace contre tant l'infection que la grossesse ont intérêt à utiliser deux méthodes — le préservatif pour la prévention de l'infection et une autre méthode pour la prévention d'une grossesse non souhaitée. Les avantages et les risques associés à chaque méthode, en ce qui concerne tant la grossesse que l'infection, doivent être examinés au cas par cas, selon les besoins et objectifs de chacun.

Par la réduction de nombre de grossesses non souhaitées chez les femmes séropositives, la contraception est l'une des pierres angulaires de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Bien des femmes séropositives (qui savent qu'elles ont contracté le virus) ne sou-

haitent pas tomber enceintes, et pourtant, ce groupe présente des taux élevés de grossesses non souhaitées.²⁴ Selon une évaluation par des experts, un accès garanti aux services de planification familiale dans les centres de PTME « peut permettre de sauver la vie de milliers de femmes et d'enfants et de réduire de manière considérable le nombre d'orphelins ».²⁵

Selon une autre étude récente, le risque de contracter le VIH pendant la grossesse est plus important pour les femmes.²⁶ Donc en évitant les grossesses non souhaitées, la planification familiale peut jouer un rôle prépondérant dans la réduction du nombre de femmes et d'enfants séropositifs. La planification familiale est en outre une méthode fort efficace de réduction des coûts associés au VIH/sida. Selon les chercheurs, les économies possibles seraient de l'ordre de près de US\$25 pour chaque dollar consacré à la planification familiale dans les installations de soins et de traitement du VIH/sida financées au titre du programme américain PEPFAR.²⁷

Une intégration des programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/sida permet aux femmes de se procurer des informations plus complètes sur la contraception, le VIH, et les autres infections sexuellement transmissibles (IST). Ces programmes intégrés peuvent offrir des services de prévention d'éducation et de conseil, promouvoir l'utilisation du préservatif, effectuer les tests de dépistage des IST, assurer l'approvisionnement en contraceptifs et le traitement du VIH/sida ou y référer leurs clientes. Le cas échéant, ces programmes peuvent également offrir des services volontaires et confidentiels de conseil et de dépistage du VIH. Les programmes intégrés de lutte contre le VIH et de planification familiale sont souvent mieux à même de répondre à tous les besoins de santé reproductive des femmes que les programmes autonomes spécialisés (voir l'encadré 4).



Une jeune famille au Caire, en Egypte.

Encadré 4 : Intégration des services de planification familiale et de lutte contre le VIH/sida

Au nombre des avantages de l'intégration des services de planification familiale et de lutte contre le VIH/sida figurent l'accès amélioré à l'information et aux services, l'amélioration de la qualité des services, une meilleure utilisation des ressources, et une réduction de l'isolement. La planification familiale est en cours d'intégration dans toute une gamme de programmes de lutte contre le VIH/sida, notamment :

- Les programmes de traitement.
- Les services de conseil et de dépistage volontaires (CDV).
- La prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME).
- Les soins à domicile.
- Les programmes de PTME-Plus, qui s'occupent de la protection du nouveau-né contre le VIH soit pendant la grossesse et l'accouchement soit par l'allaitement au sein, et fournissent en outre des soins continus et complets aux mères séropositives et à leurs familles.

Les programmes intégrés proposent généralement des services de conseil sur la prévention des grossesses non souhaitées et de la transmission du VIH, et fournissent des contraceptifs ou envoient les femmes dans des installations où les produits et services sont disponibles.

La promotion de l'usage du préservatif par les programmes intégrés peut avoir un effet bénéfique, notamment en réduisant la stigmatisation associée à l'emploi du préservatif. Selon des études récemment terminées, le renforcement des services de conseil sur l'emploi du préservatif pour prévenir tant le VIH

que la grossesse, l'utilisation du préservatif et son utilisation avec une autre méthode de contraception s'est traduit par une augmentation marquée de l'utilisation de cette méthode de contraception.¹

Il existe différentes approches possibles à l'intégration de la planification familiale et de la lutte contre le VIH. Dans les pays où l'épidémie de VIH est passée dans la population générale, des efforts d'intégration pourraient être tentés sur toute une panoplie d'interventions, avec notamment l'intégration de la planification familiale dans les activités associées à la lutte contre le VIH et vice versa. D'un autre côté, dans les régions où tant le taux d'emploi des contraceptifs que le taux de séroprévalence sont peu élevés, il sera peut-être préférable d'organiser des activités axées uniquement sur la planification familiale, avec en parallèle des activités de lutte contre le VIH au sein des populations à plus haut risque. Les responsables des programmes doivent prêter la plus grande attention au contexte national et se mettre en quête de synergies entre les programmes afin de saisir toutes les opportunités favorables.²

BIBLIOGRAPHIE

1. Population Council/Frontiers, NASCOP/NLTP, Division of Reproductive Health (MOH), *Feasibility, Acceptability, Effect and Cost of Integrating Counseling Services and Testing for HIV Within Family Planning Services in Kenya* (Juillet 2008).

2. USAID, *Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs* (Washington, DC : USAID, 2003).

Pleins feux :

Le repositionnement de la planification familiale en Afrique subsaharienne

Chaque heure de chaque jour, une trentaine de femmes meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement en Afrique subsaharienne — environ 270 000 décès cette année. Et chaque minute de chaque jour, neuf enfants de moins de 5 ans meurent en Afrique — 4,8 millions d'enfants chaque année. La planification familiale permettrait de prévenir nombre de ces décès en habitant les femmes à avoir des enfants pendant les périodes les meilleures pour elles comme pour leurs enfants.

Au cours des dix dernières années, l'attention et les ressources prévues pour les programmes de planification familiale ont été détournées dans bien des pays d'Afrique subsaharienne, malgré le degré toujours élevé des besoins. La lutte contre le VIH/sida et la pauvreté sont maintenant des priorités importantes. Les réformes du secteur de la santé ont créé de nouveaux défis en termes de gestion, notamment la décentralisation de l'autorité pour réduire les niveaux administratifs, qui ne considèrent pas la planification familiale comme une priorité. De nouveaux mécanismes financiers mis en place par les donateurs et les bailleurs de fonds, notamment les approches sectorielles et documents de stratégies pour la réduction de la pauvreté (DSRP), omettent souvent la planification familiale. Ces facteurs et d'autres ont contribué à réduire le degré de priorité accordé à la planification familiale ces derniers temps.

Pour tenter de relancer l'intérêt, plusieurs pays de la région participent à une initiative importante pour repositionner la planification familiale à un niveau plus élevé de l'ordre du jour national et local. L'initiative pour le « Repositionnement de la planification familiale » est un effort multilatéral pour garantir que l'accès à des services de planification familiale de qualité demeure une priorité pour les décideurs politiques et les prestataires de services de santé. Le but ici est de mobiliser l'engagement politique et les ressources requises pour renforcer les services de planification familiale, ce qui permettra un meilleur accès à des méthodes de contraception sûres et efficaces pour aider les femmes et les couples à avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent au moment où ils le souhaitent.



© Elizabeth L. Gilbert/Redux Pictures

Un couple et ses deux enfants à Nairobi.

POURQUOI SE CONCENTRER SUR L'AFRIQUE ?

L'Afrique subsaharienne présente le taux de fertilité le plus élevé de toutes les régions du monde — 5,4 naissances en moyenne par femme — soit le double de celui de l'Asie (à l'exclusion de la Chine) et plus de trois fois celui de l'Europe.¹ Les taux de naissances dans la région sont tellement élevés que malgré les taux de mortalité considérables dus au sida dans certains pays, la population de 809 millions de personnes en 2008 devrait atteindre 1,2 milliards d'ici 2025.²

Un des principaux facteurs sous-jacents des taux de natalité élevés est la faible utilisation de la planification familiale : 18 % seulement des femmes mariées de l'Afrique subsaharienne utilisent des méthodes modernes de planification familiale. Toutefois, ce chiffre dissimule d'importantes différences sous-régionales : le taux d'utilisation de contraceptifs modernes est de 58 % en Afrique du Sud, 22 % en Afrique de l'Est et 7 % et 9 % seulement en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest, respectivement.³

Selon les estimations, 35 millions de femmes en Afrique subsaharienne auraient un besoin non satisfait en services de planification familiale — elles veulent espacer leurs naissances ou cesser de tomber enceintes, mais elles n'utilisent aucune méthode de contraception. Dans 28 des 31 pays pour lesquels on dispose de cet indicateur, au moins un cinquième des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans ont un besoin non satisfait. Dans six pays africains (les Comores, l'Éthiopie, le Ghana, le Lesotho, la Mauritanie et le Sénégal), environ un

tiers des femmes présentent un besoin non satisfait en planification familiale. Dans trois pays (le Rwanda, le Togo et l'Ouganda), au moins 40 % des femmes auraient des besoins non satisfaits de ces services.⁴

LES COÛTS DES GROSSESSES NON SOUHAITÉES

Des suites des besoins non satisfaits, il se produit chaque année des millions de grossesses non souhaitées en Afrique subsaharienne. Dans trois des pays de la région où des enquêtes ont été réalisées récemment (le Lesotho, la Namibie et le Swaziland), 50 % ou plus des grossesses sont non souhaitées — soit non planifiées, soit arrivant à un moment peu propice. Dans d'autres pays, les taux des grossesses non souhaitées vont de 45 % (Kenya) et 46 % (Ouganda) à 40 % (Ghana, Malawi et Rwanda). Près d'une naissance sur trois est involontaire au Congo, en République démocratique du Congo, en Ethiopie, au Sénégal et au Zimbabwe.⁵

Ces niveaux élevés de grossesses non souhaitées peuvent poser des risques de santé sérieux aux mères et à leurs nourrissons. Près de la moitié des décès maternels du monde se produisent en Afrique subsaharienne, où une femme sur 22 risque de mourir des complications de la grossesse et de l'accouchement pendant son vie.⁶ Toute grossesse présente certains risques pour la santé, mais surtout chez les femmes jeunes (moins de 18 ans), plus âgées (plus de 35 ans), ayant leurs enfants de manière trop rapprochée ou ayant eu de nombreux enfants ; ces femmes sont confrontées à des risques accrus de complications et de décès pour elles comme pour leurs nouveau-nés.

Une autre conséquence des grossesses non souhaitées est l'avortement. En Afrique subsaharienne,

selon les estimations, il se produirait 4,7 millions d'avortements chaque année.⁷ Et 98 % environ sont effectués soit par des personnes ne disposant pas du modicum de connaissances requis soit dans un environnement ne respectant pas les normes médicales minimales, voire les deux, ce qui explique les taux de décès maternels dus aux avortements qui représentent 17 % de l'ensemble des décès maternels en Afrique de l'Est, 13 % en Afrique de l'Ouest, 10 % en Afrique Centrale et 9 % en Afrique australe.⁸ Par ailleurs, ces avortements dans des conditions à risque sont plus fréquents chez les femmes pauvres, jeunes et celles qui vivent dans les régions rurales.

RÉDUCTION DES BESOINS NON SATISFAITS

La réduction des besoins non satisfaits permettrait de baisser de manière considérable le nombre de grossesses non souhaitées, d'avortements et de décès maternels et infantiles. A titre d'exemple, selon les projections actuelles, l'Ethiopie enregistrera 56 millions de grossesses entre 2005 et 2015, dont près de 24 millions seraient involontaires. Si l'on parvient à répondre aux besoins non satisfaits en Ethiopie, le nombre de grossesses non souhaitées diminuera de près de 6 millions, ce qui, en retour, représenterait près 2 millions d'avortements de moins (voir tableau).⁹ Qui plus est, plus d'un million de décès de nourrissons et d'enfants (de moins de 5 ans), et près de 13 000 décès maternels pourraient être évités sur cette période de 10 ans.

VIH/SIDA

Selon les chiffres de 2007, plus des deux tiers des personnes séropositives vivent en Afrique subsa-

Sauver des vies en répondant aux besoins non satisfaits en services de contraception, 2005 à 2015

	Nombre cumulé de grossesses non planifiées (2005-2015)	Nombre de grossesses non planifiées évitées lorsque les besoins en contraception sont satisfaits	Avortements évités	Nombre cumulé de décès d'enfants de moins de cinq ans évités	Nombre cumulé de décès maternels évité
Nigeria	29 millions	3,5 millions	1,2 million	1,0 million	18 849
Ethiopie	24 millions	5,8 millions	2 millions	1,1 million	12 782
Kenya	15 millions	3,9 millions	1,2 million	0,4 million	14 040
Ouganda	14 millions	4,6 millions	1,2 million	0,8 million	16 877
Tanzanie	14 millions	2,9 millions	1,1 million	0,5 million	18 688
Ghana	8 millions	1,4 million	0,4 million	0,2 million	3 962

Source : Scott Moreland et Sandra Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning* (Washington, DC et Chapel Hill, NC : Constella Futures et RTI International, 2007).

harienne — soit 22 millions. Plus de 5 200 adultes et enfants contractent l'infection au VIH chaque jour dans la région.¹⁰ La transmission se fait ici essentiellement par contact hétérosexuel, et les femmes représentent une part plus élevée des nouveaux cas de VIH que les hommes parce qu'elles sont physiquement plus vulnérables à l'infection. En Afrique subsaharienne, 59 % des adultes qui vivent avec le VIH ou le sida sont des femmes.¹¹ En Afrique du Sud, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont quatre fois plus susceptibles de contracter l'infection par le VIH que les jeunes garçons.¹²

Au moins 2 millions d'enfants de la région vivent avec le VIH/sida. Les cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement représentent plus de 90 % de toutes les infections contractées par les enfants. En l'absence d'une intervention, il est estimé que 15 à 30 % des mères séropositives transmettront le VIH pendant la grossesse ou l'accouchement, et 10 à 20 % par l'allaitement.¹³

La planification familiale est peut-être l'un des secrets les mieux gardés de la prévention du VIH.¹⁴ Une disponibilité accrue de la planification familiale permettrait de prévenir des dizaines des milliers d'infections de manière plus fiable et à moindre frais que les médicaments antirétroviraux. Chaque année, l'emploi de la contraception permet d'éviter plus de 577 200 grossesses non souhaitées à des femmes séropositives en Afrique subsaharienne. Si toutes les femmes de la région ne souhaitant pas tomber enceintes recourraient à la contraception, il serait possible d'éviter plus de 533 000 grossesses non souhaitées supplémentaires à des femmes séropositives chaque année.¹⁵ Au Rwanda, l'inclusion de la planification familiale dans les programmes des services de conseil et de dépistage volontaire s'est traduite par une réduction considérable des grossesses chez les femmes séropositives, de 22 % à 9 % en une année après l'inclusion des contraceptifs hormonaux au programme.¹⁶

PERSPECTIVES D'AVENIR

Aider les couples de toute l'Afrique subsaharienne à choisir le nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et l'espacement de leurs naissances permettrait d'améliorer de manière considérable la santé et l'existence de millions de femmes, de fillettes, de nourrissons et de familles. Le repositionnement de l'initiative sur la planification familiale cherche à renforcer la sensibilisation et à éduquer les nouvelles générations de décideurs politiques, de membres du personnel chargé des

programmes, et de prestataires de services quant aux avantages considérables que présente la planification familiale et son rôle dans le contexte du développement national. Le succès de cette initiative — replacer l'accès à la planification familiale sur la liste des priorités — exige un renforcement des engagements politiques à la fourniture des ressources financières et humaines requises par la planification familiale, une participation et une coordination accrues entre chefs d'Etat, donateurs et autres partenaires, notamment le secteur privé ; et une attribution plus efficace des ressources à des programmes techniquement confirmés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Donna Clifton, Toshiko Kaneda et Lori Ashford, *Family Planning Worldwide 2008* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008).
2. Carl Haub et Mary Mederios Kent, *Fiche de données sur la population mondiale 2008* (Washington DC : Population Reference Bureau, 2008).
3. Clifton, Kaneda et Ashford, *Family Planning Worldwide 2008*.
4. Clifton, Kaneda et Ashford, *Family Planning Worldwide 2008*.
5. Macro International Inc., Enquêtes démographiques et de santé, années diverses.
6. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2007) : 1.
7. Gilda Sedgh et al., « Induced Abortion: Estimated Rates and Trends Worldwide, Guttmacher Institute and World Health Organization », *The Lancet*, 370, no 9595 (2007) : 1338-45.
8. OMS, *Unsafe Abortion-Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, 5th éd. (Genève : OMS, 2007).
9. Scott Moreland et Sandra Talbird, *Achieving the Millenium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning* (Washington, DC : The Futures Group/Policy Project, 2007) : 7, consulté en ligne à l'adresse suivante : <http://uaps2007.princeton.edu/download.aspx?submissionId=70581>, le 3 mai 2008. La proportion du nombre de grossesses non souhaitées se terminant en avortement était présumée à 41 % en Ethiopie, selon une analyse de 1999 par Henshaw et al. (Guttmacher Institute).
10. ONUSIDA, *2008 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* (Genève : ONUSIDA, 2008) : 214, 39.
11. ONUSIDA, *2008 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* : 214-15.
12. Olive Shisana et al., *South African National VIH Prevalence, VIH Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2005* (Cape Town: HSRC Press, 2005) : 37, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html, le 6 novembre 2008.
13. Kevin deCock et al., « Prevention of Mother-to-Child VIH Transmission in Ressource-Poor Countries », *JAMA* 283, no 9 (2000) : 1175-82.
14. Ward Cates, chargé de recherche pour Family Health International, cité par : Craig Timberg, « Best-Kept Secret for HIV-Free Africa », *Washington Post*, 16 décembre 2007.
15. Tiré de : Heidi W. Reynolds, M.J. Steiner et Willard Cates Jr., « Contraception's Proved Potential to Fight HIV », *Sexually Transmitted Infections* 81 (2005) : 184.
16. Molly Strachan et al., « An Analysis of Family Planning Content in HIV-AIDS, VCT, and PMTCT Policies in 16 Countries », *POLICY Working Paper Series 9* (Washington, DC : Constella Futures, 2004) : 24.

Investir dans la santé des mères et des enfants

LE COÛT DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Chaque dollar investi dans la planification familiale apporte des bénéfices multiples, en termes de naissances évitées et de vies sauvées, ce qui fait de la planification familiale une intervention très rentable dans le secteur de la santé.²⁸ Des études internationales ont confirmé déjà à plusieurs reprises que la planification familiale était l'un des services de santé les plus rentables, de concert avec d'autres mesures de santé préventives et de base telles que la vaccination des enfants et la prévention du VIH/sida.²⁹

Le coût annuel moyen de l'approvisionnement en contraceptifs est estimé à environ US\$1,55 par utilisateur, sur la base de la panoplie actuelle de contraceptifs utilisés dans les pays en développement.³⁰ Les programmes coûtent plus chers, cependant, parce qu'ils incluent les agents de santé et les coûts de fonctionnement des installations et des programmes de vulgarisation. Les coûts des programmes varient d'une région à l'autre, allant de US \$2 à US \$35 par année de protection par personne, selon le mode de prestation de service, par exemple le marketing social, les dispensaires ou les centres de distribution communautaires.³¹ Les coûts en Afrique sont généralement plus élevés, quel que soit le mode de prestation de service choisi. Cependant, en raison de la sous-utilisation de nombre de programmes existants, les chercheurs estiment que le coût moyen d'un utilisateur supplémentaire de la contraception est plus proche du coût moyen du produit — en moyenne US \$1,55 par nouvel utilisateur. Une réduction radicale du coût par utilisateur sur le long terme exige que les gouvernements renforcent la fréquentation des dispensaires, ainsi que la disponibilité d'informations sur les méthodes contraceptives de longue durée et établissent des partenariats avec le secteur privé pour que ce dernier assure la prestation des services.

Tableau 2 : Coûts associés à la satisfaction des besoins en services de planification familiale et économies résultant, pays choisis

	Coûts associés à la satisfaction des besoins en services de planification familiale (en millions de US\$)	Economies réalisées par catégorie (en millions de US\$)					Total	Economies par \$ investi dans la planification familiale
		Education	Vaccination	Eau et hygiène	Santé maternelle	Paludisme		
Bolivie	5	21	0,1	10	14	–	45	9,0
Guatemala	19	73	1	25	29	–	128	6,7
Madagascar	26	20	13	11	29	3	76	2,9
Zambie	27	37	17	17	37	4	112	4,1
Bangladesh	50	153	4	68	102	–	327	6,5
Indonésie	67	338	5	78	125	9	555	8,3
Ethiopie	103	23	44	26	105	10	208	2,0

Source : Constella Futures, POLICY Project and Health Policy Initiative, 2005-2007.

Un investissement dans les services de planification familiale peut se traduire par des économies importantes pour les secteurs de la santé et de l'éducation, et aider les pays à atteindre leurs objectifs de développement. En quelques mots, en évitant des naissances non désirées, les pays seront mieux à même d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. Ils en tireront des avantages aux plans de la santé, de l'éducation et de l'économie parce qu'il y aura moins d'enfants à éduquer et à vacciner, moins de personnes ayant besoin de services d'adduction d'eau et d'hygiène, et moins de femmes ayant besoin de services de santé maternelle. Le tableau 2 (en page 19) illustre les économies potentielles pour les gouvernements qui investissent dans la planification familiale, et l'encadré 5 (en page 22) souligne les principaux avantages pour les particuliers et les sociétés.

Les programmes de planification familiale peuvent être particulièrement rentables lorsqu'ils sont proposés dans les circonstances ci-après :

- **Fourniture de services de planification familiale aux femmes séropositives qui font appel aux services de lutte contre le VIH.** Une étude a récemment examiné les coûts de la prestation de services de planification familiale aux femmes dans les centres de soins pour le VIH, et les économies réalisées par la réduction des traitements requis par les femmes pour la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant ou du nombre des orphelins ayant besoin de soutien. Parmi les 14 pays étudiés, le coût moyen de la prestation des services de planification familiale s'élevait à US \$4 millions, alors que les économies potentielles étaient de l'ordre d'US \$72 millions (soit un ratio économie/coût de 18 à 1).³²
- **Fourniture de services de planification familiale dans le cadre des soins maternels.** Une étude portant sur 27 pays a révélé que deux tiers des femmes présentaient un besoin non satisfait en contraception dans l'année suivant leur dernier accouchement.³³ Ce besoin pourrait être satisfait par une intégration renforcée des services de planification familiale dans les services de santé maternelle et infantile, notamment lors des visites anténatales, des soins à l'accouchement et des visites postpartum.
- **Intégration des services de planification familiale dans les soins post-avortement.** Rares sont les dispensaires et les hôpitaux traitant les femmes victimes de complications d'un avortement qui offrent des services de conseil et de contraception ; pourtant, ces services sont efficaces quant il s'agit d'augmenter l'emploi des contraceptifs.
- **Fourniture de services de planification familiale de concert avec les services de vaccination des enfants.** Les femmes qui vont aux dispensaires pour faire vacciner leurs bébés sont souvent en période postpartum, le moment critique pour offrir des services et des conseils en matière de planification familiale. L'intégration des services de planification familiale aux programmes de vaccination ou la simple intégration de services de conseil et d'aiguillage constituent une stratégie efficace qui renforce le nombre d'utilisateurs de la contraception.³⁴
- **Fourniture de méthodes de longue durée ou permanentes aux femmes et aux couples souhaitant espacer ou cesser leurs grossesses.** Ces méthodes incluent les DIU, les implants, et la stérilisation masculine ou féminine. Ce sont des options rentables en raison du grand nombre d'années de protection fournies. Elles sont également pratiques dans la mesure où les utilisateurs n'ont pas besoin de retourner fréquemment se réapprovisionner en contraceptifs. Une étude réalisée récemment dans 14 pays d'Afrique subsaharienne a révélé que 17 % seulement des utilisateurs de contraceptifs souhaitant cesser d'avoir des enfants utilisaient des méthodes de longue durée ou des méthodes permanentes.³⁵

COMMENT TOUCHER LES SEGMENTS LES PLUS DÉMUNIS

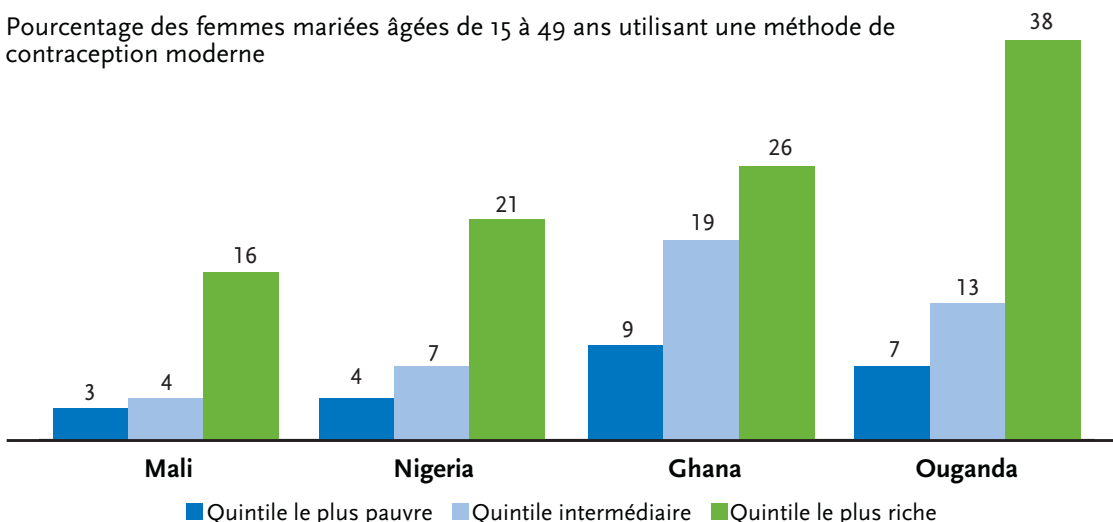
Au sein de la plupart des sociétés, les femmes les plus pauvres sont aussi les moins susceptibles d'avoir recours à la contraception (voir la figure 4). Ces femmes sont aussi celles qui généralement ont le moins de ressources financières pour payer les services de planification familiale. Par suite, il est préférable d'engager les fonds publics pour fournir des services de planification familiale aux groupes les plus pauvres de la population. Cependant, les subventions versées par les gouvernements aux services de planification familiale sont trop souvent « captées » par les groupes les plus riches, parce que les couples plus aisés préfèrent généralement des familles moins nombreuses et sollicitent et se procurent les services disponibles.

Une étude de 10 pays a révélé que 45 % des pilules par voie orale et 56 % des préservatifs fournis directement ou subventionnés par le gouvernement sont en fait distribués à des particuliers qui vivent bien au-dessus du seuil de la pauvreté et peuvent se permettre de payer pour se procurer des contraceptifs dans le commerce.³⁶ L'étude suggère qu'une utilisation accrue de ces méthodes à l'avenir débouchera sur une sollicitation intenable des ressources des gouvernements et des agences de bailleurs de fonds. Par suite, les gouvernements doivent cibler les groupes pauvres et les plus proches du seuil de la pauvreté qui ne peuvent se procurer des contraceptifs dans le commerce, tout en encourageant le secteur privé à satisfaire la demande des groupes plus aisés. Un ciblage réussi des ressources à destination des pauvres est généralement effectué en identifiant des caractéristiques individuelles spécifiques ou en ne fournissant les services qu'à des personnes vivant dans une zone géographique définie.

Diverses stratégies de programmes peuvent être poursuivies pour contribuer davantage aux besoins des groupes les plus démunis. Parmi les exemples de stratégies permettant de toucher les plus vulnérables figurent notamment : l'intégration de la planification familiale dans les soins de santé primaires universels, la fourniture rapprochée de ces services aux communautés et l'établissement de partenariats avec le secteur privé pour accroître la disponibilité de ces services.

Figure 4 : Le taux d'utilisation des contraceptifs est le moins élevé chez les populations pauvres et le plus élevé dans les groupes aisés

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode de contraception moderne



Note : Selon les données tirées des EDS, les chercheurs divisent la population en cinq groupes de dimensions égales (ou quintiles) en fonction d'un index des biens des ménages. Les premier, troisième et cinquième quintiles sont indiqués ici.
Source : Macro International, *Enquêtes démographiques et de santé*, 2003-2006.

Encadré 5 : Pourquoi investir dans la planification familiale : Plus que des avantages pour la santé

La planification familiale contribue au bien-être individuel, familial et social, ce qui démultiplie les rendements sur les investissements consentis par les gouvernements. Au nombre des exemples des avantages non médicaux de la planification familiale, on peut citer :

Pour les particuliers :

- Moins de crainte de grossesses non souhaitées
- Amélioration de l'estime de soi et du pouvoir décisionnel, notamment pour les femmes.
- Plus de temps à passer avec les enfants.
- Plus d'opportunités d'éducation et d'emploi, notamment pour les femmes et les fillettes.
- Participation accrue à la société civile.

Pour les familles et les ménages :

- Plus d'attention parentale et de temps pour chaque enfant.
- Des dépenses plus élevées de santé, de nutrition et d'éducation pour chaque enfant.
- Moins d'orphelins.

Pour les communautés et la société :

- Une productivité accrue.
- Une réduction du fardeau social imposé par les soins aux enfants abandonnés.
- Une réduction des dépenses publiques consacrées à l'éducation, aux soins de santé et autres services sociaux.
- Une augmentation de l'épargne et des investissements.

Adapté de : Susheela Singh et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care* (New York: Guttmacher Institute et UNFPA, 2003) : 26.

Actions prioritaires

De nos jours, un nombre croissant de femmes et d'hommes veulent décider combien d'enfants ils auront et quand, et ils recourent volontairement à la planification familiale. Pour les décideurs politiques et les responsables de la planification des programmes qui cherchent à répondre à cette demande croissante, l'environnement actuel est difficile. L'expérience du passé révèle toutefois qu'il est possible de mettre au point des programmes de planification familiale réussis même dans des circonstances difficiles. Une étude récente portant sur le Ghana, le Malawi et la Zambie révèle qu'une augmentation progressive de l'usage des contraceptifs peut se produire malgré la faiblesse des infrastructures, les ressources limitées et une attention croissante à la lutte contre le VIH/sida.³⁷ Tenir le cap — et reconnaître que tout changement exige un soutien continu — peut faire toute la différence.

Les efforts de promotion de la planification familiale peuvent être redynamisés en sollicitant des engagements renouvelés aux plus hauts niveaux du gouvernement, en renforçant l'accès à des services de qualité, en maintenant un approvisionnement continu en contraceptifs, et en encourageant les personnes intéressées par des services de planification familiale à se les procurer. La mise en application de ces actions et l'engagement des ressources nécessaires peuvent contribuer à sauver des millions de vies et aider les populations à atteindre leurs objectifs reproductifs.

Au nombre des actions prioritaires figurent notamment les suivantes :

- **Promouvoir la planification familiale à tous les niveaux** de gouvernement et avec les agences des bailleurs de fonds pour garantir l'inclusion de la planification familiale au niveau du processus de budgétisation et de planification.
 - ❖ Fournir aux décideurs politiques des éléments probants en faveur de l'inclusion de la planification familiale dans les stratégies de réduction de la pauvreté, des approches sectorielles, des plans nationaux stratégiques et des budgets nationaux de santé.
 - ❖ S'assurer que la planification familiale est inclus dans les services essentiels de santé primaire des plans nationaux et de district.
 - ❖ Identifier et appuyer des champions de planification familiale parmi les leaders prêts à chercher à convaincre leurs pairs. Ces champions incluent notamment les membres du par-



Un couple à Sololá (Guatemala) lors d'une consultation sur la planification familiale.

© Richard Lord

lement et les dirigeants des ministères de la Santé, des organisations non gouvernementales, des agences de bailleurs de fonds, des installations médicales et des communautés.

- ❖ Souligner que la planification familiale permet de sauver des vies, contribue à la lutte contre le VIH/sida et aide à atteindre bien d'autres objectifs de développement.
- **Réformer la prestation de services** pour s'assurer que les systèmes de santé assurant les services de planification familiale fonctionnent bien et fournissent des soins de qualité:
 - ❖ S'assurer qu'un approvisionnement suffisant en contraceptifs soit disponibles sur les sites de distribution lorsqu'ils sont nécessaires.
 - ❖ Intégrer les services de manière rentable pour fournir aux femmes et aux familles les soins dont elles ont besoin. L'intégration de la planification familiale aux soins postpartum et post-avortement, aux services vaccination et aux services de lutte contre le VIH/sida est d'importance critique.



Des femmes écoutent un exposé sur la contraception donnée par un conseiller d'une ONG pakistanaise sur la santé reproductive.

- ❖ Améliorer les services de conseil sur les contraceptifs pour s'assurer que les femmes, les hommes et les jeunes puissent prendre des décisions éclairées et volontaires.
- ❖ Assurer une formation et une supervision adéquate des prestataires de services pour veiller à ce qu'ils fournissent des informations correctes sur la contraception et soient à l'écoute des besoins de leurs clients.
- ❖ Éliminer les obstacles à l'utilisation des contraceptifs, notamment l'âge, la situation de famille et le consentement du conjoint, et s'assurer que les prestataires de services comprennent ces obstacles et sachent les éliminer.

- ❖ Mettre des méthodes de longue durée

et des méthodes permanentes à la disposition des personnes qui souhaitent ne plus avoir d'enfants.

- **Stimuler la demande de services de planification familiale** par l'information, l'éducation et des programmes de communication focalisés sur les changements de comportement. Ces programmes intensifient la compréhension et l'acceptation de la planification familiale tout en éliminant les mythes éventuels sur les méthodes de contraception. Les messages relatifs aux bénéfices de l'espacement des grossesses pour la santé sont tout particulièrement importants en Afrique subsaharienne, où existe le plus fort besoin non satisfait de report, d'espacement et de limitation des naissances.
- **Impliquer les communautés et les leaders communautaires**, en particulier dans les zones rurales où réside la majorité de la population. Il est recommandé d'utiliser les structures communautaires existantes pour transmettre à la population les informations sur la planification familiale et assurer un accès facile aux services et aux approvisionnements, notamment par le biais de systèmes de distribution à base communautaire et de marketing social.

- **Atteindre les groupes les moins desservis**, en particulier les adolescents, les hommes et les segments les plus pauvres de la société. Il est recommandé aux gouvernements qu'ils aillent au-delà de l'utilisation moyenne des contraceptifs et qu'ils concentrent leurs efforts sur la réduction des disparités d'utilisation entre les divers sous-groupes de population.
- **Etablir des partenariats avec le secteur privé** pour renforcer la portée des services de planification familiale et la durabilité à long terme. Les secteurs à but lucratif et à but non lucratif peuvent toucher d'importants segments de la population et parfois assurer une prestation plus efficace des services que les gouvernements.
- **Utiliser les résultats pour reproduire et renforcer les programmes couronnés de succès.** Il est nécessaire de procéder en continu à une analyse rigoureuse des évaluations et des opérations sur les programmes de planification familiale afin d'identifier les succès et voir s'il est possible de les reproduire ailleurs et comment.

Bibliographie

1. Elaine Murphy, « Diffusion of Innovations: Family Planning in Developing Countries », *Journal of Health Communication* 9, Supplément 1 (2004) : 123-29.
2. Martine Collumbien, Makeda Gerressu et John Cleland, « Non-Use and Use of Ineffective Methods of Contraception », dans *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, ed. Majid Ezzati et al. (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2004) : 1255-1320.
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing* (Genève : OMS, 2007).
4. *Return of the Population Growth Factor—Its Impact Upon the Millennium Development Goals, Report of Hearings by the All Party Parliamentary Group on Population, Development, and Reproductive Health*, janvier 2007.
5. Susheela Singh et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care* (New York : Guttmacher Institute et UNFPA, 2003).
6. Ruth Levine et al., « Contraception », dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2e éd., ed. Dean T. Jamison et al. (New York : Banque mondiale et Oxford University Press, 2006) : 1082.
7. OMS, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* (Genève : OMS, 2007) : 1.
8. Collumbien, Gerressu et Cleland, « Non-Use and Use of Ineffective Methods of Contraception ».
9. Agustin Conde-Agudelo et Jose Belizan, « Maternal Morbidity and Mortality Associated With Interpregnancy Interval: Cross Sectional Study », *British Medical Journal* 321, no 7271 (2000) : 1255-59.
10. Singh et al., *Adding It Up*.
11. Singh et al., *Adding It Up*.
12. Gilda Sedgh, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole et Susheela Singh, « Women With an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method », *Occasional Report 37* (New York : Guttmacher Institute, 2007).
13. OMS, *Unsafe Abortion—Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, 5e éd. (Genève : OMS, 2007).
14. OMS, *Unsafe Abortion—Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*.
15. Charles F. Westoff, *Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 countries* (Calverton, MD : ORC Macro, 2005).
16. Mizanur Rahman, Julie DaVanzo et Abdur Razzaque, « Do Family Planning Services Reduce Abortion in Bangladesh? », *The Lancet* 358, no 9287 (2001) : 1051-56.
17. « Family Planning Prevents Abortion », *POP Briefs* (Washington DC : USAID, 2001).
18. INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Santé, *Family Planning : A Global Handbook for Providers* (Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2007), consulté en ligne à l'adresse suivante : www.infoforhealth.org/globalhandbook/index.shtml.
19. INFO Project, *Family Planning* : chapitre 3.
20. Shea O. Rutstein, « Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-Five Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries : Evidence From the Demographic and Health Surveys », *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89 (2005) : S7-24.
21. OMS, *Rapport sur la Consultation technique de l'OMS sur l'espacement des naissances*.
22. ONUSIDA, *2008 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* (Genève : ONUSIDA, 2008) : 214-15.

23. ONUSIDA, *2008 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* : 30.
24. John Stover et al., « Adding Family Planning to PMTCT Sites Increases the Benefits of PMTCT », *USAID Issue Brief, HIV-AIDS* (octobre 2003).
25. Stover et al., « Adding Family Planning to PMTCT Sites Increases the Benefits of PMTCT. »
26. Ronald H. Gray et al., « Increased Risk of Incident VIH During Pregnancy in Rakai, Uganda: A Prospective Study », *The Lancet* 366, no 9492 (2005) : 1182-88.
27. John Stover, Leanne Dougherty et Margaret Hamilton, *Are Cost Savings Incurred by Offering Family Planning at Emergency Plan HIV-AIDS Care and Treatment Facilities?* (Washington, DC : The Futures Group/POLICY Project, 2006) : 9-10, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.policyproject.com, le 11 décembre 2008. Données tirées de plusieurs études y figurant.
28. Levine et al., « Contraception » : 1084-85.
29. Banque Mondiale, *Investing in Health : World Development Report 1993* (Washington, DC : Banque mondiale, 2003) ; et Dean T. Jamison et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2e éd. (New York : Banque mondiale et Oxford University Press, 2006).
30. Levine et al., « Contraception » : 1083.
31. Levine et al., « Contraception » : 1082.
32. Stover, Dougherty et Hamilton, *Are Cost Savings Incurred by Offering Family Planning Services at Emergency Plan HIV-AIDS Care and Treatment Facilities?* : 9-10.
33. John A. Ross et W.L. Winfrey, « Contraceptive Use, Intention to Use, and Unmet Need During the Extended Postpartum Period », *International Family Planning Perspectives* 27, no 1 (2001) : 20-27.
34. Ernest Rwamucyo et al., « Combining Family Planning Activities With the Expanded Program on Immunization in Rwanda », POPLINE non publié (1994) ; et Dale Huntington et Aristide Aplogan, « The Integration of Family Planning on Childhood Immunization Services in Togo », *Studies in Family Planning* 25, no 3 (1994) : 176-83.
35. John M. Pile et al., « Investing in the Future—The Case for Long-acting and Permanent Contraception in sub-Saharan Africa » (analyse secondaire des données des EDS), exposé présenté à la Conférence de l'Union pour la population africaine, Arusha, Tanzanie, 10-14 décembre, 2007.
36. Jeff Sine, « How Much Is Enough? Estimating Resource Requirements for Subsidized Contraceptives », *Commercial Marketing Strategies Technical Series*, No 4 (Washington, DC : CMS, 2002).
37. USAID et le ACQUIRE Project/EngenderHealth, *Moving Family Planning Programs Forward: Learning From Success in Zambia, Malawi, and Ghana* (New York : EngenderHealth 2005).



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

BRIDGE

LA PLANIFICATION FAMILIALE SAUVE DES VIES

Population Reference Bureau

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009 USA
prborders@prb.org
www.prb.org