



Une vue d'ensemble: coûts et avantages des services de contraception—Évaluations pour 2012

Susheela Singh et Jacqueline E. Darroch

POINTS SAILLANTS

- En 2012, environ 645 millions de femmes dans le monde en développement utilisaient des méthodes modernes – soit 42 millions de plus qu'en 2008. Environ la moitié de cette augmentation était due à la croissance démographique.
- Dans le monde en développement, la proportion de femmes mariées utilisant des contraceptifs modernes s'est à peine modifiée entre 2008 (56 %) et 2012 (57 %).
- Le nombre de femmes ayant un besoin non satisfait de contraception moderne est en 2012 de 222 millions. Ce nombre a légèrement diminué de 2008 à 2012 dans l'ensemble du monde en développement, mais il a augmenté dans certaines régions, ainsi que dans les 69 pays les plus pauvres.
- En 2012, les soins de contraception coûteront 4,0 milliards de dollars dans le monde en développement. Pour répondre entièrement au besoin actuel de méthodes de contraception moderne pour toutes les femmes du monde en développement, il faudrait 8,1 milliards de dollars par an.
- L'utilisation actuelle de contraceptifs préviendra 218 millions de grossesses non désirées dans les pays en développement en 2012, c'est-à-dire du même coup 55 millions de naissances non planifiées, 138 millions d'avortements (dont 40 millions pratiqués dans des conditions dangereuses), 25 millions de fausses couches et 118 000 décès maternels.
- Servir toutes les femmes des pays en développement qui ont actuellement un besoin non satisfait de méthodes modernes préviendrait en outre 54 millions de grossesses non désirées, ce qui représente 21 millions de naissances non planifiées, 26 millions d'avortements (dont 16 millions pratiqués dans des conditions dangereuses) et 7 millions de fausses couches; et préviendrait aussi 79 000 décès maternels et 1,1 million de décès infantiles.
- Il faut se préoccuper en particulier de faire en sorte de répondre aux besoins de contraception de groupes vulnérables tels que les jeunes femmes, les femmes pauvres et les femmes rurales.
- L'amélioration des services destinés aux utilisatrices actuelles et une satisfaction adéquate des besoins de toutes les femmes qui, bien qu'elles en aient actuellement besoin, n'utilisent pas de contraceptifs modernes, exigera un engagement financier accru de la part des gouvernements et autres parties, ainsi que des changements dans un éventail de lois, politiques, facteurs liés à la prestation des services qui entravent l'accès aux services de contraception.



Juin 2012

Une vue d'ensemble: coûts et avantages des services de contraception—Évaluations pour 2012

Susheela Singh et Jacqueline E. Darroch

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été composé par Susheela Singh et Jacqueline E. Darroch. Haley Ball a mis le rapport au point et Kathleen Randall a supervisé la production. Tous font partie de l'équipe du Guttmacher Institute.

Les auteurs remercient leurs collègues du Guttmacher Suzette Audam pour le traitement des données; Carolyn Cox, Allison Grossman et Jesse Philbin pour leur aide dans les recherches; et Fatima Juarez pour avoir établi des tableaux spéciaux concernant le Mexique. Elles remercient également Eva Weissman, consultante, pour avoir actualisé les données relatives aux coûts. Elles remercient leurs collègues de Guttmacher dont les noms suivent, qui ont révisé les premières versions du rapport: Akinrinola Bankole, Sharon Camp, Susan Cohen, Patricia Donovan, Gustavo Suarez, Michael Vlassoff et Jonathan Wittenberg. En outre, elles sont reconnaissantes à Trevor Croft et Sarah Bradley, de MEASURE DHS, ICF International, d'avoir établi des tableaux spéciaux concernant le besoin non satisfait en utilisant la définition révisée des Enquêtes démographiques et sanitaires.

Les auteurs remercient les réviseurs externes dont les noms suivent d'avoir offert leurs observations sur l'avant-projet: Sarah Bradley, MEASURE DHS, ICF International; Beth Fredrick, Gates Institute; Nyovani Madise, Université de Southampton; Scott Radloff, U.S. Agency for International Development; Sara Seims, David et Lucile Packard Foundation; John Skibiak, Reproductive Health Supplies Coalition; John Stover, Futures Institute; Amy Tsui, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University; et Charles Westoff, Princeton University. Ils sont d'autre part reconnaissants de leurs observations à Howard Friedman, Desmond Koroma, Edilberto Loaiza et Jacqueline Mahon, du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).

Le présent rapport a été financé par des subventions du Ministère du développement international du Royaume-Uni et par la Bill & Melinda Gates Foundation. Les constatations et conclusions qui y figurent sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou politiques des donateurs.

TABLE DES MATIÈRES

Contexte et objectif du présent rapport	3
Besoin et utilisation de contraceptifs modernes	5
Coûts et avantages de répondre au besoin d'une contraception moderne	12
Conclusions et implications	21
Appendice: Méthodologie et sources de données	24
Références	30

Le Guttmacher Institute exprime sa gratitude aux particuliers et aux fondations qui lui ont prêté appui – notamment sous la forme des importantes subventions de la William and Flora Hewlett Foundation, de la David and Lucile Packard Foundation et de la Fondation Ford, qui prend en charge toute l'activité de l'Institut.

© Guttmacher Institute, 2012

Traduction: UNFPA

www.guttmacher.org

Contexte et objectif du rapport

Les préoccupations croissantes suscitées par l'insuffisance des progrès réalisés dans la santé maternelle et procréative au cours des deux dernières décennies ont inspiré un certain nombre d'efforts, actuellement en cours, afin d'obtenir davantage d'attention, d'appui et de ressources pour la planification familiale dans les pays en développement. Voici quelques exemples de ces efforts:

la *HandtoHand Campaign*; l'Alliance pour la santé procréative, maternelle et néonatale (*Alliance for Reproductive, Maternal and Newborn Health*); le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; Les femmes donnent le jour; les activités visant à suivre les importants jalons du développement mondial et de l'allègement de la pauvreté (CIPD + 20 et OMD + 15); les initiatives d'institutions et de fondations donatrices, et le Sommet de Londres sur la planification familiale de 2012¹⁻⁷. Un objectif commun à toutes ces initiatives est d'élargir l'accès aux services de contraception et, par là, de mieux servir les femmes qui veulent retarder leur prochaine grossesse ou ne plus en avoir, parce qu'il sera ainsi possible de réduire le nombre de grossesses non désirées, d'aider les femmes et les couples à avoir le nombre d'enfants souhaité et mieux marquer le moment souhaité de chaque grossesse, et de prévenir de nombreux décès et invalidités liées à la grossesse⁸. Outre ces avantages à court terme, une prévention accrue des grossesses non désirées en aurait de plus généraux et à plus long terme pour les femmes, les familles et la société, allant d'une meilleure éducation pour les femmes et d'une meilleure santé pour les enfants à une plus grande épargne familiale, à de moindres taux de croissance démographique et à des économies nationales plus solides^{9,10}.

Une étude de 2009, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, a mis en lumière ces questions en quantifiant le nombre de femmes ayant un besoin non satisfait de services modernes de contraception – 215 millions de femmes dans le monde en développement en 2008¹¹. Cette étude a également évalué les coûts et avantages de répondre au besoin non satisfait de services de contraception. Avec ces évaluations à l'esprit, diverses initiatives ont fixé des objectifs consistant à augmenter le nombre de femmes qui utilisent des méthodes modernes dans

certaines groupes de pays témoins. L'initiative des Nations Unies 'Toutes les femmes, tous les enfants' et d'autres évaluent actuellement le progrès réalisé vers la satisfaction des besoins de contraception des femmes, ainsi que les efforts additionnels nécessaires pour continuer d'améliorer l'accès aux services modernes de planification familiale, et certains pays ont fixé leurs propres objectifs s'agissant d'augmenter le nombre de nouvelles utilisatrices de contraceptifs¹².

Ces initiatives ont généralement fixé leurs objectifs en indiquant le chiffre attendu de nouvelles utilisatrices de méthodes modernes, parce que c'est un indicateur direct et immédiat qui augmente habituellement en réponse aux interventions. Par exemple, le Sommet de Londres sur la planification familiale lance une activité visant à rendre les services de contraception modernes accessibles d'ici 2020 à 120 millions de femmes de plus dans les 69 pays les plus pauvres du monde¹³. Un objectif sous-jacent de ces initiatives est aussi de réduire le nombre de femmes qui ont un besoin non satisfait de méthodes modernes. Pourtant, cet indicateur est moins souvent utilisé pour mesurer les progrès parce que le besoin non satisfait peut augmenter – même alors que le nombre d'utilisatrices des méthodes modernes s'élève – les couples désirant de plus en plus avoir moins d'enfants et exercer un contrôle accru sur le moment où placer les grossesses.

Le rapport présente les nouvelles évaluations, en 2012, des nombres et proportions de femmes qui, dans le monde en développement, utilisent des méthodes modernes ou ont besoin d'une contraception moderne, ainsi que le coût et l'impact de satisfaire à ce besoin*. Les évaluations d'Une vue d'ensemble 2012 (*Adding It Up 2012*) sont comparables à celles du rapport de 2009 et nous permettront donc d'évaluer les progrès réalisés de 2008 à 2012. Les évaluations présentées ici intègrent les données des enquêtes les plus récentes qui soient disponibles concernant le besoin et l'utilisation de contraception et les évaluations actualisées de 2012 des coûts directs de la fourniture de services de contraception. Elles empruntent aussi à la mise à jour des évaluations

*Nous prévoyons de publier une série plus complète d'évaluations, notamment sur d'autres services de santé sexuelle et procréative, au début de 2014.

du nombre de grossesses et de décès maternels. Dans certains cas, quand une information plus récente n'est pas disponible, nous nous en remettons à des mesures tirées de l'analyse de 2009 – l'exemple le plus important étant les évaluations des coûts du programme et des systèmes (voir Appendice, pages 24-28, pour plus de détails).

Nous présentons dans ce rapport des évaluations pour tous les pays en développement (tels que défini par la Division de statistique de l'ONU) pour les trois principales régions (Asie, Afrique, et Amérique latine et Caraïbes) pour 14 sous-régions et pour les 69 pays les plus pauvres du monde en développement (Appendice, Tableau 1, page 29)^{14,15}. L'objectif du rapport est d'inspirer les décisions et activités des donateurs, des gouvernements des pays en développement et des avocats qui visent à améliorer et élargir l'accès aux services de contraception pour toutes les femmes et tous les couples dans les pays en développement.

Besoin et utilisation de contraceptifs modernes

Le passage général dans le monde en développement des familles nombreuses aux familles peu nombreuses peut être considéré comme l'une des transformations sociales les plus importantes du XX^e siècle et fait parallèle à une transition analogue dans le monde développé, mais beaucoup plus tôt et à un rythme plus lent^{16,17}. Partant d'une moyenne de plus de 5 enfants par famille dans les années 1970, les couples du monde en développement avaient environ 2,5 enfants en moyenne durant la décennie 1994-2005, bien que l'éventail soit resté très large selon les pays¹⁸.

Si de nombreux facteurs ont joué un rôle dans cette transformation, l'un des principaux mécanismes à l'aide desquels la famille moins nombreuse est devenue la norme réside dans l'utilisation accrue de contraceptifs, devenus accessibles grâce aux programmes de planification familiale du secteur public, aux organisations non gouvernementales et au secteur privé, y compris dispensaires et pharmacies¹⁹⁻²². Les compilations de données par l'ONU montrent que l'utilisation de méthodes contraceptives modernes par les femmes mariées* âgées de 15 à 49 ans dans le monde en développement est passée d'un niveau négligeable dans les années 1960 à des taux d'environ 47 % en 1990 et 55 % en 2000²³ et s'est stabilisée depuis cette date, restant au même niveau en 2009²⁴. En même temps, le désir d'avoir peu d'enfants et de mieux choisir le moment de leur naissance reste fort et s'accroît en de nombreuses parties du monde en développement²⁵. D'autres tendances mondiales, comme les niveaux croissants d'activité sexuelle chez les femmes jeunes non mariées – ce qui est lié au fait qu'elles se marient plus tard²⁶ – déterminent un besoin croissant de contraception efficace chez les femmes non mariées. Dans le présent chapitre, nous examinons la situation actuelle et les tendances récentes concernant les besoins existants et l'utilisation de la contraception moderne.

* Dans le rapport, l'appellation "femmes mariées" se réfère à celles qui sont légalement mariées, vivent en cohabitation ou dans une union consensuelle. L'expression "précédemment mariées" se réfère aux femmes qui ont auparavant vécu dans une union mais avaient cessé au moment de l'interview, et l'expression "jamais mariées" se réfère aux femmes qui n'ont jamais vécu en union.

Le besoin de services de contraception

Tandis que la grande majorité des femmes sont sexuellement actives durant une bonne partie de la période procréative de leur vie, la plupart ne souhaitent avoir qu'un petit nombre d'enfants. Pour obtenir le nombre d'enfants souhaité et éviter les grossesses non désirées, elles auront besoin de contraception pendant la plus grande partie de cette période (voir encadré). En 2012, parmi les 1 520 millions de femmes en âge de procréer

Définition du besoin de contraception moderne

- Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) sont considérées **avoir besoin de contraception** si elles utilisent des contraceptifs – modernes ou traditionnels – ou si elles n'utilisent aucune méthode mais, qu'elles soient mariées ou non mariées et sexuellement actives (c'est-à-dire si elles ont eu un rapport sexuel dans les trois mois précédant la date de l'enquête), sont fertiles et ne veulent pas avoir d'enfant à court terme (dans les deux prochaines années) ou ne veulent plus avoir d'enfants; si elles affirment que leur grossesse actuelle n'est pas désirée; ou si elles ont une aménorrhée postpartum après une grossesse non désirée.
- Les femmes qui n'utilisent pas actuellement une méthode contraceptive moderne – c'est-à-dire les femmes qui n'utilisent aucune méthode ou une méthode traditionnelle – sont **considérées comme ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes**. Les femmes qui utilisent les méthodes traditionnelles sont comprises dans le nombre de celles qui ont un besoin non satisfait de contraception moderne parce que les méthodes qu'elles utilisent risquent davantage d'être inefficaces que les méthodes modernes. Les **méthodes modernes** comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, les implants, les contraceptifs injectables, les pilules, les préservatifs masculins et d'autres méthodes telles que les spermicides et les préservatifs féminins. Les **méthodes traditionnelles** sont principalement le retrait et l'abstinence périodique.

dans le monde en développement, 57 %, soit environ 867 millions, ont besoin de contraception²⁷. La plupart de ces femmes utilisent une méthode de contraception moderne (645 millions), mais une minorité non négligeable (222 millions; Figure 1) n'en utilisent pas et ces femmes ont un besoin non satisfait de contraception moderne.

Un autre groupe de 653 millions de femmes – soit 43 % de toutes les femmes en âge de procréer – n'ont pas actuellement besoin de contraception²⁷. Plus de la moitié de ces femmes (24 % de toutes les femmes en âge de procréer) ne sont ni mariées ni sexuellement actives*; les autres femmes ont eu récemment un enfant désiré, ont actuellement une grossesse désirée ou souhaitent être enceintes d'ici peu (11 %), ou bien sont sexuellement actives mais stériles (8 %).

Comme le besoin de contraception des femmes et leurs conditions de vie varient au cours des années procréatives, elles auront ou n'auront pas, selon le moment, besoin de contraception et beaucoup oscilleront entre l'utilisation de méthodes modernes et un besoin non satisfait. Les évaluations actuelles ici présentées représentent un instantané de la condition de toutes les femmes des pays en développement en 2012.

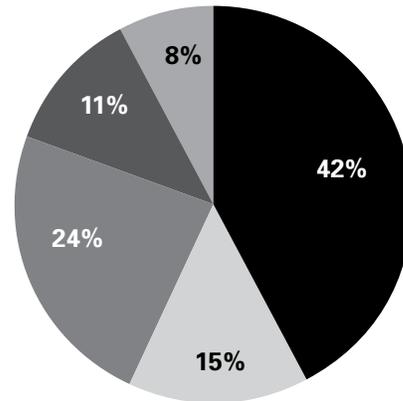
Utilisation de méthodes modernes de contraception

Parmi les 645 millions de femmes qui dans le monde en développement utilisent des méthodes modernes de contraception en 2012, la grande majorité sont mariées (596 millions), environ 20 millions ont été précédemment mariées, et 29 millions n'ont jamais été mariées²⁷. Nous mettons l'accent sur les méthodes de contraception moderne en raison de leur plus grande efficacité s'agissant de prévenir une grossesse en comparaison avec les méthodes traditionnelles, comme le retrait et l'abstinence périodique.

En 2012, dans le monde en développement, les méthodes modernes sont utilisées par 57 % des femmes mariées (sur lesquelles les données sont plus complètes et, peut-on croire, communiquées avec plus d'exactitude, en comparaison avec les autres groupes; Tableau 1, page 7)²⁷. Le taux d'utilisation est plus élevé dans certaines sous-régions (environ 88 % en Asie de l'Est et 70 % en Amérique du Sud) et inférieur à la moyenne dans d'autres (17 % en Afrique subsaharienne, 34 % en Asie occidentale et 46 % en Asie du Sud). Dans les 69 pays les plus pauvres du monde, 40 % des femmes mariées utilisent des méthodes modernes en 2012.

*Nous considérons qu'une femme non mariée est sexuellement active si elle a déclaré avoir eu un rapport sexuel dans les trois mois précédant la date de l'enquête.

FIGURE 1. Plus de la moitié de toutes les femmes en âge de procréer dans les pays en développement ont besoin de contraceptifs modernes.



1 520 millions de femmes

Ont besoin de contraceptifs modernes

- Femmes utilisant des contraceptifs modernes
- Femmes ayant un besoin non satisfait de contraceptifs modernes

N'ont pas besoin de contraceptifs modernes

- Femmes non mariées et non sexuellement actives
- Femmes souhaitant avoir bientôt un enfant ou enceintes/en période de postpartum mais souhaitant une nouvelle grossesse
- Femmes stériles

Source: référence 27

De 2008 à 2012, le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes a augmenté de 42 millions dans l'ensemble du monde en développement, soit une augmentation annuelle moyenne d'environ 10 millions d'utilisatrices^{27,28}. En comparaison, entre 2003 et 2008, le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes avait augmenté de près de 100 millions dans les pays en développement, passant de 504 millions à 603 millions, soit une augmentation annuelle de 20 millions d'utilisatrices²⁸. L'augmentation intervenue entre 2008 et 2012 était due en partie à la croissance démographique (52 %) et en partie à la légère hausse du taux de prévalence des contraceptifs (48 %). Par exemple, la proportion de femmes actuellement mariées qui, dans le monde en développement, utilisent des méthodes modernes s'est à peine modifiée entre 2008 (56 %) et 2012 (57 %)²⁷. La stabilisation du taux d'utilisation des contraceptifs modernes ces dernières années a été signa-

TABLEAU 1: Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant des méthodes de contraception modernes et pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant des méthodes de contraception modernes; changement annuel en pourcentage, par région et sous-région du monde en développement et pour les 69 pays les plus pauvres (2008 et 2012).

Région et sous-région	Parmi toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, nombre (en millions) utilisant des méthodes modernes			Parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, pourcentage de celles utilisant des méthodes modernes		
	2008	2012	Changement annuel en %	2008	2012	Changement annuel en %
Monde en développement	603	645	1,7	56	57	0,4
Afrique	46	51	2,7	23	24	0,2
Afrique subsaharienne*	31	36	4,2	17	17	0,7
Afrique de l'Est	12	17	11,7	20	27	8,6
Afrique moyenne	2	2	1,9	7	7	0,7
Afrique australe	7	9	5,8	54	58	1,9
Afrique de l'Ouest	6	7	2,8	9	9	-0,3
Afrique du Nord	19	16	-3,9	55	45	-4,8
Asie	485	514	1,5	62	62	0,3
Asie de l'Est	261	267	0,5	89	88	-0,2
Asie centrale	6	6	-1,2	51	52	0,3
Asie du Sud	153	163	1,8	45	46	0,3
Asie du Sud-Est	51	64	6,6	50	56	2,8
Asie occidentale	13	14	1,0	34	34	0,2
Océanie	1	1	-7,3	45	30	-8,4
Amérique latine et Caraïbes	72	80	2,6	64	67	1,4
Caraïbes	5	5	-1,3	56	56	0,1
Amérique centrale	17	17	1,2	60	64	1,7
Amérique du Sud	51	58	3,4	66	70	1,4
69 pays les plus pauvres†	229	252	2,6	39	40	0,7

*L'Afrique subsaharienne comprend le Soudan et le Sud-Soudan, qui font l'un et l'autre partie de la région de l'Afrique du Nord. † Une analyse menée pour le Sommet de Londres sur la planification familiale, prévoyant le pourcentage de femmes qui utilisent des méthodes modernes sur la base d'un taux linéaire de changement entre les deux enquêtes les plus récentes, a estimé que 258 millions de femmes dans les 69 pays les plus pauvres utilisaient en 2012 des méthodes modernes, soit 6 millions de plus que les 252 millions indiqués ici, chiffre basé sur l'information la plus récente disponible, mais sans projection

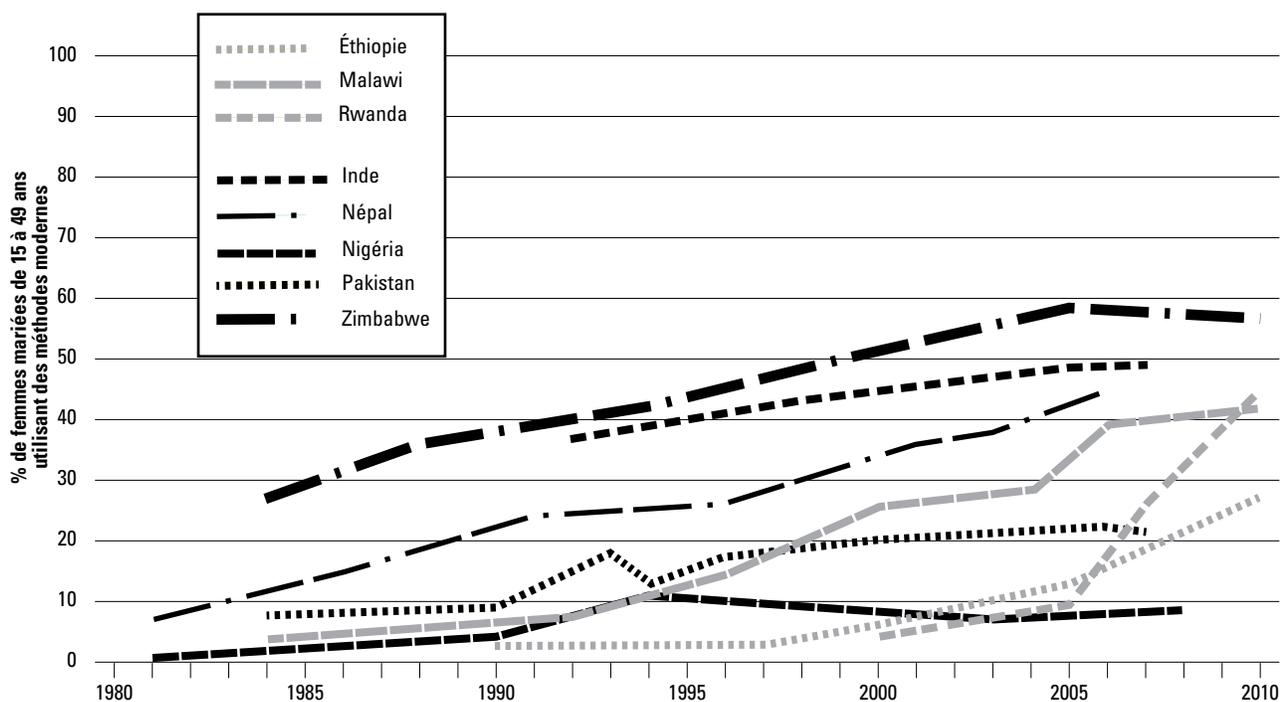
Sources: 2008 – référence 11; 2012 – référence 27.

lée ailleurs pour certains pays et elle est en accord avec les évaluations globales mises à jour²⁹. En dépit de la stabilisation d'ensemble, certains changements importants sont intervenus à l'intérieur des régions. Des hausses plus substantielles des taux de prévalence de méthodes modernes chez les femmes mariées ont été constatées en Afrique de l'Est (de 20 % en 2008 à 27 % en 2012) et en Asie du Sud-Est (de 50 % en 2008 à 56 % en 2012)²⁷. Aucune augmentation n'a été enregistrée en Afrique de l'Ouest et en Afrique moyenne, zones où l'utilisation de contraceptifs modernes demeure très faible. Dans ces sous-régions, les systèmes de santé sont particulièrement peu développés, les taux de mortalité sont très élevés et le besoin de soins généraux, ce qui comprend des services de contraception, de santé maternelle, infantile et néonatale – ce qui vaut pour tous les pays –, y est particulièrement grand.

Ces tendances régionales différentes sont illustrées par l'exemple de quelques pays (Figure 2, page 8)³⁰⁻³⁵. L'Éthiopie, le Malawi et le Rwanda ont vu se produire des augmentations substantielles, tandis que l'Inde, le Népal, le Nigéria, le Pakistan et le Zimbabwe ont connu peu de changement ces dernières années. Tous les pays où la prévalence des contraceptifs n'a que peu augmenté récemment appellent l'attention, mais la situation de pays comme le Nigéria et le Pakistan, où le changement est lent et l'utilisation de méthodes modernes très peu répandue, appellent un examen particulièrement attentif pour déterminer comment répondre aux besoins de contraception existants.

Les femmes jamais mariées constituent un groupe important qui en 2012 représente 26 % de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans dans le monde en développement et comprend principalement des adolescentes

FIGURE 2. Certains pays ont assisté à une augmentation rapide de la prévalence des contraceptifs depuis 2000, tandis que d'autres n'ont vu que peu d'amélioration.



Source: références 30–35.

et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans²⁷. Une tendance régulière s'exerce de longue date dans le sens d'une activité sexuelle accrue chez ces femmes en raison de divers facteurs: apparition des règles à un plus jeune âge, âge du mariage plus tardif et changement des valeurs sociétales²⁶. Quand elles deviennent sexuellement actives, les jeunes femmes qui n'ont jamais été mariées connaissent de bien plus grandes difficultés pour obtenir des contraceptifs que les femmes mariées, en grande partie du fait de l'opprobre qui s'attache à l'activité sexuelle avant le mariage. L'information relative au niveau d'utilisation des contraceptifs et aux tendances en la matière chez les femmes jamais mariées sexuellement actives a ainsi beaucoup d'importance pour les responsables et pour les planificateurs de programme.

Cependant, les données sur le comportement sexuel et procréatif des femmes jamais mariées sont limitées – surtout en Asie et en Afrique du Nord – et il est vraisemblable que les déclarations faites concernant l'activité sexuelle et l'utilisation de contraceptifs dans ces régions sont inférieures à la réalité. En Afrique subsaharienne et en Amérique latine et dans les Caraïbes, les données sur les femmes non mariées sont plus abondantes et de meilleure qualité que dans les autres régions, bien qu'il puisse

y avoir ici aussi un écart important entre les déclarations et la réalité. En raison de ces contraintes, nous avons complété les données disponibles provenant d'enquêtes nationales par des évaluations provenant d'études au niveau sous-national en Asie et en Afrique du Nord, ce qui nous conduit à évaluer à 52 millions le nombre de femmes jamais mariées qui, en 2012, dans l'ensemble du monde en développement sont sexuellement actives et ont besoin de contraceptifs pour prévenir une grossesse²⁷. Environ 56 % des femmes jamais mariées ayant besoin de contraceptifs utilisent des méthodes modernes de contraception, dans une proportion assez variable selon les régions: 49 % en Asie, 55 % en Afrique subsaharienne et 69 % en Amérique latine et dans les Caraïbes; et, dans les 69 pays les plus pauvres, la proportion correspondante est de 41 %.

La situation défavorisée des femmes jamais mariées s'agissant d'obtenir des contraceptifs apparaît dans les statistiques suivantes: dans l'ensemble du monde en développement, parmi les femmes ayant besoin de contraceptifs, l'utilisation de méthodes modernes est de 20 points de pourcentage inférieure parmi les femmes jamais mariées que parmi les femmes mariées²⁷. En Asie, cette différence est de 31 points de pourcentage; en

TABLEAU 2. Nombre de femmes ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes et proportion ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes parmi toutes les femmes ayant besoin d'une contraception moderne, par région et sous-région du monde en développement et pour les 69 pays au revenu le plus bas (2008 et 2012).

Région et sous-région	Femmes âgées de 15 à 49 ans ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes (en millions)			% de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant besoin de contraception qui ont un besoin non satisfait de méthodes modernes		
	2008*	2012	Changement annuel en %	2008*	2012	Changement annuel en %
Monde en développement	226	222	-0,5	27	26	-1,5
Afrique	55	58	1,6	54	53	-0,5
Afrique subsaharienne*	50	53	1,6	62	60	-0,9
Afrique de l'Est	19	20	0,4	63	54	-3,5
Afrique moyenne	10	10	1,3	82	81	-0,1
Afrique australe	2	2	-6,2	25	17	-8,1
Afrique de l'Ouest	18	19	2,6	74	74	0,0
Afrique du Nord	6	8	5,8	25	32	7,8
Asie	147	140	-1,1	23	21	-1,9
Asie de l'Est	24	16	-7,8	8	6	-7,7
Asie centrale	3	2	-3,1	30	28	-1,4
Asie du Sud	79	83	1,1	34	34	-0,4
Asie du Sud-Est	25	25	-0,6	33	28	-4,2
Asie occidentale	15	14	-2,8	54	50	-1,8
Océanie	<1	1	2,1	39	49	6,8
Amérique latine et Caraïbes	24	23	-1,4	25	22	-2,8
Caraïbes	2	2	-2,4	31	30	-0,8
Amérique centrale	5	5	1,3	23	23	0,0
Amérique du Sud	17	16	-2,0	25	21	-3,8
69 pays les plus pauvres‡	153	162	1,5	40	39	-0,6

†Révisé par rapport aux évaluations antérieures (voir références 11 et 28) sur la base de nouvelles spécifications pour calculer le besoin non satisfait. * L'Afrique subsaharienne comprend le Soudan et le Sud-Soudan, qui font partie l'un et l'autre de la région de l'Afrique du Nord. ‡ Une évaluation du nombre de femmes ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes dans les 69 pays les plus pauvres est en accord avec le nombre, prévu au Sommet de Londres sur la planification familiale, de 258 millions de femmes utilisant des méthodes modernes (voir notes, Tableau 1) et s'établirait à 160 millions, au lieu des 162 millions figurant dans le tableau, ce qui est basé sur l'information la plus récente disponible.

Sources: 2008 et 2012—référence 27.

Amérique latine et dans les Caraïbes, de 10; et dans les 69 pays les plus pauvres, de 20. La situation est inversée en Afrique subsaharienne, où la proportion de femmes jamais mariées utilisant des contraceptifs modernes est supérieure de 19 points de pourcentage à celle des femmes mariées, ce qui indique à quel point les femmes non mariées souhaitent éviter toute grossesse avant le mariage, l'infection au VIH et les IST, car le préservatif est la méthode la plus fréquemment utilisée par les femmes jamais mariées dans cette région.

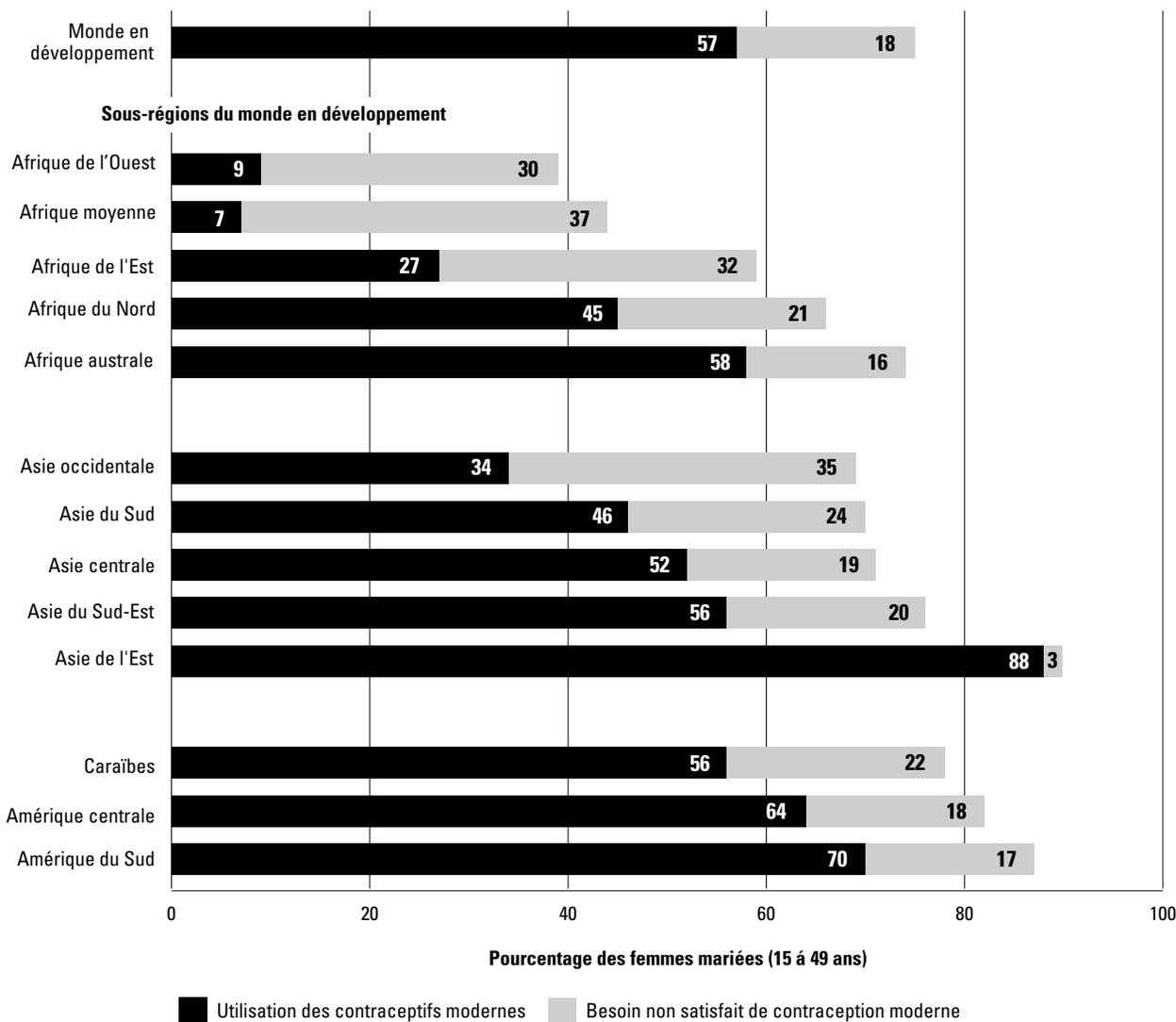
Besoin non satisfait de méthodes modernes de contraception

Les femmes et leurs partenaires qui peuvent avoir un enfant mais n'utilisent pas de contraceptifs ou utilisent une

méthode traditionnelle courent un bien plus grand risque de grossesse non désirée que celles et ceux qui utilisent des méthodes modernes. De ce fait, le besoin non satisfait de méthodes modernes constitue un indicateur clef du fardeau de la demande non satisfaite de services de contraception (voir encadré, page 5). En 2012, environ 222 millions de femmes ont dans le monde en développement un besoin non satisfait de contraception moderne²⁷. Des évaluations comparables ont été faites pour 2008 et 2012, en appliquant la méthodologie révisée récemment³⁶ pour calculer le besoin non satisfait en ces deux années (voir Appendice, page 25-26)*.

* Bien que la méthodologie des calculs ait été révisée, le concept n'a pas changé.

FIGURE 3. De larges variations existent entre les sous-régions du monde en développement, en 2012, dans le niveau du besoin non satisfait des femmes mariées et dans leur utilisation des méthodes de contraception modernes.



Source: référence 27.

Bien que la hausse du taux d'utilisation des contraceptifs modernes réduise le nombre de femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits sur le long terme, ce nombre pourrait augmenter à court terme en raison de la croissance démographique et parce que la proportion de femmes et de couples qui veulent avoir des familles peu nombreuses et exercer un contrôle accru sur le moment des naissances continue de grandir. Nos évaluations mises à jour montrent que le nombre de femmes qui dans le monde en développement ont un besoin non satisfait de contraception moderne a légèrement baissé de 2008 à 2012, tombant de 226 millions (en utilisant la méthodologie révisée) à 222 millions (Tableau 2, page 9)^{27*}.

Cependant, le nombre de femmes ayant un besoin non satisfait de contraception moderne a augmenté dans la plus grande partie de l'Afrique et dans certaines sous-régions d'Asie et d'Amérique latine et dans les Caraïbes. Le besoin non satisfait de contraception moderne dans les 69 pays les plus pauvres – qui représentent 73 % des besoins non satisfaits dans le monde en développement – a également

*Le nombre de femmes ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes en 2008 était précédemment évalué à 215 millions (voir référence 11). Nous avons révisé cette évaluation en appliquant la nouvelle méthodologie du calcul du besoin non satisfait (discutée dans l'Appendice), ce qui a abouti à une évaluation révisée de 226 millions de femmes en 2008.

augmenté, le nombre des femmes concernées passant de 153 à 162 millions durant la période 2008-2012.

La proportion de femmes mariées ayant un besoin non satisfait de contraception moderne est de 18 % dans l'ensemble du monde en développement, mais beaucoup plus élevée que la moyenne (30-37 %) en Afrique de l'Ouest, en Afrique moyenne, en Afrique de l'Est et en Asie occidentale, et elle est légèrement supérieure à la moyenne (22-24 %) en Asie du Sud et dans les Caraïbes (Figure 3, page 10)²⁷. De manière générale, dans les sous-régions, l'utilisation de méthodes de contraception moderne est plus élevée là où le besoin non satisfait est plus faible.

La faible baisse d'ensemble du besoin non satisfait de méthodes modernes est plus impressionnante qu'il n'apparaît à première vue, étant donné l'augmentation du nombre de femmes qui veulent éviter une grossesse, passé de 829 millions en 2008 à 867 millions en 2012²⁷. Dans l'ensemble du monde en développement, la proportion de femmes ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes a baissé de 1,7 point de pourcentage, tombant de 27,2 % à 25,5 %, de 2008 à 2012; le taux annuel de baisse a été de 1,5 %. Le taux annuel de baisse a été supérieur à la moyenne en Afrique de l'Est, en Afrique australe, en Asie de l'Est, en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud (allant de -3.5 % à -8.6 %, Tableau 2). Les baisses ont été très inférieures à la moyenne en Asie du Sud (-0.4 %) et dans les 69 pays les plus pauvres (-0,6 %). Il n'y a eu pratiquement aucun changement en Afrique moyenne, en Afrique de l'Ouest et en Amérique centrale. Le besoin non satisfait a augmenté en Afrique du Nord et en Océanie – régions où les meilleures données disponibles pour 2012 peuvent étayer cette tendance inattendue.

Nécessité d'améliorer l'utilisation des méthodes modernes

Il est compréhensible que le niveau du besoin non satisfait de contraceptifs modernes suscite tant d'attention, puisque leur non-utilisation et l'utilisation de méthodes traditionnelles exposent les femmes et leurs partenaires à un plus grand risque de grossesse non désirée et puisque la mesure de ce besoin a, sous quelque forme, figuré de longue date dans les enquêtes et rapports nationaux. Cependant, mesurer la prévalence des contraceptifs seule (que les femmes ou leurs partenaires utilisent ou non une méthode moderne) ne suffit pas à saisir tous les obstacles qui expliquent la non-utilisation de méthodes contraceptives, leur utilisation incorrecte ou la cessation de cette utilisation – toutes éventualités qui peuvent aboutir à une grossesse non désirée. Il est possible que certaines femmes n'utilisent pas de méthodes contrac-

tives et que certaines utilisatrices actuelles de méthodes modernes cessent de les utiliser – alors même qu'elles ne veulent pas devenir enceintes – pour diverses raisons, notamment des préoccupations d'ordre sanitaire ou concernant les effets secondaires, le sentiment de ne pas risquer une grossesse, l'opposition de leur partenaire ou d'autres personnes, une connaissance insuffisante des méthodes et la difficulté d'obtenir les produits (en raison par exemple de la distance, du coût, de l'épuisement des stocks et d'heures d'ouverture incommodes)³⁷. En outre, il arrive qu'elles utilisent leur méthode de manière irrégulière ou incorrecte en raison d'une information ou de conseils déficients, parce que l'utilisation de la méthode est incommode ou en raison du type de relation avec leur partenaire^{38,39}. Il est parfois difficile de changer de méthode, par exemple si le prestataire n'offre pas d'autres méthodes ou n'est pas disposé à faciliter le processus de changement de méthode, ou si les méthodes préférées sont trop coûteuses ou non disponibles sur place.

Améliorer la qualité de l'information et des services offerts aux clients aurait probablement pour effet d'améliorer également l'efficacité de l'utilisation des contraceptifs. On peut y parvenir en offrant un large choix de méthodes, en assurant la fourniture continue des produits, en dispensant des conseils et une éducation sur les effets secondaires et les préoccupations d'ordre sanitaire, et en formant les prestataires à aider les femmes à changer de méthode sur demande⁴⁰. Pour répondre aux besoins des femmes non mariées, en particulier des jeunes femmes qui n'ont jamais été mariées, il faut déployer des efforts originaux, notamment améliorer l'information et les services qui visent ce groupe, offrir un vaste choix de méthodes appropriées répondant au besoin parfois non permanent de contraceptifs chez les femmes non mariées, et conduire de vastes campagnes d'éducation du public pour atténuer l'opprobre qui frappe l'activité sexuelle des femmes non mariées et pour changer l'attitude des prestataires à l'égard de ce groupe.

Coûts et avantages de répondre au besoin d'une contraception moderne

La fourniture de services de contraception au nombre croissant de femmes qui ont besoin d'une contraception moderne et l'offre de services complets et de haute qualité à toutes les utilisatrices comportent d'importantes implications en matière de coût. En même temps, les dépenses faites en services de contraception pour aider les femmes à éviter des grossesses non désirées s'assortissent d'avantages sanitaires, sociaux et économiques pour les femmes, leurs familles et la société et se traduisent par une économie nette pour le système de soins de santé.

Dans ce chapitre, nous présentons les évaluations pour 2012 du coût de fournir des services et produits de contraception aux femmes qui utilisent actuellement des méthodes modernes, ainsi que les évaluations des coûts potentiels d'une amélioration des services afin de mieux répondre au besoin actuel des utilisatrices et de fournir des méthodes modernes aux femmes dont le besoin n'est pas satisfait. Nos évaluations couvrent à la fois les coûts directs (des produits, des fournitures et du personnel) et les coûts indirects (coûts du programme et des systèmes pour maintenir et renforcer la capacité actuelle des systèmes de santé à fournir des services de contraception aux utilisatrices nouvelles et actuelles). Les coûts du programme et des systèmes couvrent un large éventail d'activités qui sont indispensables pour fournir des services de contraception: gestion des programmes, supervision, formation du personnel, éducation sanitaire, suivi et évaluation, activités de plaidoyer, mise en place et entretien de systèmes d'information et de systèmes de fourniture de produits, enfin entretien et élargissement de la capacité physique des centres de santé. Certains de ces coûts correspondent aux activités actuelles visant à soutenir les services, comme la gestion du programme et la supervision du personnel; d'autres correspondent à des investissements uniques destinés à accroître la capacité des systèmes à dispenser des soins, comme la mise en place de systèmes d'information et de systèmes de fourniture de produits.

Toutes les composantes des coûts directs ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation pour 2012 (voir Appendice, pages 26-27). Manquant d'études à jour sur les coûts du programme et des systèmes, et recon-

naissant d'autre part que les investissements faits pour amplifier la capacité des systèmes de santé dans le monde en développement ont été relativement faibles au cours des dernières années, nous avons choisi d'utiliser les taux du programme et des systèmes du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) en 2008 pour les utilisatrices actuelles en 2012, et les taux plus élevés de 2009 pour évaluer les coûts indirects de répondre au besoin actuel non satisfait et d'améliorer les services destinés aux utilisatrices actuelles⁴¹. C'est l'approche qui a été utilisée dans le précédent rapport *Adding It Up*. L'information disponible concernant les tendances du financement de la planification familiale par les donateurs soutient notre décision d'utiliser ces taux. Les données disponibles montrent une hausse relativement légère du soutien des donateurs entre 2005 et 2008 (passé de 501 millions de dollars à 572 millions de dollars), et une hausse plus importante entre 2008 et 2010 (de 572 millions de dollars à environ 882 millions de dollars)⁴². La Conférence internationale sur la population et le développement a pris pour hypothèse qu'un tiers de l'ensemble des coûts de santé sexuelle et procréative serait couvert par les donateurs internationaux et que deux tiers proviendraient de sources internes publiques et privées. Mais le niveau du soutien des donateurs en 2010 est très inférieur au tiers des coûts d'ensemble du service des utilisatrices (1,32 milliard de dollars). En outre, l'écart est encore plus grand s'agissant d'obtenir la part attendue des donateurs dans la satisfaction de tous les besoins de contraceptifs modernes dans le monde en développement (2,69 milliards de dollars). La dimension du déficit du financement par les donateurs (sans oublier la probabilité que le déficit du financement par les gouvernements nationaux est aussi fort considérable) indique que les investissements faits pour élargir la capacité de fournir services et information en matière de contraception et d'améliorer la qualité des soins de contraception ont été insuffisants pour satisfaire au besoin total de contraceptifs modernes dans le monde en développement. Nous reconnaissons que même sur la base des ratios de coûts indirects en 2009, il ne serait pas possible de couvrir en totalité les besoins pour améliorer et élargir les services, car les chiffres estimatifs de l'UNFPA supposaient que des investissements supérieurs

au niveau actuel de financement indirect pour élargir les systèmes de santé se prolongeraient au-delà de la période 2009-2015*.

Nous présentons d'abord les coûts de la fourniture de services aux femmes qui utilisent des méthodes modernes en 2012. Nous examinons ensuite un autre scénario possible, dans lequel toutes les femmes qui ont actuellement un besoin non satisfait utiliseraient des méthodes modernes. Nous présentons le montant estimatif des coûts annuels, en dollars É.-U. 2012, pour chacun de ces deux scénarios. Nous fournissons aussi des évaluations mises à jour des avantages sanitaires immédiats résultant de l'utilisation des contraceptifs grâce à la prévention des grossesses non désirées (définies comme la somme des naissances non désirées, des avortements provoqués et des fausses couches, y compris les cas de mortinatalité), des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, et des décès maternels, néonataux et infantiles¹. Les contraceptifs ont d'autres avantages sur le plan sanitaire – par exemple, les méthodes hormonales aident à prévenir la cancer de l'endomètre et des ovaires ainsi qu'à réduire l'irrégularité des périodes et les crampes liées à celles-ci; le dépôt d'acétate medroxyprogesterone injectable réduit les crises de douleur liées à la drépanocytose; et les préservatifs préviennent le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles –, ainsi que des avantages généraux d'ordre social et économique pour les femmes, leurs familles et la société, qui ne sont pas mesurés ici^{10,43-46}.

Coûts directs de la fourniture de contraceptifs modernes

Les méthodes modernes de contraception varient sur le plan des exigences liées à la prestation des services. Certaines méthodes exigent des produits contraceptifs (DIU, implants, injectables, pilules et préservatifs); certaines exigent d'autres fournitures qu'il faut insérer et enlever (DIU et implants), qu'il faut fournir (injectables) ou servent à des procédures chirurgicales (stérilisation). Les conseils, les soins cliniques, la fourniture de méthodes et le suivi exigent du personnel.

Les coûts directs moyens pour couvrir une année d'utilisation sont les plus élevés pour les méthodes hormonales – implants (7,75 dollars), injectables (8,61 dollars) et pilules (7,26 dollars) – et les produits eux-mêmes représentent la plus grande partie du coût (Tableau 3, page 14)⁴⁷. La stérilisation masculine et féminine permanente et les DIU coûtent le moins cher par an, quand on divise le coût total de la méthode par le nombre moyen d'années durant lesquelles les utilisateurs et utilisatrices sont protégés par ces méthodes⁴. Les coûts directs annuels moyens pour

les préservatifs masculins se situent entre ces groupes de méthodes, à 4,17 dollars par an.

Les différences entre les régions dans le coût des produits reflètent en premier lieu les différences dans les méthodes spécifiques offertes; par exemple, les DIU libérant du levonorgestrel, qui sont actuellement beaucoup plus coûteux que les DIU à base de cuivre, représentent une plus grande proportion des DIU fournis par les donateurs internationaux pour l'Amérique latine et les Caraïbes que pour l'Afrique et l'Asie, de sorte que le coût d'ensemble des DIU est plus élevé en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les coûts de personnel varient également de pays à pays, bien que l'analyse n'ait pas supposé de différence dans le temps nécessaire pour fournir chaque méthode. Le coût des fournitures est similaire d'une région à l'autre parce que les données disponibles concernant le coût unitaire ont couvert tous les pays en développement, sans variation par pays ou par région; cependant, les coûts ne sont pas identiques parce que les besoins en produits diffèrent à l'intérieur même de certaines catégories de méthodes (par exemple il y a des injectables à renouveler tous les mois ou tous les trois mois), parce que la durée moyenne d'utilisation d'une méthode varie (pour les DIU, les implants et la stérilisation) et parce que la proportion de femmes utilisant des types spécifiques d'une méthode donnée varie de pays à pays.

*Les coûts estimatifs présentés dans ce rapport diffèrent des évaluations du Sommet de Londres sur la planification familiale pour diverses raisons. Les raisons les plus importantes sont les suivantes: différences dans les données de coûts directs utilisées; différences dans les hypothèses de départ concernant les coûts du programme et des systèmes; utilisation d'un coût annuel moyen par année d'utilisation pour chaque femme au lieu des coûts cumulatifs sur l'ensemble de la période de huit ans (basée sur la totalité des dépenses engagées pour chaque nouvelle utilisatrice) retenus au Sommet; et pays inclus dans les calculs estimatifs des coûts (tous les pays en développement d'une part, les 69 pays les plus pauvres de l'autre – référence 13).

†Nous n'avons pas établi de nouvelles évaluations des invalidités liées à la grossesse (DALY) qui seraient évitées grâce à l'utilisation de la contraception moderne parce que des travaux visant à établir la mise à jour des évaluations d'invalidité sont en cours (source: Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2010 Study, <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-2010-study>>, consulté le 24 mai 2012).

‡Tous les coûts estimatifs présentés dans le rapport incluent le coût d'une année d'utilisation des contraceptifs; le coût annuel des méthodes qui fournissent une protection pendant plus d'une année est obtenu en divisant le coût total de cette méthode par le nombre moyen d'années probable de son utilisation.

TABLEAU 3. Coûts annuels directs moyens (en dollars É.-U. de 2012) des services de contraception modernes*, par région et type de coût, selon la méthode (2012).

Région et type de coût	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	DIU	Implants	Injectables	Pilules	Préservatifs
Coûts totaux directs							
Tous les pays en développement	\$1,78	\$0,78	\$0,77	\$7,75	\$8,61	\$7,26	\$4,17
Afrique	\$2,79	\$1,59	\$1,01	\$7,74	\$9,14	\$8,72	\$4,15
Asie	\$1,58	\$0,70	\$0,63	\$7,86	\$6,64	\$5,74	\$3,98
Amérique latine et Caraïbes	\$3,02	\$1,34	\$3,80	\$7,35	\$14,58	\$10,16	\$4,94
Produits†							
Tous les pays en développement	non disponible		\$0,17	\$6,73	\$5,02	\$4,93	\$2,72
Afrique	non disponible		\$0,12	\$6,82	\$4,90	\$5,95	\$2,43
Asie	non disponible		\$0,07	\$6,91	\$4,20	\$4,07	\$2,84
Amérique latine et Caraïbes	non disponible		\$2,28	\$5,86	\$8,25	\$6,41	\$2,35
Fournitures‡							
Tous les pays en développement	\$1,01	\$0,31	\$0,14	\$0,16	\$0,63	non disponible	
Afrique	\$1,13	\$0,32	\$0,14	\$0,16	\$0,59	non disponible	
Asie	\$1,00	\$0,31	\$0,14	\$0,17	\$0,58	non disponible	
Amérique latine et Caraïbes	\$1,13	\$0,32	\$0,15	\$0,13	\$0,90	non disponible	
Personnel§							
Tous les pays en développement	\$0,76	\$0,46	\$0,46	\$0,86	\$2,96	\$2,33	\$1,45
Afrique	\$1,66	\$1,27	\$0,74	\$0,76	\$3,65	\$2,77	\$1,72
Asie	\$0,59	\$0,39	\$0,41	\$0,78	\$1,86	\$1,67	\$1,14
Amérique latine et Caraïbes	\$1,89	\$1,02	\$1,37	\$1,36	\$5,44	\$3,75	\$2,59

**Les coûts sont pondérés par le nombre d'utilisatrices actuelles, différent pour chaque pays, de chaque méthode en 2012, et répartis à travers des types spécifiques pour chaque catégorie de méthode sur la base de la distribution de contraceptifs indiquée dans le *Re-productive Health Interchange* pour le pays en 2009–2011. Les coûts de la méthode, pour les méthodes permanentes et d'effet à longue durée, sont convertis en coûts annuels en divisant les coûts totaux par le nombre moyen attendu d'années d'utilisation, sur la base des facteurs de conversion USAID: DIU en cuivre, 4,6 années d'utilisation; DIU levonorgestrel, 3,3 années; implant Implanon, 2,5 années; Sino-Implant, 3,2 années; implant Jadelle, 3,8 années; et stérilisation, 13 ans au Bangladesh, en Inde et au Pakistan et 10 ans dans les autres pays en développement (source: USAID, Couple Years of Protection (CYP), sans date, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/cyp.html>, consulté le 6 mai 2012). † Nous estimons que les utilisatrices ont besoin chaque année en moyenne de quatre injections à effet d'une durée de trois mois, de 13 injections d'une durée d'un mois, de 14 cycles de pilules ou de 77 préservatifs. ‡ Les fournitures comprennent: gants, antiseptiques, anesthésie locale, seringues, sutures et pansements. § Les coûts de personnel (agents de santé communautaires, infirmières/sages-femmes, médecins généralistes, obstétriciens) recouvrent les conseils en matière de planification familiale, de prévention des IST/VIH et de la violence sexiste; les examens médicaux; les procédures de contraception; et les visites de suivi et de réapprovisionnement.

Source: référence 47.

Coûts des services de contraception pour les utilisatrices actuelles en 2012

Le coût total des services de contraception pour les 645 millions d'utilisatrices actuelles de méthodes modernes dans le monde en développement est évalué en 2012 à 4,0 milliards de dollars par an⁴⁷. Les coûts directs représentent 2,0 milliards de dollars, comprenant les coûts des produits et fournitures (1,2 milliard de dollars) et du personnel (0,7 milliard de dollars; Tableau 4, page 15 et Figure 4, page 16)⁴⁷. Les coûts du programme et des systèmes sont évalués en 2012 à 2,0 milliards de dollars pour toutes les utilisatrices actuelles dans le monde en développement et comprennent les dépenses afférentes à la fourniture de contraceptifs en général, plutôt qu'à des méthodes spécifiques. Cela va de la supervision et de la formation du personnel, de l'éducation en matière

de planification familiale et des activités de plaidoyer à la construction de centres, à la mise en place de systèmes logistiques et à la gestion.

Le coût annuel moyen par utilisatrice pour l'ensemble des méthodes modernes dans le monde en développement est évalué en 2012 à 6,15 dollars, ce qui recouvre les coûts tant directs qu'indirects⁴⁷. Le coût par utilisatrice était un peu plus bas en 2008, soit 5,13 dollars – en partie à cause de l'inflation et de données plus précises sur le coût des produits en 2012, mais aussi peut-être en raison d'une nouvelle préférence plus marquée pour les méthodes plus coûteuses; cependant, la ventilation par composante des coûts est semblable en 2008 et en 2012. En 2012, le coût moyen des services aux utilisatrices de méthodes modernes est moins élevé en Asie (4,35 dollars par utilisatrice) que dans l'ensemble

TABLEAU 4. Coût total et coût moyen par utilisatrice dans le monde en développement de la fourniture de services de contraception aux utilisatrices actuelles de méthodes modernes, et de la fourniture de services améliorés à toutes les femmes ayant besoin de méthodes modernes, par éléments de coût et principales régions (2012).

Élément de coût	Coût de l'utilisation actuelle des méthodes modernes	Coût de la fourniture de services améliorés à toutes les femmes ayant besoin de méthodes modernes		
		Utilisatrices actuelles	Femmes ayant un besoin non satisfait	Total
Nombre d'utilisatrices (en millions)	645	645	222	867
Coût pour toutes les utilisatrices (En millions de dollars É.-U.)				
Coûts totaux directs	\$1.972	\$1.972	\$978	\$2.949
Produits	\$947	\$947	\$573	\$1.520
Fournitures	\$292	\$292	\$71	\$363
Personnel	\$733	\$733	\$334	\$1.066
Coûts du programme et des systèmes	\$1.994	\$3.115	\$2.008	\$5.122
Coût total par région	\$3.966	\$5.086	\$2.985	\$8.072
Afrique	\$576	\$1.404	\$1.543	\$2.947
Asie	\$2.237	\$2.456	\$1.066	\$3.522
Amérique latine et Caraïbes	\$1.152	\$1.226	\$377	\$1.603
69 pays les plus pauvres	\$1.408	\$2.012	\$2.088	\$4.100
Coût moyen par utilisatrice (En dollars É.-U.)				
Coûts totaux directs	\$3,06	\$3,06	\$4,42	\$3,40
Produits	\$1,47	\$1,47	\$2,59	\$1,75
Fournitures	\$0,45	\$0,45	\$0,32	\$0,42
Personnel	\$1,14	\$1,14	\$1,51	\$1,23
Coûts du programme et des systèmes	\$3,09	\$4,83	\$9,07	\$5,91
Coût par utilisatrice par région	\$6,15	\$7,88	\$13,49	\$9,31
Afrique	\$11,26	\$27,46	\$26,40	\$26,90
Asie	\$4,35	\$4,77	\$7,61	\$5,38
Amérique latine et Caraïbes	\$14,46	\$15,39	\$16,51	\$15,64
69 pays les plus pauvres	\$5,58	\$7,97	\$12,88	\$9,89

Source: référence 47.

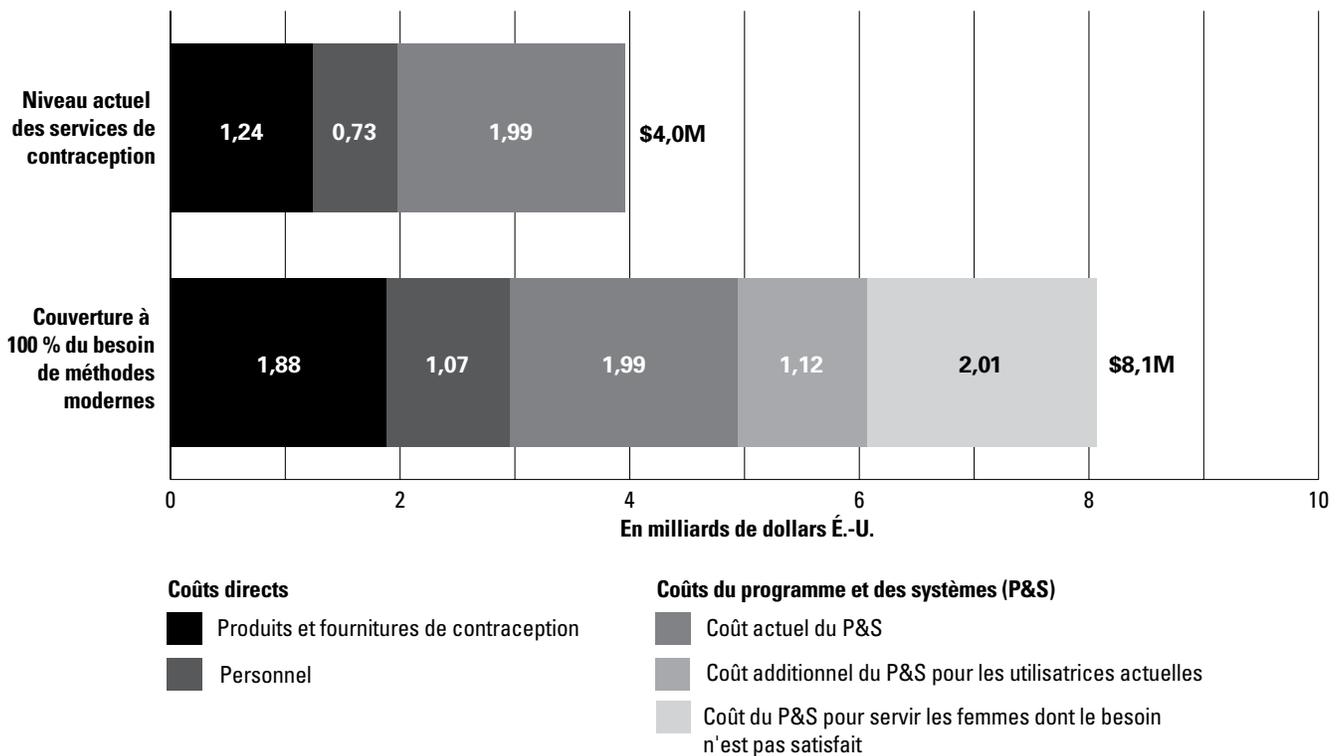
du monde en développement, et le coût moyen par utilisatrice en Afrique et en Amérique latine et dans les Caraïbes est environ le double du coût moyen d'ensemble ou même davantage (11,26 et 14,46 dollars par utilisatrice, respectivement).

Les variations dans le chiffre de la population, la combinaison des méthodes contraceptives et leur prévalence, et les coûts par utilisatrice expliquent ensemble la part des coûts totaux par région: l'Asie représente 2,2 milliards de dollars, soit plus de la moitié du coût total des services de contraception dans le monde en développement en 2012 (56 %, contre 29 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes et 15 % pour l'Afrique); les 69 pays les plus pauvres groupent 36 % des coûts totaux⁴⁷.

Coût de la fourniture de services de contraception moderne de haute qualité à toutes celles qui en ont besoin

Dans les prévisions relatives aux coûts nécessaires pour couvrir tous les besoins de contraception moderne, nous incluons dans le total estimatif le coût d'élargir la capacité des systèmes de santé pour fournir des services de contraception à davantage d'utilisatrices, aussi bien que le coût d'améliorer la qualité des soins de contraception pour toutes celles qui en ont besoin – tant les utilisatrices actuelles que les femmes qui ont un besoin non satisfait. Pour évaluer les coûts de ce scénario d'une satisfaction totale du besoin, nous nous appuyons sur un niveau estimatif de coûts du programme et des systèmes plus élevés que dans le scénario actuel⁴¹. Pour l'ensemble

FIGURE 4. Fournir des contraceptifs modernes à toutes les femmes qui en ont besoin en 2012 accroîtrait les coûts actuels de 4,1 milliards de dollars.



Source: référence 47.

du monde en développement, les coûts du programme et des systèmes sont actuellement évalués à 50 % des coûts totaux et, dans le scénario d'une satisfaction totale du besoin, ils s'élèveraient à 63 %. Dans ce scénario, nous admettons par hypothèse que certains des investissements additionnels dans le programme et les systèmes amélioreraient aussi la qualité des soins pour les utilisatrices actuelles de méthodes modernes.

L'amélioration de la fourniture des soins de contraception, tant pour les femmes utilisant actuellement des méthodes modernes que pour les nouvelles utilisatrices potentielles, est capitale si l'on veut que toutes les femmes qui ont actuellement besoin de contraceptifs modernes surmontent les obstacles qu'elles rencontrent pour obtenir et utiliser effectivement ces méthodes. Les domaines dans lesquels des améliorations s'imposent sont les suivants: nombre et accessibilité des sources de services et fournitures de contraception moderne; logistique de l'acheminement des produits dans les centres et à destination des prestataires basés dans les communautés; choix des méthodes offertes; prix abordable des services; formation des agents de santé et autres catégories de personnel impliqué dans la fourniture de ces services; disponibilité de services de qualité, y compris la délivrance

de conseils et le suivi (ce qui comporte le respect des clients, la confidentialité et le souci de ne porter aucun jugement négatif); et programmes d'information, éducation et communication. Il est aussi nécessaire de concevoir des stratégies créatives et efficaces en matière de prestation des services de planification familiale aux femmes et couples vivant dans les zones rurales, particulièrement là où les centres de santé sont inadéquats ou inexistants. Un important moyen d'améliorer les soins de contraception consiste également à s'efforcer davantage d'intégrer ces soins dans la prestation des services connexes, par exemple concernant la santé maternelle, le VIH/sida, les autres IST et les infections de l'appareil génital – dans les centres où ces services sont fournis.

Améliorer la fourniture des services de contraception pour les femmes qui utilisent actuellement des méthodes de contraception moderne dans le monde en développement ajouterait 1,1 milliard de dollars aux coûts actuels, qui s'élèvent à 4 milliards de dollars, soit un total de 5,1 milliards de dollars (Tableau 4, page 15)⁴⁷. Fournir des méthodes modernes de contraception, avec des services améliorés, à toutes les femmes dont le besoin n'est pas satisfait en 2012 coûterait environ 3 milliards de dollars. En conséquence, le coût total d'une couverture complète

du besoin en contraception de toutes les femmes du monde en développement, avec les services appropriés, s'élèverait à 8,1 milliards de dollars par an. Comme le besoin non satisfait est concentré en Afrique et dans les pays à faible revenu des autres régions, et comme les coûts du programme et des systèmes sont les plus élevés dans les parties du monde où la nécessité de renforcer les capacités est la plus grande, la couverture du besoin total de contraception se traduirait par un déplacement considérable de la part relative des coûts totaux entre les trois principales régions: la part de l'Afrique dans les coûts totaux passerait de 15 % à 36 %, la part de l'Asie tomberait de 56 % à 44 %, et celle de l'Amérique latine et des Caraïbes tomberait de 29 % à 20 %. Enfin, la part des coûts totaux qui seraient engagés au bénéfice des 69 pays les plus pauvres passerait de 36 % à 51 %.

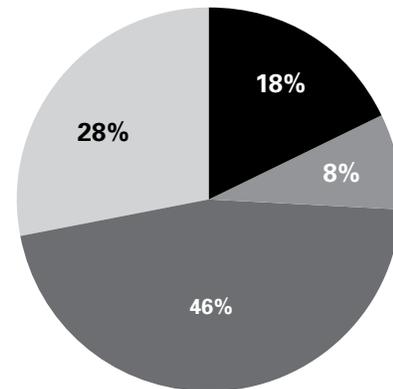
Le coût moyen par utilisatrice dans l'ensemble du monde en développement passerait de 6,15 dollars à 9,31 dollars, du fait d'importantes améliorations dans la fourniture de services⁴⁷. Le coût par utilisatrice augmenterait légèrement là où les systèmes sont déjà complets et où des améliorations sont nécessaires mais pas trop coûteuses: le coût annuel moyen par utilisatrice passerait de 4,35 dollars à 5,38 dollars en Asie et de 14,46 dollars à 15,64 dollars en Amérique latine et dans les Caraïbes. Parce que la nécessité d'élargir et améliorer à l'échelle du système est bien plus grande en Afrique, les coûts augmenteraient beaucoup plus dans cette région (passant de 11,26 dollars – par utilisatrice actuelle – à 26,90 dollars par utilisatrice dans le scénario d'une couverture complète du besoin). Le coût moyen dans les 69 pays les plus pauvres s'élèverait dans une proportion analogue – passant de 5,58 dollars à 9,89 dollars par utilisatrice – bien que le niveau absolu resterait faible parce que les femmes d'Asie du Sud, région où les coûts moyens sont relativement bas, représentent plus de la moitié de toutes les femmes ayant besoin d'une contraception moderne dans les 69 pays les plus pauvres.

Réduire le nombre de grossesses non désirées en fournissant des services de contraception

Nous évaluons l'impact de l'utilisation des contraceptifs modernes s'agissant de réduire le nombre de grossesses non désirées dans trois scénarios de fourniture des services: aucune utilisation de méthodes modernes, niveau actuel d'utilisation des contraceptifs modernes, et utilisation totale des méthodes modernes par toutes les femmes qui en ont besoin (c.à.d., les utilisatrices actuelles, plus les femmes qui ont actuellement un besoin non satisfait de méthodes modernes). Nous évaluons aussi le nombre des grossesses non désirées qui, dans

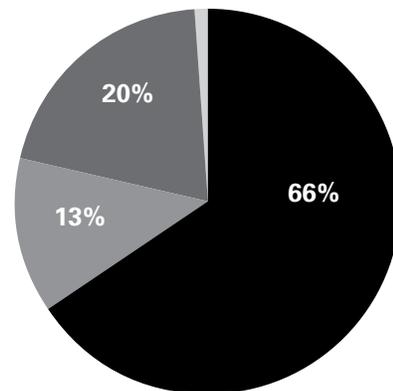
FIGURE 5. Les femmes dont le besoin de contraception n'est pas satisfait représentent 26 % de toutes celles qui souhaitent éviter une grossesse en 2012, mais compteront pour 79 % des grossesses non désirées.

% de femmes ayant besoin de contraception



867 millions de femmes

% de grossesses non désirées



80 millions de grossesses non désirées

Besoin non satisfait de contraception moderne

- Non-utilisation
- Méthodes traditionnelles

Utilisation actuelle de méthodes modernes

- Méthodes modernes réversibles
- Stérilisation

Sources: références 27 et 48.

chaque scénario, se solderaient par un avortement, une naissance non planifiée ou une fausse couche. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses suscitent une inquiétude particulière parce qu'ils comportent un risque particulièrement élevé de conséquences négatives.

On évalue à 80 millions le nombre de grossesses non désirées qui surviendront en 2012 dans le monde en développement du fait de l'utilisation inefficace et de la non-utilisation de contraceptifs chez les femmes qui ne souhaitent pas commencer une nouvelle grossesse à bref délai⁴⁸. Ces grossesses non désirées se solderont par 30 millions de naissances non planifiées, 40 millions d'avortements et 10 millions de fausses couches. Ces chiffres seraient beaucoup plus élevés, toutefois, si les 645 millions de femmes pratiquant une méthode moderne de contraception dans le monde en développement n'avaient pas recouru à la contraception. En comparaison avec ce scénario hypothétique de non-utilisation, l'utilisation de méthodes modernes préviendra 218 millions de grossesses non désirées en 2012, qui aboutiraient à 55 millions de naissances non planifiées, 138 millions d'avortements (dont 40 millions auraient été pratiqués dans des conditions dangereuses) et 25 millions de fausses couches.

La plus grande partie – 63 millions – des 80 millions de grossesses non planifiées dans les pays en développement concernera en 2012 les 222 millions de femmes ayant un besoin non satisfait de contraception moderne^{27,48}. Cela signifie que, tandis que ce groupe représente 26 % de toutes les femmes qui souhaitent prévenir une grossesse, il compte pour 79 % des grossesses non planifiées (Figure 5, page 17)^{27,48}. Si ces femmes devaient utiliser la même combinaison de méthodes modernes que les femmes qui dans leur pays utilisent actuellement des méthodes modernes,

- 50 millions de femmes de plus dans le monde en développement recourraient à la stérilisation – 48 millions de femmes subiraient une ligature des trompes et les partenaires des deux millions restants, une vasectomie;
- 32 millions de femmes de plus environ utiliseraient des méthodes à action prolongée – 29 millions utiliseraient des DIU et 3 millions, des implants;
- 34 millions de femmes de plus utiliseraient des injectables;
- 54 millions de femmes de plus utiliseraient des contraceptifs oraux; et
- 52 millions de femmes de plus s'en remettraient aux préservatifs (51 millions) ou à d'autres méthodes (1 million) comme méthode première de contraception.

Une couverture effective du besoin total de contraception modernes ferait baisser le nombre de grossesses non désirées des deux tiers, de 80 millions à 26 millions⁴⁸. Les 54 millions de grossesses non désirées ainsi évitées se répartiraient ainsi:

- 26 millions d'avortements en moins (une baisse de 40 à 14 millions), dont 16 millions d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses en moins;
- 21 millions de grossesses non planifiées en moins (une baisse de 30 millions à neuf millions); et
- sept millions de fausses couches en moins (une baisse de 10 millions à trois millions).

Ces évaluations reposent sur l'hypothèse que les niveaux actuels d'utilisation inefficace et la combinaison actuelle de méthodes utilisées par les femmes dans chaque pays demeurerait stables dans le scénario d'une couverture totale du besoin. Cependant, les améliorations dans la fourniture et la qualité des services de contraception accroîtraient probablement ces gains en aidant un plus grand nombre de femmes et de couples à utiliser la méthode qu'ils ont choisie de manière correcte et continue. En outre, tout passage à des méthodes modernes plus efficaces (par exemple, de la pilule au DIU) se traduirait aussi par une réduction accrue du nombre de grossesses non désirées.

Éviter des décès

Les avantages de pratiquer la contraception sont très étendus, avec des résultats d'ordre social, économique et sanitaire, et résultent de la capacité des femmes et des couples à avoir moins d'enfants comme ils le souhaitent, à fixer le moment des grossesses en fonction de leur situation personnelle, et à donner à leurs nourrissons les meilleures chances de santé et de bien-être. Si l'intervalle entre une naissance et la grossesse suivante était de deux ans au moins, les décès d'enfants de moins de cinq ans diminueraient de 13 %; si cet intervalle était de trois ans, ils diminueraient de 25 %⁴⁹. Cependant, à partir des données disponibles, le présent rapport offre des évaluations à jour pour les seuls effets qui résultent directement du fait d'éviter les grossesses non désirées – il s'agit des décès maternels et infantiles.

En 2012, environ 291 000 femmes dans les pays en développement mourront de causes liées à la grossesse; 104 000 de ces femmes n'auront pas souhaité être enceintes (Figure 6, page 19)⁵⁰. L'utilisation de méthodes modernes dans le monde en développement permettra d'éviter en 2012 environ 118 000 décès maternels, en comparaison d'un scénario où aucune femme ne pratiquerait la contraception moderne. La satisfaction du besoin

total actuel de contraception moderne réduirait le nombre de décès liés à la grossesse de 79 000 dans le monde en développement. La plus grande partie de cette réduction – 48 000 décès maternels en moins – se situerait en Afrique subsaharienne, région qui accuse les niveaux les plus élevés tant de mortalité maternelle que de besoin non satisfait de contraception moderne. La satisfaction de la totalité du besoin de contraception moderne en Asie du Sud se traduirait par une baisse approximative de 21 000 décès maternels, en fonction des effectifs de la population de la région et de ses taux relativement élevés de mortalité maternelle et de besoin non satisfait.

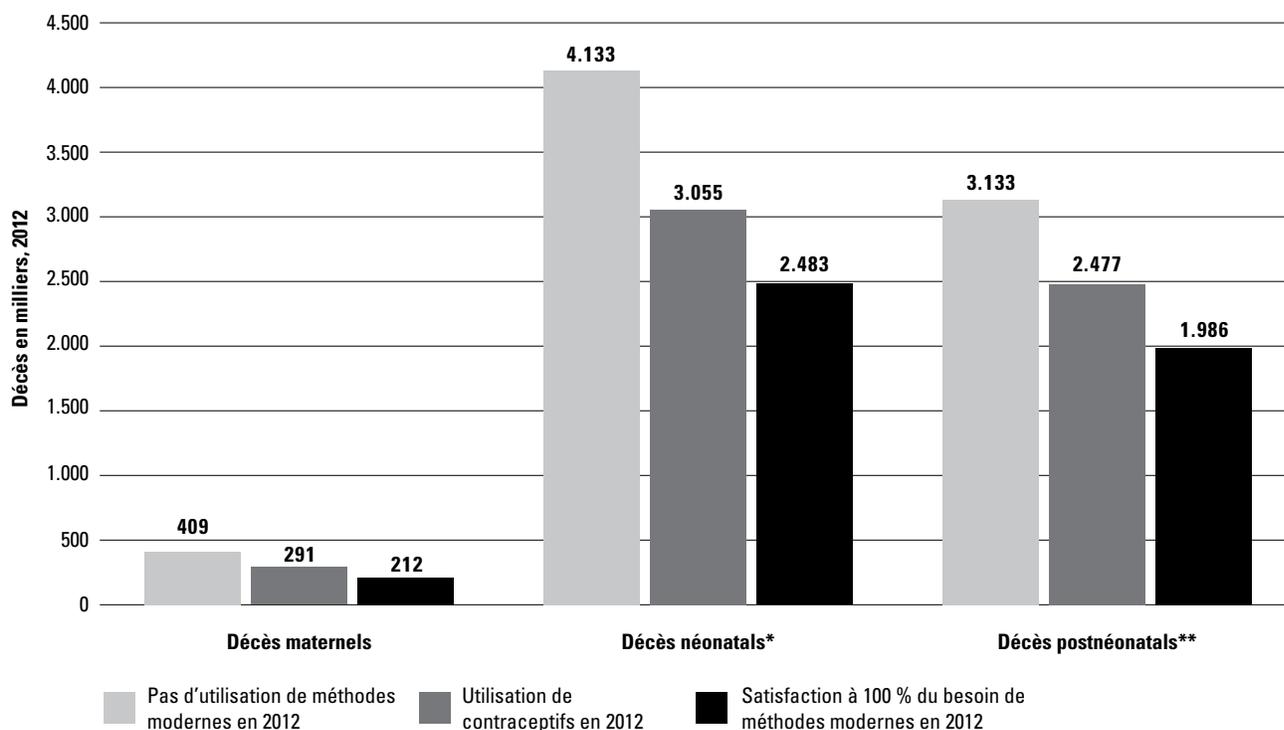
Sur les 121,6 millions de bébés nés en 2012 dans les pays en développement, 3,1 millions mourront 28 jours au plus après la naissance (décès néonataux ou de nouveau-nés) et un autre groupe de 2,5 millions mourront avant l'âge d'un an (décès postnéonataux ou plus tardifs). Environ 0,8 million de décès de nouveau-nés et 0,6 million de décès plus tardifs, mais avant l'âge d'un an, seront associés à des grossesses non désirées⁵⁰. L'utilisation de la contraception moderne prévient actuellement environ

1,1 million de décès de nouveau-nés et 0,7 million de décès plus tardifs, mais avant l'âge d'un an, en comparaison avec les chiffres qui auraient résulté de la non-utilisation de la contraception moderne. En comparaison des niveaux de 2012, il y aurait 0,6 million de décès de nouveau-nés en moins et 0,5 million de décès plus tardifs, mais avant l'âge d'un an, en moins si le besoin de méthodes modernes était entièrement satisfait.

Rentabilité des services de contraception

Sur la base du coût de la fourniture de services à toutes les femmes ayant besoin de méthodes modernes de contraception dans le monde en développement en 2012 (8,1 millions de dollars), et du nombre de grossesses non désirées qui seraient évitées grâce à ces dépenses (272 millions), la prévention de chaque grossesse non désirée coûterait environ 30 dollars. Dans notre analyse portant sur l'année 2008, nous avons estimé que chaque dollar dépensé pour passer des niveaux actuels d'utilisation des méthodes modernes au scénario de satisfaction complète du besoin permettrait d'économiser 1,40 dollar en coûts

FIGURE 6. L'utilisation de méthodes contraceptives modernes permet d'éviter les décès maternels et infantiles.



*Néonatal: moins de 28 jours après la naissance **Postnéonatal: de 28 jours à un an après la naissance
Source: référence 50.

de soins de santé maternelle et néonatale¹¹. Aux niveaux actuels, 4,0 milliards de dollars dépensés en 2012 pour les utilisatrices actuelles de méthodes modernes permettent d'économiser approximativement 5,6 milliards de dollars en services de santé maternelle et néonatale seulement; la dépense de 4,1 milliards de dollars de plus pour les services de contraception moderne afin de satisfaire aux besoins de toutes les femmes permettrait d'économiser approximativement 5,7 milliards de dollars de plus, soit un total de 11,3 milliards de dollars.

Conclusions et implications

La satisfaction du besoin de contraception des femmes et des hommes suppose une fourniture adéquate de produits et de services de haute qualité. Le présent rapport fournit les évaluations pour 2012 des niveaux d'utilisation actuelle et du besoin non satisfait en contraception moderne dans le monde en développement, et quantifie les coûts de la fourniture d'une contraception moderne à toutes les femmes qui veulent éviter une grossesse. Il est important d'avoir mis à jour les évaluations afin de suivre le progrès réalisé et d'identifier sur quels points il est nécessaire de changer de cap – par exemple, en intensifiant les activités d'ensemble, en accroissant l'appui aux régions ou sous-régions en difficulté, ou en aménageant les objectifs des politiques et programmes.

Le nombre de femmes qui dans le monde en développement utilisent des contraceptifs modernes a peu changé depuis 2008. De même, le nombre de femmes dont le besoin de contraception moderne n'est pas satisfait a atteint un palier^{27,28}. Ces constatations donnent à penser qu'il est nécessaire d'amplifier les efforts pour accélérer les progrès vers un meilleur accès, afin de pouvoir satisfaire au besoin de méthodes modernes de contraception dans un délai raisonnable. Ceci est particulièrement vrai s'agissant des groupes de femmes qui se heurtent aux plus grands obstacles pour obtenir et utiliser efficacement les contraceptifs modernes. Souvent, le besoin non satisfait est le plus grand parmi les femmes pauvres, peu éduquées, non mariées, ou vivant dans des zones rurales ou périurbaines avec un accès réduit aux services; ce sont là les groupes avec lesquels une prise de contact et des approches respectueuses des valeurs culturelles s'imposent absolument^{37,51}.

Pour répondre avec succès aux besoins des femmes, les gouvernements et les autres parties intéressées doivent faire face à un certain nombre de facteurs, notamment les lois, politiques, systèmes de prestation de services et pratiques qui entravent sensiblement l'accès aux services de contraception et leur utilisation. Au niveau du programme, il est nécessaire d'améliorer la prestation des services de contraception dans un certain nombre de domaines, notamment de s'efforcer davantage d'intégrer les services de planification familiale dans la fourniture des autres services de santé sexuelle et procréative, de main-

tenir au niveau local l'approvisionnement de produits relatifs à un éventail de méthodes, de renforcer la capacité de prestation des services, d'améliorer la qualité des soins et de garantir l'accès aux services et produits. Il importe que les planificateurs et les prestataires soient bien conscients de ce que, dans une certaine mesure, le besoin non satisfait est une cible mobile – ce besoin pourrait augmenter, alors même que davantage de femmes adoptent des méthodes de contraception modernes, parce que leurs préférences continuent d'évoluer dans le sens d'un moins grand nombre d'enfants et qu'elles désirent de plus en plus contrôler le moment de leur naissance. La nécessité de fournir des services de qualité est constante et doit être pleinement intégrée dans les politiques, budgets et systèmes d'achat et de distribution des produits de santé propres à chaque pays, puisque chaque nouvelle cohorte de femmes arrivant en âge de procréer a besoin d'une information, d'une éducation, de conseils et de services en matière de contraception.

Le besoin très général de soins de meilleure qualité – notamment une amélioration des conseils en matière de contraception et de l'éducation publique – ressort à l'évidence d'études qui montrent que les préoccupations d'ordre sanitaire et concernant d'autres effets secondaires des méthodes de contraception, la rareté des rapports sexuels et l'allaitement maternel sont les raisons les plus fréquemment données par les femmes pour expliquer qu'elles n'utilisent pas ou ont cessé d'utiliser les contraceptifs^{37,38,51}. Il faut aussi porter une attention et prêter un appui accru à l'élaboration de nouvelles méthodes de contraception qui répondent mieux aux besoins des femmes et des hommes dans le monde en développement, afin de garantir qu'ils aient accès aux méthodes qui conviennent à leur situation individuelle et à leurs préférences³⁷.

En outre, des interventions "dépassant la planification familiale" sont nécessaires pour faire face aux facteurs sociaux qui entravent l'utilisation de contraceptifs modernes. Les obstacles sont notamment les suivants: faible rôle des femmes dans la prise de décisions au sein de la famille, avis différents entre partenaires quant au nombre d'enfants souhaitable, croyances et attitudes religieuses opposées à la contraception moderne (parmi les femmes

et dans les communautés), et opprobre attaché à l'activité sexuelle des femmes non mariées et à leur utilisation des services de contraception. Pour affronter ces obstacles, il faut un engagement à long terme, des interventions de grande ampleur, comme une éducation sexuelle approfondie et une éducation publique bien conçue et s'adressant à tous⁵². Le recours répandu aux contraceptifs à action prolongée dans les pays en développement oblige les responsables et les prestataires de services à prendre des mesures contre l'exercice d'une pression sur les utilisatrices potentielles, en veillant à ce qu'un éventail de méthodes modernes soit offert aux femmes et aux hommes et que les femmes qui utilisent des méthodes réversibles à action prolongée, comme les DIU et les implants, aient accès à un personnel compétent pour les retirer de leur corps.

Sans aucun doute, il est essentiel de combler les déficits de financement si l'on veut apporter des améliorations nécessaires et multiples dans la fourniture des services de contraception. Le présent rapport fournit des évaluations à jour quant au niveau de financement nécessaire tant pour améliorer les services destinés aux utilisatrices actuelles que pour répondre adéquatement aux besoins de toutes les femmes qui, bien qu'elles en aient actuellement besoin, n'utilisent pas de contraceptifs modernes. En 2012, le coût de la fourniture de services et produits de contraception aux 645 millions de femmes qui utilisent actuellement des méthodes modernes dans le monde en développement est évalué à 4,0 milliards de dollars. La fourniture de services adéquats à la totalité des 867 millions de femmes qui, dans les pays en développement, veulent éviter une grossesse en 2012 (tant les utilisatrices actuelles que les non-utilisatrices de méthodes modernes) – tâche qui exige un investissement substantiel pour élargir la capacité des services et améliorer la qualité des soins – coûterait 8,1 milliards de dollars. Comme c'est actuellement le cas, le coût d'améliorer les services de contraception et d'atteindre toutes les femmes qui ont besoin serait partagé entre les gouvernements nationaux, les institutions donatrices et les ménages et ne pèserait donc pas sur une source unique de financement.

Il est important que les gouvernements des pays en développement donnent une priorité élevée à la fourniture de services de contraception de haute qualité et à l'élargissement d'un accès équitable à ces services. Le progrès rapide du Rwanda, ces dernières années, dans la diffusion de l'utilisation des contraceptifs (voir Figure 2, page 8) offre un bon exemple de la différence qui peut résulter de l'action opiniâtre d'un gouvernement en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé au niveau national, en donnant une priorité élevée à la planification familiale⁵³. Un

engagement manifeste du gouvernement non seulement obtiendrait l'appui des principales parties intéressées à l'intérieur du pays, mais aurait pour résultat d'accroître les contributions d'organismes extérieurs ainsi que leur effet multiplicateur. La création et le financement de postes budgétaires spécifiques pour les services de contraception ou pour l'ensemble plus vaste des services de santé sexuelle et procréative, ainsi que l'adoption des mesures nécessaires pour garantir que ces méthodes atteignent les femmes qui en ont le plus besoin, constitueraient un signe manifeste que la question reçoit une priorité accrue. Il est capital d'affecter le volume approprié de ressources humaines et financières au sein du système de santé pour aider femmes et couples à atteindre leurs objectifs en matière de procréation, et il importe également que des représentants du gouvernement de haut niveau affichent publiquement leur appui aux services de santé sexuelle et procréative et aux droits y afférents.

À mesure que des ressources additionnelles sont mises à disposition, il deviendra essentiel de suivre les progrès vers la satisfaction du besoin des femmes en matière de contraception, ce qui est capital pour changer de cap dans l'exécution du programme si nécessaire. Point non moins essentiel, il faudra veiller à faire rendre compte de la manière dont les ressources sont utilisées. Ce suivi exigera la collecte de données auprès des individus, des prestataires, des centres de santé et des systèmes de santé, aux niveaux sous-national, national, régional et mondial.

Pour mettre en place, assurer et maintenir un suivi approprié sur le long terme, donateurs et gouvernements doivent être prêts à investir dans les systèmes afin de poursuivre la collecte des données et les processus d'analyse propres à garantir une fourniture adéquate de services de qualité.

- Les indicateurs essentiels au niveau individuel sont le nombre de femmes qui utilisent des méthodes de contraception modernes et la proportion qu'elles représentent de toutes les femmes qui en ont besoin, l'utilisation régulière et correcte, l'utilisation continue, les raisons du besoin non satisfait et de l'arrêt de l'utilisation, les traits distinctifs des utilisatrices (pour veiller à ce que le besoin des groupes vulnérables, comme les jeunes femmes non mariées, les femmes pauvres et les femmes rurales soient satisfaits et que les inégalités en matière de connaissance et d'accès soient réduites) et leur degré de satisfaction concernant la qualité des services, notamment s'agissant de garantir que toutes les femmes et tous les hommes soient en mesure de faire des choix volontaires concernant la planification familiale.

- Pour assurer le suivi des prestataires et des centres de santé, une collecte systématique des données s'impose concernant des indicateurs tels que les effectifs et la formation du personnel, l'éventail des méthodes offertes, la régularité dans la fourniture d'un large éventail de produits de contraception, et la qualité des soins.
- Au niveau des systèmes de santé, des indicateurs sont nécessaires pour mesurer le nombre et les types de points de prestation de services, l'efficacité des systèmes s'agissant de gérer la fourniture d'un courant régulier et suffisant de produits de contraception, le montant du financement affecté aux services de contraception et effectivement dépensé, et l'obligation de rendre compte de l'utilisation des fonds.

Si la fixation d'objectifs quantitatifs pour une planification familiale améliorée peut aider à dégager des incitations d'atteindre les objectifs, les décideurs et les administrateurs du programme doivent être attentifs à la manière dont les objectifs sont exprimés et interprétés à travers l'ensemble du système de services, et soucieux de veiller à ce que leur utilisation ne devienne pas un objectif de performance qui aurait priorité sur la fourniture de soins de planification familiale de bonne qualité et sur la promotion du choix volontaire d'une méthode de contraception par les utilisatrices.

De plus, le succès réel doit en fin de compte être mesuré en fonction des résultats importants sur le plan sanitaire, notamment un meilleur espacement des naissances, la réduction du nombre de grossesses d'adolescentes, la réduction du nombre des grossesses non désirées et des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, ce qui conduit à une amélioration de la santé maternelle et des chances de survie des enfants.

Les avantages qui résultent de répondre aux besoins de toutes les femmes dans le monde en développement en matière de contraception font plus que contrebalancer les coûts financiers. La réduction considérable du nombre de grossesses non désirées – 54 millions par an – qui serait obtenue si les femmes dont le besoin n'est pas satisfait utilisaient des méthodes de contraception modernes s'accompagnerait d'améliorations impressionnantes de la santé féminine, de la réduction du nombre de décès maternels, et des économies résultant de la diminution

du coût des soins de santé maternelle et néonatale. Ces changements produiraient d'autres bénéfices encore en rehaussant le statut et le rôle des femmes dans la société et en accroissant le bien-être des ménages. On espère que les nouvelles données présentées dans ce rapport inciteront les donateurs, les gouvernements des pays en développement, les prestataires de soins de santé et la société civile à contribuer beaucoup plus généreusement à améliorer la santé sexuelle et procréative des femmes et des couples dans le monde en développement.

Appendice: Méthodologie et sources des données

Ce rapport présente de nouvelles évaluations pour les pays en développement en 2012, en partant d'études précédentes qui ont mesuré le besoin non satisfait de contraception moderne, les coûts de satisfaire à ce besoin et les effets qui en résulteraient pour la santé publique, études menées pour 2003^{54,55} et 2008^{11,28}.

Une méthodologie comparable est utilisée dans les trois rapports, bien que la plupart des données aient été mises à jour:

- Nous avons appliqué les données disponibles les plus récentes concernant la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui, dans les pays en développement en 2012, ont besoin de contraceptifs et en utilisent, afin d'évaluer les niveaux d'utilisation des méthodes et du besoin non satisfait. (En utilisant les évaluations les plus récentes du besoin et de l'utilisation, on suit l'approche adoptée dans les précédentes analyses d'*Adding It Up*, aussi bien que celle utilisée par l'ONU afin d'évaluer au niveau mondial l'utilisation des contraceptifs et le besoin non satisfait²⁴.)
- Les résultats tirés des autres analyses font penser que ces évaluations fournissent un tableau exact de la situation en 2012 parce qu'il semble que la prévalence des contraceptifs ait très peu augmenté entre 2008 et 2012 dans les pays en développement*.
- Pour évaluer l'utilisation des méthodes si les femmes dont le besoin de contraception moderne n'est pas satisfait en 2012 utilisaient toutes des méthodes modernes, nous avons supposé qu'elles adopteraient les différents types de méthodes dans la même proportion que les utilisatrices actuelles dans leur pays ayant la même situation matrimoniale et l'intention d'avoir le même nombre d'enfants.
- Nous avons évalué le nombre de grossesses non désirées en 2012 comme la somme des naissances non planifiées, sur la base du nombre total de naissances en 2012 et de l'information sur la proportion de naissances qui étaient non planifiées; des avortements provoqués, ceux-ci étant évalués à partir du taux d'avortements en 2008 appliqué au nombre de femmes en 2012; et des évaluations du nombre de fausses couches consécutives à des grossesses non désirées.
- Nous avons évalué le nombre de grossesses non désirées qui seraient écartées si toutes les femmes dont le besoin de méthodes modernes n'est pas satisfait utilisaient des méthodes modernes en comparant le nombre actuel de grossesses non désirées parmi les femmes dont le besoin de méthodes modernes n'est pas satisfait au nombre qui se vérifierait si les nouvelles utilisatrices connaissaient les mêmes taux d'utilisation inefficace d'une méthode spécifique que les utilisatrices actuelles.
- Nous avons réparti les grossesses non désirées évitées en naissances non planifiées, avortements et fausses couches sur la base de la répartition par sous-région, en 2012, des grossesses non désirées.
- Les évaluations de décès maternels ont été basées sur une révision des niveaux de mortalité maternelle totale en 2010, sur les évaluations pour 2008 de la mortalité consécutive à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, et sur la mortalité dans les avortements sans risques évaluée pour 2008 dans l'analyse d'*Adding It Up*. Les décès néonataux et infantiles ont été basés sur les taux de mortalité de 2010.

*L'une des analyses a projeté le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes en 2012 en appliquant un taux de changement linéaire entre les deux enquêtes les plus récentes pour chaque pays et ainsi évalué à 660 millions le nombre de femmes qui utilisaient en 2012 des moyens de contraception modernes, contre le chiffre de 645 millions de femmes (calculé sans projection) présenté dans ce rapport. Ces évaluations correspondent à 43,5 % et 42,5 %, respectivement, de toutes les femmes en âge de procréer, soit une différence relativement faible d'un point de pourcentage, ou 2 %¹³. Une autre analyse a projeté le taux de prévalence des contraceptifs modernes en utilisant un modèle hiérarchique et évalué à 56,4 % la proportion des femmes actuellement mariées dans les pays en développement qui utilisaient des méthodes modernes en 2012, contre notre propre évaluation de 56,7 % (sans projection). Cependant, les différences entre les projections et les évaluations présentées au Tableau 1 du présent rapport ont varié selon les régions (les taux de prévalence des moyens modernes de contraception [MCPR] projetés étaient de 3 à 4 points de pourcentage plus élevés en Afrique, en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est; plus bas en Asie de l'Est; et à peu près égaux en Amérique latine et dans les Caraïbes), le résultat moyen net étant une très faible différence (source: ONU, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Contraceptive Use 2012*, New York, ONU, 2012 (à paraître)).

Données qui ont été mises à jour

- Par catégorie de situation matrimoniale, le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans, par pays, a été mis à jour pour 2012.
- Les données d'enquêtes plus récentes sur la répartition des femmes âgées de 15 à 49 ans, pour le besoin de méthodes de contraception et leur utilisation, qui étaient utilisées pour les évaluations de 2008 concernant 42 des 149 pays en développement (où vivent 55 % des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans) sont intégrées dans les évaluations mises à jour présentées ici; en outre, pour 50 autres pays où vivent 11 % des femmes mariées, les évaluations de 2012 intègrent les données de l'enquête pour le pays lui-même, tandis que les évaluations de 2008 pour ces mêmes pays étaient fondées sur des moyennes sous-régionales. Les données émanant des mêmes enquêtes nationales ont été utilisées pour 28 pays, qui regroupent 32 % des femmes mariées, et les évaluations ont été faites à partir de moyennes sous-régionales ou de pays voisins en situation analogue pour 29 pays, où vivent 2 % des femmes mariées.
- L'information émanant d'un examen des études sous-nationales a été utilisée pour évaluer le besoin de contraception chez les femmes qui n'ont jamais été mariées en de nombreux pays d'Asie et d'Afrique du Nord, où ce groupe n'est pas inclus dans les enquêtes nationales.
- La méthodologie révisée pour le calcul du besoin non satisfait a été appliquée aux évaluations pour 2008 et 2012 (voir référence 36), fournissant des évaluations comparables pour ces deux années et nous permettant d'analyser les tendances.
- Les données récentes ont été utilisées pour évaluer les niveaux de grossesses non désirées en 2012, les issues des grossesses non désirées, la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement, et les décès de nouveau-nés (moins de 28 jours) et autres décès infantiles (entre 28 jours et un an).
- Les coûts directs des fournitures, des produits et du personnel nécessaires pour fournir les services de contraception ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation pour 2012.

Régions géographiques et les 69 pays les plus pauvres

Nous utilisons la définition géographique du monde, des régions et sous-régions en développement retenue par la Division de statistique de l'ONU (Appendice, Tableau 1 page 29)¹⁴. Les 69 pays les plus pauvres du monde sont définis comme ceux où le revenu national brut par habitant était en 2010 inférieur ou égal à 2 500 dollars É.-U.^{56,57}.

Dans les deux précédents rapports *Adding It Up*, le

statut économique des pays était défini différemment, en utilisant la classification type des pays par catégorie de revenu retenue par la Banque mondiale. Les évaluations concernant les pays groupés dans les catégories de la Banque mondiale étaient basées sur les plus récentes données disponibles au moment de la préparation de chaque rapport *Adding It Up*. Les données pour le rapport de 2003 étaient celles de 2001, et les données pour le rapport de 2009 étaient celles de 2007. De ce fait, les évaluations par catégorie de revenu national dans les deux précédents rapports ne sont pas directement comparables l'une avec l'autre ou avec les évaluations pour les 69 pays les plus pauvres présentées dans ce rapport, étant donné les changements intervenus dans le revenu national et le fait que les 69 pays les plus pauvres comprennent tous ceux qui sont classés par la Banque mondiale en tant qu'économies à faible revenu sur la base du revenu de 2010, ainsi que 44 des 62 pays classés comme appartenant à la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire. Nous avons choisi de fournir des évaluations pour les 69 pays les plus pauvres parce que ce groupe a fait l'objet privilégié du Sommet de Londres sur la planification familiale¹³.

Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans par catégorie de situation matrimoniale

Pour chaque pays, le nombre total de femmes âgées de 14 à 49 ans en 2012, divisé en groupes d'âge de cinq années, a été tiré de *Population Prospects 2010 Revision*, document de l'ONU⁵⁸. Pour la plupart des pays, la proportion des femmes qui étaient actuellement mariées, avaient été antérieurement mariées ou jamais mariées (pour chaque groupe d'âge) était empruntée à une compilation par l'ONU de l'information tirée des recensements nationaux et enquêtes nationales⁵⁹. On est parti de l'hypothèse que cette proportion s'appliquait à 2012, quelle que soit l'année du recensement ou de l'enquête. Les proportions par groupe d'âge, considéré sous l'angle de la situation matrimoniale, ont été appliquées aux mêmes groupes d'âge pour 2012, et l'addition en a été faite pour évaluer le nombre total des femmes âgées de 15 à 49 ans qui, dans chaque pays en développement en 2012, étaient actuellement mariées, avaient été antérieurement mariées ou jamais mariées. Pour les pays disposant d'informations tirées d'enquêtes plus récentes que les informations figurant dans la base de données de l'ONU, les proportions de femmes âgées de 15 à 49 ans par catégorie de situation matrimoniale ont été mises à jour; pour les quelques pays sans information disponible sur la situation matrimoniale, des évaluations ont été faites à partir d'un pays voisin ou de la région.

Évaluations de l'utilisation des contraceptifs et du besoin non satisfait

Les évaluations de l'utilisation des contraceptifs et du besoin non satisfait reposent principalement sur les données des Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), avec le supplément des données d'enquêtes menées par les *Centers for Disease Control and Prevention* (Enquêtes sur la santé reproductive – Reproductive Health Surveys ou RHS), par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Enquêtes en grappes à indicateurs multiples ou MICS), ainsi que des enquêtes nationales indépendantes. Nous avons utilisé les enquêtes les plus récentes disponibles au 31 mars 2012 (y compris des rapports préliminaires d'EDS disponibles à cette date). Nous avons fait des évaluations pour les types de données manquants et pour les pays sans aucune donnée, cela de différentes manières: en utilisant les données de pays voisins ou les moyennes régionales et les informations tirées d'enquêtes antérieures contenant les types de données manquants.

À une seule exception près, la méthodologie utilisée pour élaborer les évaluations de 2012 est la même que celle utilisée pour les évaluations d'*Adding It Up* en 2003 et 2008, avec des répartitions comparables des femmes âgées de 15 à 49 ans selon l'utilisation des contraceptifs et la situation matrimoniale^{11,28}. Cette exception concerne le fait que nous utilisons une méthode révisée récemment rendue publique pour calculer le besoin non satisfait³⁶ dans les évaluations de 2012 de la plupart des pays (celles basées sur les EDS et les MICS, que nous avons calculées directement).

Nous avons mis à jour les évaluations d'*Adding It Up* 2008 qui étaient basées sur les données d'EDS en utilisant la nouvelle manière de calculer le besoin non satisfait de méthodes modernes, afin d'obtenir des mesures comparables avec les évaluations mises à jour de 2012. L'effet net de la définition révisée est d'augmenter légèrement le nombre de femmes dont le besoin n'était pas satisfait en 2008 dans les pays en développement: de 215 millions, d'après l'ancienne définition, ce nombre passe à 226 millions en utilisant les nouvelles méthodes de calcul.

Les femmes ont été classées en trois groupes concernant la contraception et le besoin de contraception, comme suit:

- femmes utilisant des méthodes modernes de contraception – stérilisation masculine ou féminine, DIU, implants, injectables, pilules, préservatifs masculins et autres méthodes, y compris les spermicides et le préservatif féminin;
- femmes n'ayant pas besoin de méthodes modernes de contraception – femmes qui sont a) non mariées et non

sexuellement actives (au cours des trois derniers mois), b) stériles, c) mariées ou non mariées et sexuellement actives, fertiles et souhaitant avoir un enfant dans les deux prochaines années, ou d) actuellement enceintes, avec une grossesse désirée, ou en période postpartum, sans nouvelles règles, après une grossesse désirée; et

- femmes ayant un besoin non satisfait de contraceptifs modernes – femmes qui a) sont mariées ou non mariées et qui ont eu des rapports sexuels au cours des trois derniers mois, sont fertiles mais ne veulent pas avoir un enfant à court terme (c. à. d., aimeraient attendre deux ans ou plus avant une nouvelle grossesse ou ne plus avoir d'enfant), et n'utilisent pas une méthode moderne de contraception (c. à. d., qui n'utilisent aucune méthode ou utilisent une méthode traditionnelle, comme l'abstinence périodique ou le retrait*), ou b) sont actuellement enceintes, avec une grossesse mal placée dans le temps ou non désirée, ou en période postpartum, sans nouvelles règles, après une telle grossesse (étant admis que cette proportion transversale, tirée des enquêtes, représente la proportion typique des femmes qui ne voulaient pas avoir d'enfants mais sont actuellement enceintes ou en période postpartum sans nouvelles règles et qui auraient eu besoin de méthodes modernes à un moment quelconque durant une période d'un an).

Les évaluations ont été calculées séparément pour les femmes actuellement mariées, antérieurement mariées ou jamais mariées et ont été additionnées pour obtenir des évaluations applicables à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans.

Exhaustivité des évaluations

La croissance démographique est intégrée dans les évaluations en appliquant la proportion de femmes utilisant des méthodes modernes, d'après l'enquête la plus récente menée avant l'année de référence (c. à. d., avant 2008 ou 2012), au nombre de femmes en âge de procréer dans cette année de référence. Les évaluations ont été faites pour deux groupes de femmes non mariées: celles qui étaient antérieurement mariées et celles qui n'ont jamais été mariées. Des enquêtes nationales, par exemple les EDS, sont les sources des évaluations pour les femmes de toute situation matrimoniale dans les pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et des Caraïbes. En Asie et en Afrique du Nord, les femmes jamais

* Les femmes qui utilisent les méthodes traditionnelles sont incluses dans le nombre de celles ayant un besoin non satisfait de contraception moderne parce que les méthodes qu'elles utilisent ont un beaucoup plus grand risque d'inefficacité que les méthodes modernes.

mariées ne sont souvent pas incluses dans ces enquêtes et, quand elles le sont, il arrive qu'on ne leur ait pas posé de questions concernant l'activité sexuelle et l'utilisation de contraceptifs; si on leur a posé ces questions, le nombre communiqué de cas du comportement visé est probablement très inférieur à la réalité. Les évaluations du besoin de contraception et de l'utilisation de contraceptifs pour les femmes jamais mariées dans la plupart des pays de ces régions sont basées sur les enquêtes nationales disponibles comportant les données pertinentes et sur un examen des enquêtes sous-nationales qui incluent les femmes jamais mariées.

Classement des grossesses d'après l'intention et l'issue

Nous avons tiré le nombre de naissances dans chaque pays en 2012 des évaluations de l'ONU⁶⁰ et les avons réparties en grossesses désirées et non désirées en utilisant les évaluations de l'analyse, dans *Adding It Up* 2008, des données d'enquête sur ce point. Afin d'évaluer le nombre de grossesses se soldant par un avortement provoqué, nous avons calculé les taux sous-régionaux d'avortement d'après les évaluations de 2008⁶¹ et les avons appliqués au nombre de femmes au niveau sous-régional en 2012. Nous avons évalué le nombre de fausses couches résultant de grossesses désirées et non désirées de la même manière que dans les analyses des *Adding It Up* antérieurs²⁸.

Mortalité

Nous avons basé les évaluations des décès maternels sur les niveaux les plus récemment communiqués de la mortalité maternelle totale^{62,63} et de la mortalité résultant d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses⁶⁴, aussi bien que sur la proportion d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses⁶⁵. Nous avons admis que les ratios de mortalité maternelle par pays en 2010 s'appliquaient aux naissances en 2012 et que les taux de mortalité consécutive aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, par région, avaient changé de 2008 à 2010 dans la même proportion que le ratio d'ensemble de mortalité maternelle pour la région concernée au cours de cette période. Comme nous l'avons fait dans l'analyse des précédents *Adding It Up*, nous avons admis que le taux de mortalité chez les femmes ayant un avortement dans des conditions non dangereuses était de deux décès pour 100 000 avortements²⁸. À partir de cette information, nous avons évalué les taux de mortalité maternelle chez les femmes dont les grossesses en 2012 se sont terminées par une naissance ou une

fausse couche (désirée ou non désirée), un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses ou dans des conditions non dangereuses. Nous avons admis que les issues (réparties en naissances non planifiées, avortements pratiqués dans des conditions non dangereuses, avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et fausses couches) des grossesses évitées par l'usage actuel de méthodes modernes de contraception (et par le passage des femmes dont le besoin de méthodes modernes était non satisfait à l'utilisation des méthodes modernes en 2012) seraient similaires par pays et par sous-région aux issues de toutes les grossesses non désirées survenues en 2012.

Pour évaluer le nombre de décès néonataux et autres décès infantiles, nous avons utilisé les taux de mortalité de 2010 par pays⁶⁶. Nous avons multiplié ces taux par le chiffre voulu en fonction du nombre de naissances en 2012 pour calculer le nombre de décès en 2012.

Évaluation des coûts

Les coûts directs ont été évalués pour les produits et fournitures de contraception et pour le personnel nécessaire aux fins de conseiller, fournir des méthodes, assurer le suivi et retirer le support matériel de certaines méthodes du corps des femmes (le cas échéant). Les coûts du programme et des systèmes (également dénommés coûts indirects) ont été calculés comme une proportion des coûts directs, sur la base des évaluations publiées par l'UNFPA, en utilisant l'approche suivie pour les évaluations de 2008. Les coûts totaux sont la somme des coûts directs et des coûts indirects. Ces coûts sont couverts à l'aide d'un certain nombre de sources de financement dont l'importance varie selon le pays: budgets du gouvernement national, organismes et donateurs externes, employeurs (grâce aux prestations des assurances) et utilisatrices des contraceptifs elles-mêmes, par leur contribution à l'assurance et les paiements directs de services et fournitures. Nous mettons l'accent sur l'évaluation des coûts parce que l'information sur les dépenses réelles et la ventilation par source de paiement ne sont pas disponibles.

Coûts directs. Les coûts des produits de contraception ont été évalués pour chaque pays sur la base des coûts unitaires moyens acquittés par les donateurs, tel qu'indiqué dans la base de données de *Reproductive Health Interchange*⁶⁷. Les données en ont été tirées pour une période de trois ans (janvier 2009-décembre 2011) afin de fournir un échantillonnage suffisant et elles ont servi à calculer les coûts unitaires, qui ont été transposés en coûts pour une année d'utilisation d'une méthode donnée

pour un pays spécifique*. Ces coûts ont été ajustés en dollars É.-U. 2012⁶⁸. Les médicaments nécessaires pour la stérilisation masculine et féminine, en dollars É.-U. 2012, ont été basés sur le coût moyen cité dans l'actuel *International Drug Price Indicator (Management Sciences for Health)*⁶⁹. Les coûts de fournitures comme gants, seringues et sutures, en dollars É.-U. 2012, ont été tirés du catalogue de fournitures actuel du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.⁷⁰ Les données sur les traitements et salaires ont été empruntées à la base de données CHOICE 2005 de l'Organisation mondiale de la santé⁷¹; ces données sur les coûts ont été ajustées aux valeurs en dollars É.-U. 2012 par pays sur la base de l'Indice d'ajustement des prix (*Price Deflator*) du PIB⁶⁸.

Coûts indirects. Les coûts indirects comprennent la gestion des programmes, la supervision, la formation du personnel, l'éducation à la santé, le suivi et évaluation, les activités de plaidoyer, la consolidation des systèmes d'information et des systèmes d'approvisionnement en produits, enfin l'entretien et l'extension de la capacité physique des centres de santé⁴¹. Des évaluations mises à jour des coûts indirects pour les services de santé sexuelle et procréative dans les pays en développement ne sont pas disponibles actuellement.

Nous avons cru raisonnable d'admettre que le pourcentage concernant le programme et les systèmes de l'UNFPA en 2008 (qui est inférieur au pourcentage en 2009) s'applique aux évaluations des coûts pour l'année en cours (2012). Nous avons choisi d'appliquer les taux indirects plus élevés de 2009 au scénario futur, pour tenir compte du coût de renforcer la capacité et d'améliorer les services, chose nécessaire pour satisfaire pleinement aux besoins de toutes les femmes qui ont besoin d'une contraception moderne.

* Les coûts annuels incluent le coût de chaque méthode pour une période d'utilisation d'un an. Pour les méthodes permanentes et à action prolongée, l'annualisation du coût revient à partir de la totalité des coûts de la méthode sur la base d'une moyenne des années d'utilisation, en divisant ce montant par le nombre d'années. Sur le long terme, compter un dixième du coût total pour 10 femmes recourant à la stérilisation, par exemple, est la même chose que compter le coût intégral de la stérilisation d'une seule femme si chaque année une nouvelle femme est stérilisée et remplace ainsi une autre femme qui a terminé la période de 10 années d'utilisation.

APPENDICE, TABLEAU 1. Tous les pays du monde en développement et les 69 pays les plus pauvres*, par région et sous-région

Région, sous-région et pays	69 pays les plus pauvres	Région, sous-région et pays	69 pays les plus pauvres	Région, sous-région et pays	69 pays les plus pauvres
AFRIQUE		ASIE		AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	
Afrique subsaharienne		Asie de l'Est		Caraïbes	
Afrique de l'Est		Chine		Antilles néerlandaises	
Burundi	X	Chine, Hong Kong		Bahamas	
Comores	X	Chine, Macao		Barbade	
Djibouti	X	Corée du Nord		Cuba	
Érythrée	X	Corée du Sud		Guadeloupe	
Éthiopie	X	Mongolie		Haïti	
Kenya	X	Asie du Centre et du Sud		Îles Vierges américaines§	
Madagascar	X	Asie du Centre		Jamaïque	
Malawi	X	Kazakhstan		Martinique	
Maurice	X	Kirghizistan		Porto Rico	
Mozambique	X	Ouzbékistan		République dominicaine	
Ouganda	X	Tadjikistan		Sainte-Lucie	
Réunion†		Turkménistan		Saint-Vincent-et-les-Grenadines	
Rwanda	X	Asie du Sud		Trinité-et-Tobago	
Somalie	X	Afghanistan		Amérique centrale	
Tanzanie	X	Bangladesh		Belize	
Zambie	X	Bhoutan		Costa Rica	
Zimbabwe	X	Inde		El Salvador	
		Iran		Guatemala	
		Maldives		Honduras	
Afrique moyenne		Népal		Mexique	
Angola		Pakistan		Nicaragua	
Cameroun	X	Sri Lanka		Panama	
Congo	X	Asie du Sud		Amérique du Sud	
Gabon		Brunéi Darussalam		Argentine	
Guinée équatoriale		Cambodge		Bolivie	
République centrafricaine	X	Indonésie		Brésil	
Rép. démocratique du Congo	X	Laos		Chili	
Sao-Tomé-et Príncipe	X	Malaisie		Colombie	
Tchad	X	Myanmar		Équateur	
		Philippines		Guyana	
Afrique australe		Singapour		Guyane française**	
Afrique du Sud		Thaïlande		Paraguay	
Botswana		Timor-Leste		Pérou	
Lesotho	X	Vietnam		Suriname	
Namibie		Asie occidentale		Uruguay	
Swaziland		Arabie saoudite		Venezuela	
Afrique de l'Ouest		Arménie		OCÉANIE	
Bénin	X	Azerbaïdjan		États fédérés de Micronésie††	
Burkina Faso	X	Bahreïn		Fidji	
Cap Vert‡		Chypre		Guam	
Côte d'Ivoire	X	Émirats arabes unis		Îles Salomon	
Gambie	X	Géorgie		Nouvelle-Calédonie	
Ghana	X	Iraq		Papouasie-Nouvelle-Guinée	
Guinée	X	Israël		Polynésie française	
Guinée-Bissau	X	Jordanie		Samoa	
Libéria	X	Koweït		Tonga‡‡	
Mali	X	Liban		Vanuatu	
Mauritanie	X	Oman			
Niger	X	Qatar			
Nigéria	X	Syrie			
Sénégal	X	Territoire palestinien occupé			
Sierra Leone	X	Turquie			
Togo	X	Yémen			
Afrique du Nord					
Algérie					
Égypte	X				
Libye					
Maroc					
Sahara occidental	X				
Soudan	X				
Sud-Soudan	X				
Tunisie					

Notes: L'Afrique subsaharienne comprend tous les pays situés dans l'Afrique de l'Est, l'Afrique moyenne, l'Afrique australe et l'Afrique de l'Ouest, ainsi que le Soudan et le Sud-Soudan. * Définis comme ayant un revenu national brut par habitant inférieur ou égal à 2 500 dollars en 2010. † Groupée avec Mayotte et les Seychelles pour de nombreux calculs. ‡ Groupé avec Ste Hélène pour de nombreux calculs. § Groupé avec Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Dominique, Grenade, îles Caïmanes, îles Turques et Caïques, îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint Barthélemy, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Martin (partie française) pour de nombreux calculs. ** Groupée avec les îles Falkland pour de nombreux calculs. †† Groupés avec les îles Mariannes septentrionales, les îles Marshall, Kiribati, Nauru et les Palaos pour de nombreux calculs. ‡‡ Groupé avec les îles Cook, les îles Wallis et Futuna, Pitcairn, les Samoa américaines, Tokélaou et Tuvalu pour de nombreux calculs. Source: Références 14 et 15.

Références

1. Reproductive Health Supplies Coalition, HandtoHand Campaign, sans date, <<http://www.rhsupplies.org/handtohand-campaign/handtohand-campaign.html>>, consulté le 21 avril 2012.
2. Maternal Health Task Force, The Alliance for Reproductive Maternal and Newborn Health, 2011, <<http://maternalhealthtaskforce.org/component/wpmu/tag/alliance-for-reproductive-maternal-and-newborn-health>>, consulté le 21 avril 2012.
3. Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, RMNCH continuum of care, 2011, <http://www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, consulté le 7 mai 2012.
4. Les femmes donnent la vie, Au sujet de l'initiative, <http://www.womendeliver.org/about/the-initiative/>, consulté le 29 mai 2012.
5. Les ONG au-delà de 2014, Bienvenue aux ONG au-delà de 2014, 2011, <<http://ngosbeyond2014.org/about/>>, consulté le 9 mai 2012.
6. Organisation des Nations Unies (ONU), Indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement: site officiel de l'ONU pour les indicateurs des OMD, 2008, <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=indicators/officialist.htm>>, consulté le 21 avril 2012.
7. Ministère du développement international, Planification familiale: le Royaume-Uni accueillera le Sommet avec la Fondation Gates, 2012, <<http://www.dfid.gov.uk/News/Latest-news/2012/Family-planning-UK-to-host-summit-with-Gates-Foundation/>>, consulté le 22 avril 2012.
8. K. Rawe, *Misconception: Why Family Planning Actually Saves Babies' Lives*, Londres, *Save the Children*, 2012 (à paraître).
9. Projet Objectifs du Millénaire, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, New York: Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2006.
10. D. E. Bloom, D. Canning et J. Sevilla, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, Santa Monica, Californie, É.-U.: RAND, 2003.
11. S. Singh et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 2009.
12. Toutes les femmes, tous les enfants, Engagements envers toutes les femmes, tous les enfants, 2012, <<http://www.everywomaneverychild.org/commitments/governments>>, consulté le 21 avril 2012.
13. Sommet de Londres sur la planification familiale, *Technical Note: Data Sources and Methodology for Developing the 2012 Baseline, 2020 Objective, Impacts and Costings*, Londres: Sommet sur la planification familiale, Metrics Group, 2012.
14. Division de statistique de l'ONU, Composition des régions macrogéographiques (continents), des sous-régions géographiques, et des groupements économiques et autres groupements, 2009, <<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm#developed>>, consulté le 7 novembre 2009.
15. Banque mondiale, Les pays à faible revenu sont définis comme étant les 69 pays dont le PNB par habitant était en 2010 inférieur ou égal à 2 500 dollars. Méthode Atlas (en dollars É.-U. actuels), sans date, <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>>, consulté le 14 février 2012.
16. D. Kirk, Théorie de la transition démographique, *Population Studies*, 1996, 50(4):361–387.
17. J. Cleland et C. Wilson, Demand theories of the fertility transition, *Population Studies*, 1987, 41(1):5–30.
18. Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), *World Fertility Report 2007*, New York: ONU, 2010.
19. J. Cleland et al., Family planning: the unfinished agenda, *Lancet*, 2006, 368(9549):1810–1827.
20. A. O. Tsui, Population policies, family planning programs and fertility: the record, *Population and Development Review*, 2001, 27(Suppl.):184–204.
21. J. B. Casterline, The pace of fertility transition: national patterns in the second half of the twentieth century, *Population and Development Review*, 2001, 27(Suppl.):17–52.
22. A. Jain et J. Ross, Fertility differences among developing countries: Are they still related to family planning program efforts and social settings? *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 38(1):15–22.
23. Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, New York: ONU, 2004, pp. 17–39.
24. Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), *World Contraceptive Use 2011*, New York: ONU, 2011.
25. C. F. Westoff et A. Bankole, Reproductive preferences in developing countries at the turn of the century, *DHS Comparative Reports*, Calverton, Maryland, É.-U.: ORC Macro, 2002, No. 2.
26. C. B. Lloyd, édit., *Growing Up Global: The Changing*

Transitions to Adulthood in Developing Countries, Washington, D.C.: National Academies Press, 2005.

27. Guttmacher Institute, analyses spéciales (voir Appendice, p. 26—Évaluations de l'utilisation des contraceptifs et du besoin non satisfait).
28. J. R. Darroch et S. Singh, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health—Estimation Methodology*, New York: Guttmacher Institute, 2011.
29. J. Bongaarts, Fertility transitions in developing countries: progress or stagnation? *Poverty, Gender and Youth Working Papers*, New York: Population Council, 2008, No. 7.
30. Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), *World Contraceptive Use 2010, Detailed Trends Data Files*, New York: ONU, 2011, <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/wcp_2010/data.html>, consulté le 12 juin 2012.
31. Institut international des sciences de la population (IIPS), *District Level Household and Facility Survey (DLHS-3), 2007–08: India*, Mumbai: IIPS, 2010.
32. Agence centrale de statistique (Éthiopie) et ICF International, *Ethiopia Demographic and Health Survey, 2011*, Addis-Abena, Éthiopie et Calverton, Maryland, É.-U.: Agence centrale de statistique et ICF International, 2012.
33. Institut national de statistique du Rwanda (NISR), Ministère de la santé du Rwanda et ICF International, *Rwanda Demographic and Health Survey, 2010*, Calverton, Maryland, É.-U., USA: NISR, Ministère de la santé et ICF International, 2012.
34. Ministère népalais de la santé et de la population (MOHP), New ERA et ICF International, *Nepal Demographic and Health Survey, 2011*, Katmandou, Népal: MOHP, New ERA; et Calverton, Maryland, É.-U.: ICF International, 2012.
35. Agence nationale de statistique du Zimbabwe (ZIMSTAT) et ICF International, *Zimbabwe Demographic and Health Survey, 2010–11*, Calverton, Maryland, É.-U.: ICF International; et Harare: ZIMSTAT, 2012.
36. S. E. K. Bradley et al., Revising unmet need for family planning, *DHS Analytical Studies*, Calverton, Maryland, É.-U.: ICF International, 2012, No. 25.
37. J. E. Darroch, G. Sedgh et H. Ball, *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*, New York: Guttmacher Institute, 2011.
38. S. E. K. Bradley, H. M. Schwandt et S. Khan, Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, Maryland, É.-U.: ICF Macro, 2009, No. 20.
39. J. Cleland, M. M. Ali et I. Shah, Dynamics of contraceptive use, dans: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, New York: ONU 2006, pp. 87–115.
40. W. Wang et al., How family planning supply and the service environment affect contraceptive use: findings from four East African countries, *DHS Analytical Studies*, Calverton, Maryland, É.-U.: ICF International, 2012, No. 26.
41. Conseil économique et social (ONU), *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary General*, New York: ONU, 2009.
42. A. Pawliczko, UNFPA, communication personnelle, 4 mai 2012.
43. Organisation mondiale de la santé (OMS), Planification familiale, fiche de données N° 351, avril 2011, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>>, consulté le 8 mai 2012.
44. American College of Obstetricians and Gynecologists, Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives, ACOG Practice Bulletin No. 110, *Obstetrics & Gynecology*, 2010, 115(1):206–218.
45. A. Manchikanti et al., Steroid hormones for contraception in women with sickle cell disease, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 2, No. CD006261.
46. R. S. Moreland et S. Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning*, Washington, D.C.: USAID, 2006.
47. Guttmacher Institute, analyses spéciales (voir Appendice, p. 27–28—Évaluation des coûts).
48. Guttmacher Institute, analyses spéciales (voir Appendice, page 27—Classement des grossesses d'après l'intention et l'issue).
49. S. O. Rutstein, Further evidence of the 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, *DHS Working Papers*, Calverton, Maryland, É.-U.: Macro International, 2008, No. 41.
50. Guttmacher Institute, analyses spéciales (voir Appendice, p. 27—Mortalité).
51. G. Sedgh et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.
52. J. McCleary-Sills, A. McGonagle et A. Malhotra, *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*, Washington, D.C.: International Center for Research on Women, 2012.
53. S. Singh et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population, 2009, p. 30.
54. S. Singh et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, New York: The Alan Guttmacher Institute (AGI) et UNFPA, 2003.
55. M. Vlassoff et al., Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions, *Occasional Report*, New York: AGI, 2004, No. 11.
56. Banque mondiale, PNB par habitant, méthode Atlas (en dollars É.-U. actuels), 2012, <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNPPCAPCD>>, consulté le 9 mai 2012.

- 57.** Banque mondiale, PNB par habitant, Directives opérationnelles et classements analytiques, sans date, <<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/OGHIST.xls>>, consulté le 9 mai 2012.
- 58.** Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), File 5B: Female population by single age, major area, region and country, annually for 1950–2010 (thousands), medium-fertility variant, 2011–2100, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM, New York: ONU, 2011.
- 59.** Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), *World Marriage Data 2008*, New York: ONU, 2009.
- 60.** Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), File 4: Births (both sexes combined) by major area, region and country, 1950–2100 (thousands), medium fertility variant, 2010–2100, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM, New York: ONU, 2011.
- 61.** G. Sedgh et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816): 625–632.
- 62.** OMS, *Tendances de la mortalité maternelle, 1990 à 2010: Évaluations OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale*, Genève: OMS, 2012.
- 63.** D. Chou, OMS, communication personnelle, 25 mai 2012.
- 64.** OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6^e édition., Genève: OMS, 2011.
- 65.** G. S. Sedgh, Guttmacher Institute, communication personnelle, 28 février 2012.
- 66.** Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, Newborn and infant deaths per 1,000 births, 2010, <http://www.childinfo.org/mortality_tables.php>, consulté le 25 mai 2012.
- 67.** Reproductive Health Supplies Coalition, Resources and Tools, 2012, <<http://www.rhsupplies.org/resources-tools.html>>, consulté le 7 mars 2012.
- 68.** Fonds monétaire international, Perspectives de l'économie mondiale (World Economic Outlook), base de données 2011, <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/02/weodata/weoselgr.aspx>>, consulté le 7 mai 2012.
- 69.** International Drug Price Indicator Guide, Introduction, 2010, <erc.msh.org/priceguide>, consulté le 1er mars 2012.
- 70.** UNICEF, Bienvenue au catalogue de fournitures de l'UNICEF, 2012, <[https://supply.unicef.org/unicef_b2c/app/displayApp/\(layout=7.0-12_1_66_67_115&carearea=%24ROOT\)/.do?rf=y](https://supply.unicef.org/unicef_b2c/app/displayApp/(layout=7.0-12_1_66_67_115&carearea=%24ROOT)/.do?rf=y)>, consulté le 2 mars 2012.
- 71.** K. Stenberg, OMS, communication personnelle, 25 février 2012.



Améliorer la santé sexuelle et procréative dans le monde entier par la recherche, l'analyse des politiques et l'éducation publique.

125 Maiden Lane
New York, NY 10038
(212) 248-1111; courriel (212) 248-1951
info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org



L'UNFPA est une organisation internationale au service du développement qui promeut le droit de chaque femme, homme et enfant à vivre en bonne santé et à jouir de chances égales.

605 Third Avenue
New York, NY 10158
(212) 297-5000; courriel (212) 370-0201
hq@unfpa.org

www.unfpa.org