



# FP2020 COUP DE PROJECTEUR SUR LES FEMMES

2018-2019



 [familyplanning2020.org](http://familyplanning2020.org)  
 [facebook.com/familyplanning2020](https://facebook.com/familyplanning2020)  
[@FP2020GLOBAL](https://twitter.com/FP2020GLOBAL)  
[#FP2020PROGRESS](https://hashtage.com/FP2020PROGRESS)

## SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... 4

### SECTION 01

LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES AU  
CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS..... 14

### SECTION 02

PARTENARIAT ..... 22

### SECTION 03

FINANCEMENT ..... 26

### SECTION 04

MESURE ..... 34

# FP2020 COUP DE PROJECTEUR SUR LES FEMMES

2018-2019

*Version imprimée sous forme condensée*

## **CETTE ANNÉE, LE RAPPORT DE PROGRÈS FP2020 EST DIFFUSÉ EN VERSION NUMÉRIQUE.**

La version complète peut être consultée en ligne à la page [familyplanning2020.org/progress/fr](http://familyplanning2020.org/progress/fr).

Cette version imprimée constitue un condensé et se contente de présenter les informations que nos partenaires jugent utile de posséder au format papier. Elle présente ainsi les faits saillants, des aperçus du contenu publié en ligne, le rapport financier ainsi qu'une analyse des données. Toutes les autres informations sont présentées dans la version numérique.



**POUR ALLER PLUS  
LOIN : VERSION  
NUMÉRIQUE**

**LES FEMMES ET LES  
JEUNES FILLES AU CENTRE  
DES PRÉOCCUPATIONS -**  
Section complète

**PARTENARIAT -**  
Section complète

Graphiques supplémentaires  
et analyses à la section  
**FINANCEMENT**

Graphiques  
supplémentaires et  
analyses à la section  
**MESURE**

**TABLEAUX DES  
ESTIMATIONS -**  
Section complète

# RÉSUMÉ

Photo : Clément Tardif  
Intrahealth International

## La quête d'un monde plus pacifique, prospère et équitable est indissociable des droits et de la dignité des femmes et des jeunes filles.

Ce n'est que lorsque les femmes et les jeunes filles disposeront d'une véritable autonomie – qu'elles seront en mesure de décider de leur propre existence et d'apporter leur pierre à la société sur un pied d'égalité – que nous pourrons espérer éliminer la pauvreté et libérer tout le potentiel humain.

Cette vérité a été reconnue pour la première fois par la communauté internationale lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, au Caire, et s'est imposée comme une pierre angulaire depuis lors.

Family Planning 2020 compte parmi les nombreuses initiatives lancées dans le sillage du Caire, et s'inscrit dans le cadre de l'arc de progrès qui a permis à des centaines de millions de femmes et de jeunes filles de prendre leur envol depuis 1994. Nous mettons l'accent sur un élément décisif et central de l'agenda du Caire : garantir à chaque femme et à chaque jeune fille la capacité de maîtriser sa propre fécondité et de décider elle-même si elle désire ou non un enfant et à quel moment tomber enceinte.<sup>1</sup> Cette capacité est le fondement même de l'autonomisation des femmes et est à l'origine d'un meilleur état de santé et de meilleures opportunités de vie pour les femmes et les jeunes filles, partout dans le monde.

Pour en savoir plus,  
consultez le site web de  
FP2020 à l'adresse suivante :  
[familyplanning2020.org/fr](http://familyplanning2020.org/fr)



<sup>1</sup> Dans le présent rapport, tout emploi du mot « jeunes filles » dans le contexte de la planification familiale doit être compris au sens d'adolescentes. Les statistiques de planification familiale incluent uniquement les adolescents âgés de 15 à 19 ans. Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée de l'adolescence et de la jeunesse, l'Organisation des Nations Unies définit les adolescents comme des personnes âgées de 10 à 19 ans et les jeunes comme des personnes âgées de 15 à 24 ans. Conjointement, les adolescents et les jeunes sont désignés ici sous le terme de jeunes (gens), et représentent ainsi des personnes âgées de 10 à 24 ans. Les catégories d'âge suivantes sont définies à des fins statistiques : 10-14, 15-19 et 20-24. Consulter le document de l'UNFPA intitulé *Adolescent and Youth Demographics: A Brief Overview* ([unfpa.org/resources/adolescent-and-youth-demographics-a-brief-overview](http://unfpa.org/resources/adolescent-and-youth-demographics-a-brief-overview)).



*Depuis le lancement de FP2020, le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception dans les 69 pays cibles de FP2020 a progressé de **53 millions**, dont **9 millions** d'utilisatrices supplémentaires depuis l'année dernière seulement.*

FP2020 a été lancé en 2012 en réponse à un double constat : la stagnation des importants travaux qui avaient été engagés en vue d'élargir l'accès aux moyens de contraception à l'échelle mondiale et la nécessité d'un nouveau partenariat en vue de relancer les progrès. En sept ans, nous avons réalisé des avancées considérables : non seulement en proposant des méthodes de contraception modernes à des millions de femmes et de jeunes filles, mais aussi en renforçant une solide communauté de pratique internationale appelée à faire avancer ces travaux.

2020 approche et nous entrons dans la dernière année de cette initiative ; les partenaires de FP2020 continuent de progresser pour concrétiser nos objectifs individuels et collectifs à l'horizon 2020. Dans le même temps, une vision commune est en train d'émerger au sein de la communauté mondiale de la planification familiale, qui nous permettra de franchir le cap de 2020 pour nous projeter vers l'horizon 2030.

## ATTEINDRE PLUS DE FEMMES ET DE JEUNES FILLES

Depuis le lancement de FP2020, le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception dans les 69 pays cibles de FP2020 a progressé de 53 millions, dont 9 millions d'utilisatrices supplémentaires depuis l'année dernière seulement. Neuf pays sont en bonne voie pour concrétiser leurs engagements FP2020 en matière de hausse de l'utilisation de contraceptifs modernes, et 13 autres ne sont qu'à quelques points de pourcentage de leurs objectifs.

Dans l'ensemble des pays cibles FP2020, le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) a augmenté de plus de 2 points de pourcentage depuis 2012. La hausse la plus marquée concerne l'Afrique de l'Est et australe, où le TPCM de la région a connu une progression de 7 points de pourcentage depuis 2012.

Outre la hausse du taux de prévalence contraceptive moderne, la hausse de la demande en planification familiale dans les différents pays s'explique aussi simplement par la croissance démographique. Par rapport à 2012, les pays FP2020 comptent à présent 100 millions de femmes supplémentaires en âge de procréer. Le nombre de femmes en âge de procréer devrait dépasser le milliard avant 2025 dans les pays FP2020 ; il sera donc absolument décisif de continuer de maintenir et d'accroître les capacités de service dans les années à venir.

## FINANCEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le financement des gouvernements donateurs en faveur de la planification familiale a atteint 1,5 milliard de dollars américains en 2018, soit son niveau le plus élevé depuis le lancement de FP2020. Sept donateurs ont augmenté leur financement en 2018 : l'Allemagne, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Norvège, les Pays-Bas, et le Royaume-Uni. Alors que la hausse du financement du gouvernement américain est en grande partie attribuable au calendrier des décaissements, les autres augmentations attestent de l'incidence du Sommet de 2017 sur la planification familiale et des engagements renouvelés de plusieurs donateurs.

Les dépenses nationales représentaient près de 32 % des dépenses totales engagées dans le secteur de la planification familiale en 2017. (On note une année de décalage entre les estimations des dépenses nationales et les rapports des donateurs bilatéraux, en raison du temps requis pour finaliser les comptes publics et préparer des estimations). Les dépenses totales liées à la planification familiale en 2017 sont estimées à quelque 3,8 milliards de dollars américains, les donateurs internationaux ayant contribué pour environ 45 %, les gouvernements nationaux pour 32 %, les consommateurs pour 19 % et les autres sources nationales pour 4 %.

## LE PARTENARIAT FP2020

Fort des nouveaux engagements pris au cours de l'année écoulée par l'Angola, la République centrafricaine, la Gambie, la fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation et l'ONUSIDA, le partenariat FP2020 poursuit son développement. Cela porte le nombre total de pays engagés à 132, y compris 46 des 69 pays cibles FP2020.<sup>2</sup>

Les jeunes jouent un rôle de plus en plus important au sein du partenariat. D'ici la fin de 2019, les points focaux des jeunes auront été nommés pour chacun des pays preneurs d'engagement et ils prendront place aux côtés des gouvernements, des donateurs et de la société civile. Lancée par l'*International Youth Alliance for Family Planning* (IYAFF, alliance internationale des jeunes pour la planification familiale), le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), FP2020 et divers partenaires en fin d'année 2018, la Déclaration consensuelle mondiale pour une participation effective des adolescents et des jeunes (MAYE, d'après son acronyme anglais) s'appuie à présent sur un Cadre de responsabilisation élaboré à l'initiative des jeunes.

Des collaborations intersectorielles se développent de toutes parts : l'année dernière a été marquée par un partenariat particulièrement étroit entre la communauté de la planification familiale et celle du VIH, par un renforcement des liens avec le secteur humanitaire, par l'émergence d'un nouveau consensus sur la planification familiale et la protection de l'environnement, et par une meilleure intégration à la communauté de la santé maternelle.

En suivi du Cadre de responsabilisation du Secrétariat FP2020 publié l'année dernière, le rapport de cette année comprend une discussion au sujet des mécanismes de responsabilisation mutuelle de la société civile, qui s'inscrit dans le cadre du travail préparatoire en vue du partenariat de l'après 2020, ainsi que des travaux visant à étudier la participation effective des jeunes, le rôle des hommes et des garçons, les possibilités de partenariat avec les organisations confessionnelles et l'impact de l'initiative FP2020 sur la mise en œuvre des programmes de planification familiale fondée sur les droits.<sup>3</sup>

## LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS

Les préparatifs de la communauté de la planification familiale en vue de la prochaine phase du partenariat FP2020 coïncident, de manière opportune, avec le 25<sup>ème</sup> anniversaire de la CIPD au Caire. Les progrès de la planification familiale sont essentiels aux progrès de l'agenda de la CIPD et la convergence de ces deux événements planétaires constitue un atout pour avancer sur ces deux fronts.

Dans la perspective de notre cadre d'action pour l'après 2020, la priorité reste de donner aux femmes et aux jeunes filles une place centrale – pour la première fois énoncée sans ambiguïté au Caire – au cœur du développement. Notre défi est d'intensifier cet engagement et d'en tirer parti, en questionnant nos systèmes et nos approches pour s'assurer de la pertinence et de l'efficacité de notre action.

Ce processus a été entamé l'année dernière, au travers de consultations de la communauté de la planification familiale mondiale sur les thèmes et principes essentiels qui devraient inspirer notre collaboration pour l'après 2020 ; il se poursuivra tout au long de la prochaine année avec un travail détaillé sur la structure du partenariat. La vision qui se dégage préconise des services intégrés qui engagent leur responsabilité vis-à-vis des femmes et des jeunes filles tout en répondant à leurs besoins, qui stimulent le potentiel de transformation du genre à mobiliser les hommes et les garçons comme partenaires essentiels, qui donnent la priorité aux adolescents et aux jeunes et qui ne laissent personne au bord du chemin. Elle plaide en faveur d'un cadre national, bénéficiant d'un financement pérenne, tenant compte des jeunes et concordant avec le virage en faveur de la couverture sanitaire universelle et avec les Objectifs de développement durable.

Toutes les promesses de FP2020 et les engagements du Caire n'ont pas encore été honorés. Mais les progrès réalisés et les enseignements que nous avons pu en tirer nous guideront dans la prochaine phase de notre collaboration – et de notre cheminement vers l'avenir que nous appelons de nos vœux.

<sup>2</sup> L'Afrique du Sud et l'Angola sont inclus dans le nombre total de pays preneurs d'engagement mais ne sont pas comptabilisés en tant que pays cibles. Leur niveau de RNB ne leur permettait pas de figurer parmi les pays les plus pauvres de la planète au moment du Sommet de Londres, sur la base de la classification 2010 de la Banque mondiale fondée sur la méthode Atlas.

<sup>3</sup> Voir *Family Planning 2020: Rights and Empowerment Principles for Family Planning* ([http://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/resources/FP2020\\_Statement\\_of\\_Principles\\_SinglePg\\_FR.pdf](http://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/resources/FP2020_Statement_of_Principles_SinglePg_FR.pdf)).

# LE PARTENARIAT FP2020

## PAYS FP2020



LES PAYS FP2020 ouvrent la voie aux progrès en s'engageant à développer, soutenir et renforcer leurs programmes de planification familiale.

## GOUVERNEMENTS DONATEURS



LES GOUVERNEMENTS DONATEURS fournissent les ressources essentielles grâce à une assistance bilatérale, un soutien technique, des fonds thématiques et des facilités de prêt.

## FONDATIONS



LES FONDATIONS financent le lancement de nouveaux projets et soutiennent les programmes existants.

## ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE



LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE regroupent des partenaires de mise en œuvre, des prestataires de services, des associations de défense des droits et des experts techniques.

## INSTITUTIONS MULTILATÉRALES



LES INSTITUTIONS MULTILATÉRALES comprennent la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour la population.

## SECTEUR PRIVÉ



Les partenaires du SECTEUR PRIVÉ sont notamment des fabricants de moyens de contraception, des grands groupes médiatiques et des prestataires de soins de santé sur le lieu de travail.

## GROUPE D'ORGANISATEURS



Le GROUPE D'ORGANISATEURS de l'initiative FP2020 comprend la Fondation Bill & Melinda Gates, le Département pour le développement international du gouvernement du Royaume-Uni, le Fonds des Nations Unies pour la population et l'Agence américaine pour le développement international.

FP2020 contribue aux objectifs de la stratégie mondiale **EVERY WOMAN EVERY CHILD** pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et chaque engagement en faveur de FP2020 soutient le mouvement Every Woman Every Child (Chaque femme, chaque enfant).

Le **SECRÉTARIAT FP2020** est hébergé par la Fondation des Nations Unies.





Photo : Jonathan Torgovnik  
Reportage Getty Images



# ATTEINDRE PLUS DE FEMMES ET DE JEUNES FILLES

EN JUILLET 2019,

**314**

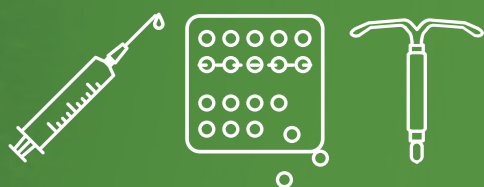
MILLIONS de femmes et de jeunes filles dans les 69 pays cibles FP2020 utilisaient des méthodes modernes de contraception.

**+53** 

MILLIONS de femmes et de jeunes filles supplémentaires utilisaient des méthodes modernes de contraception par rapport à 2012.

## CONSÉQUENCES DE L'UTILISATION DE MÉTHODES MODERNES DE CONTRACEPTION

*de juillet 2018 à juillet 2019*



**119**

MILLIONS de grossesses non désirées ont été évitées

**21**

MILLIONS d'avortements à risque ont été évités

**134**

MILLE décès maternels ont été évités

EN 2018, LES GOUVERNEMENTS DONATEURS ONT FOURNI

**1.5**

MILLIARD \$ en financement bilatéral pour la planification familiale

# CONTRIBUTION DES COPRÉSIDENTS

## DU GROUPE DE RÉFÉRENCE FP2020

Photo :  
Jenny Matthew  
IPPF

### **FP2020 occupe une position unique dans l'architecture mondiale de développement durable.**

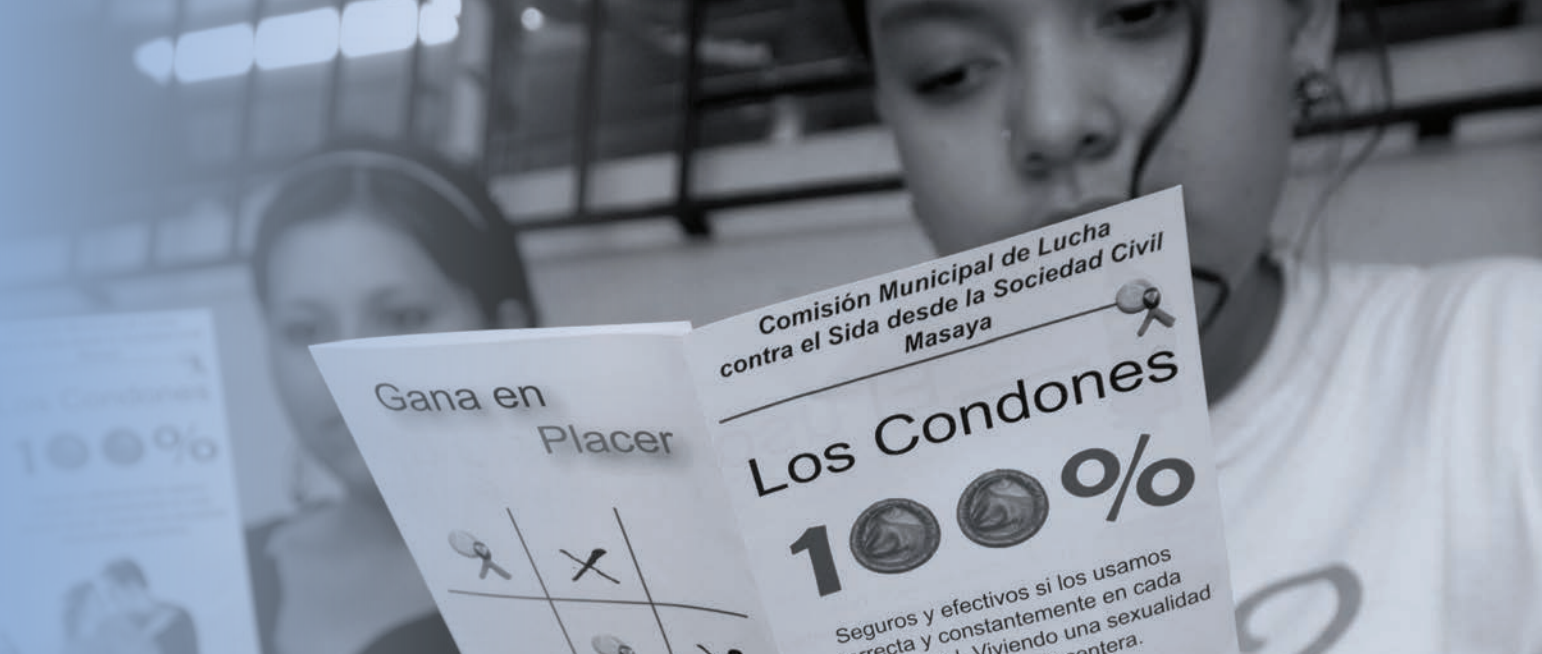
FP2020, en tant que partenariat entièrement consacré à la planification familiale, est le porte-fanion de l'une des composantes les plus déterminantes du programme de santé mondiale.

La planification familiale est indispensable pour la santé, pour les droits et pour l'autonomisation des femmes. Il n'y aura pas de développement durable sans la participation des femmes et des jeunes filles et la planification familiale est indispensable à leur participation.

FP2020 joue un rôle tout aussi incomparable en matière de planification familiale. Son programme unique favorise et facilite les engagements des pays à offrir des services de planification familiale fondés sur les droits. Ce faisant, il concilie les actions des organisations de la société civile, des bailleurs de fonds bilatéraux, des partenaires multilatéraux, des fondations privées et des militants de base en vue de concrétiser pleinement ces engagements nationaux.

C'est la force de ce partenariat qui a permis d'accélérer les progrès en matière de planification familiale au cours des sept dernières années. L'objectif mondial fixé en 2012 pour cette initiative – 120 millions de nouvelles utilisatrices d'un mode de contraception – était extrêmement ambitieux et ne sera pas atteint d'ici 2020, malgré les efforts concertés d'une grande variété de partenaires. Mais nous avons réussi à infléchir la courbe, avec des gains de près de 30 % supérieurs à la tendance historique. Il est intéressant de constater que plusieurs pays au sein du partenariat ont déjà atteint, ou sont en bonne voie d'atteindre les objectifs nationaux fixés dans le cadre de leurs engagements FP2020.

Dans le même temps, nous avons accompli de formidables progrès dans notre manière d'appréhender comment mener cette action efficacement, à l'échelle mondiale comme dans différents pays. Nous avons tiré de précieux enseignements quant à la manière d'harmoniser nos efforts et de mutualiser nos ressources, de collecter et d'utiliser les données, de relever les défis politiques et sociaux, de mettre en place des mécanismes de responsabilisation et de transparence, d'instituer des sources de financement pérennes et de renforcer les approches fondées sur les droits dans notre programmation.



*Il est temps à présent de dresser le bilan de nos enseignements et de redéfinir le meilleur moyen de progresser plus rapidement au cours des dix prochaines années.*

Il est temps maintenant de dresser le bilan de nos enseignements et de redéfinir le meilleur moyen de progresser plus rapidement au cours des dix prochaines années. De fait, nous avons consacré cette dernière année à la première étape de ce processus : une consultation mondiale de grande ampleur dans le but de formuler une vision communautaire pour la prochaine version de ce partenariat. Les conclusions ont servi à rédiger un énoncé de vision émergente qui sera présenté dans son intégralité lors du Sommet de Nairobi sur la CIPD25. Nous espérons que cette vision commune galvanisera le secteur de la planification familiale, maintiendra la dynamique enclenchée et nous fera progresser vers 2030 et les Objectifs de développement durable.

Le processus de consultation mondiale a confirmé que ce partenariat a renforcé la capacité de la communauté de la planification familiale à œuvrer au service des femmes, mais il a également fait apparaître de nouvelles perspectives et des angles morts. Les enseignements tirés au cours de ce partenariat serviront à définir sa prochaine phase.

L'année prochaine, nous collaborerons avec des partenaires et des mandants essentiels afin de définir les structures et les capacités à mettre en place en vue d'approfondir et d'intensifier le soutien apporté aux pays. Les ateliers de points focaux FP2020 en Afrique et en Asie constitueront d'importantes plateformes de débat et d'examen du cadre de l'après-2020. Les réunions du Groupe de référence, au printemps et en automne de l'année prochaine, seront également des tournants décisifs.

Nous sommes heureux de poursuivre notre collaboration avec les différents pays dans leurs efforts visant à concrétiser les engagements en matière de planification familiale, dans le cadre d'un régime de couverture sanitaire universelle solide. Fin 2020, nous espérons amorcer la transition vers des structures nouvelles ou renforcées pour favoriser la nouvelle phase de ce partenariat.

Rien de cela ne serait possible sans l'engagement fort des partenaires et acteurs de la planification familiale, à travers le monde. C'est toute la force de FP2020. Merci de votre engagement indéfectible à affronter des questions difficiles, à garder la tête haute face à l'adversité, à défendre les droits des femmes et des jeunes filles, au moment où c'est le plus nécessaire, et à nourrir un esprit d'émulation propice à la construction d'un avenir plus équitable et prospère pour tous.

**Dr. Chris Elias**  
Président du développement mondial,  
Bill & Melinda Gates Foundation

**Dr. Natalia Kanem**  
Directrice exécutive  
UNFPA

CONTRIBUTION DE LA

# DIRECTRICE EXÉCUTIVE FP2020

Photo :  
Paula Bronstein  
The Verbatim Agency/  
Getty Images

**Derrière la moindre hausse des chiffres de FP2020, il y a la réalité vécue par les femmes et les jeunes filles : leurs luttes, leurs besoins, leurs espoirs, leurs projets. Dans la perspective du cadre d'action de l'après-2020, nous tirerons profit des enseignements appris au cours des sept dernières années de cette initiative.**

Notre situation de départ est bien meilleure que lorsque nous avons commencé en 2012, forts d'une riche expérience sur ce qui fonctionne, ce qui importe et pourquoi.

Nous avons approfondi notre compréhension de ce que recouvre le progrès en matière de planification familiale, et ce faisant, notre conception des différents objectifs qui peuvent être fixés et des différents résultats qui peuvent être évalués. La hausse du taux de prévalence contraceptive moderne est un indicateur de réussite, au même titre que la réduction des inégalités, l'augmentation du nombre des prestataires qualifiés, la suppression des ruptures de stock et l'évolution des positions en termes de normes sociales. Voilà autant de facteurs déterminants qui contribuent à favoriser un environnement où chacun - les femmes, les hommes, les adolescents et les jeunes, où qu'ils vivent et quels qu'ils soient - est à même de prendre des décisions éclairées en matière de planification familiale.

Au fil des ans, nous avons aussi mieux compris que le programme de planification familiale englobe un large éventail de préoccupations - les droits de l'homme, le développement des adolescents et des jeunes, l'implication des hommes - et comment il est, à son tour, lié à un vaste éventail de questions : les soins de santé reproductive et le VIH/sida, l'action humanitaire, la préservation de l'environnement, le développement durable et la croissance économique, entre autres.

Ces enseignements seront également repris dans le cadre de l'après-2020. Le Secrétariat FP2020 a confié une série d'évaluations à des experts externes sur des thèmes clés qui seront déterminants à l'avenir : la planification familiale fondée sur



*Après cinq années aux commandes de FP2020, j'ai confiance en l'avenir. Je sais que l'engagement de notre communauté à l'égard des femmes et des jeunes filles est indéfectible.*

les droits, l'implication constructive des jeunes, le rôle des hommes et des garçons, la responsabilisation sous la conduite de la société civile et les partenariats avec la communauté confessionnelle. Ces documents sont mis en lumière dans le rapport et seront disponibles sur le site internet de FP2020.

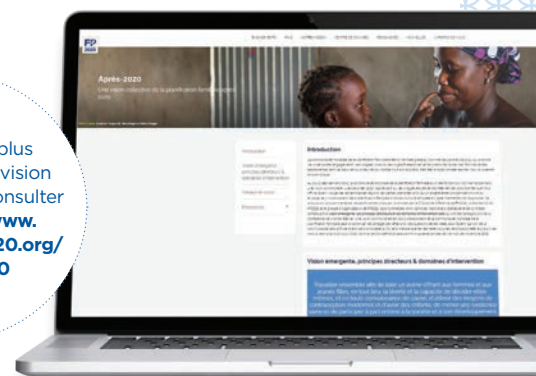
Après cinq années aux commandes de FP2020, j'ai confiance en l'avenir. Je sais que l'engagement de notre communauté à l'égard des femmes et des jeunes filles est indéfectible. Je connais son obstination acharnée en matière de droits de l'homme, son attachement aux faits et aux preuves, sa volonté permanente de faire mieux et d'être plus efficace.

Nous construirons le prochain partenariat en nous appuyant sur les enseignements tirés de ce partenariat. Ensemble, nous pouvons faire émerger un monde où chaque femme, chaque jeune fille a la possibilité de grandir, de s'épanouir et de construire la famille qu'elle souhaite.

**Beth Schlachter**

*Directrice exécutive*  
Family Planning 2020

Pour en savoir plus sur le cadre de la vision de l'après-2020, consulter la page <http://www.familyplanning2020.org/fr/Apres2020>



# LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES AU CENTRE DES PRÉOCCUPATIONS

**Photo :**  
**Paula Bronstein**  
*The Verbatim Agency/  
Getty Images*

## Il y a un quart de siècle, le monde du développement a changé.

Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, au Caire, la communauté internationale a adopté une nouvelle approche, une approche fondée sur les droits de l'homme.

Le Programme d'action de la CIPD, adopté par 179 gouvernements, affirmait « la nécessité d'axer les politiques de développement sur l'amélioration des conditions de vie des individus »<sup>4</sup> Il appelait à passer d'une approche basée sur la réalisation d'objectifs démographiques spécifiques à une approche basée sur les besoins, les aspirations et les droits de chaque homme et de chaque femme.

Le Programme d'action affirmait, de manière déterminante, que la santé et l'autonomie des femmes devaient être au cœur du développement. Les gouvernements ont admis que l'autonomisation des femmes et des jeunes filles était précisément LA chose à faire et qu'elle constituait le moyen le plus sûr d'assurer la croissance économique et sociale.

Le Programme d'action a donné, pour la première fois, une définition des droits relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans un document politique international, et a fait de *la capacité des femmes à maîtriser leur propre fécondité*<sup>5</sup> la pierre angulaire du développement.

Le consensus qui s'est dégagé à la CIPD a perduré. Le Caire a fait évoluer l'opinion des pays, des bailleurs de fonds et des ONG sur les questions de la santé et des droits des femmes et des jeunes filles, de la planification familiale et du développement. L'importance de l'autonomisation et de l'égalité des femmes et de la mise en place de services de planification familiale, dans le contexte du programme élargi des droits et de la santé en matière de reproduction, est largement admise.

Pourtant, malgré d'immenses progrès, le Programme d'action demeure inachevé. Vingt-cinq ans après Le Caire, les femmes luttent toujours pour leurs droits. Les soins de santé offerts aux femmes laissent à désirer dans de trop nombreuses régions et pâtissent d'un manque de financement partout dans le monde. Près de 230 millions de femmes et de jeunes filles qui vivent dans des régions en développement ne bénéficient toujours pas de la planification familiale.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Édition du vingtième anniversaire. New York : UNFPA, 2014.

<sup>5</sup> Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. New York : UNFPA, 1994.

<sup>6</sup> Selon des estimations de la Division de la population des Nations Unies de 2019, 230 millions de femmes dans les régions en développement rapportent ne pas souhaiter tomber enceintes sans pour autant utiliser une méthode moderne de contraception.



## FP2020 ET LA PLANIFICATION FAMILIALE FONDÉE SUR LES DROITS

Les droits et les principes éthiques énoncés dans le Programme d'action de la CIPD ont été confirmés et codifiés dans les accords internationaux qui ont émergé depuis le Caire et formalisés à travers les cadres établis par l'Organisation mondiale de la Santé et FP2020, entre autres acteurs. Partout dans le monde, ces normes internationales servent de rempart aux femmes et aux défenseurs de la planification familiale.

*Voir les Principes de F2020 relatifs aux droits de l'homme et à l'autonomisation en matière de planification familiale.*

## DU CAIRE À NAIROBI

Alors que nous commémorons l'anniversaire de la CIPD et que nous renouvelons notre engagement à donner suite aux mesures énoncées dans son Programme d'action, c'est aussi vers l'avenir que se porte notre regard, avec les Objectifs de développement durable et le cadre d'action de la planification familiale pour l'après-2020. Comment aller de l'avant ? Comment concourir à un monde favorisant la bonne santé et l'autonomisation des femmes et des jeunes filles, et qui leur permette de décider librement du cours de leur vie ?

Si le Caire a donné au développement un visage féminin, il est peut-être temps à présent de faire un pas de plus dans cette direction. Comment les femmes perçoivent-elles le développement ?

À quoi les systèmes ressembleraient-ils s'ils étaient structurés autour des besoins des femmes et des adolescentes ? Comment perçoivent-elles les services de santé ? Que se passe-t-il lorsque les femmes et les jeunes sont eux-mêmes les architectes de ces systèmes ?

À travers les secteurs et les institutions, une réponse se fait récurrente : *l'intégration*. Des services intégrés, des soins intégrés.

L'idée n'est pas nouvelle. Nous savons que les systèmes de santé tendent à se fragmenter lorsque les donateurs en sont les principaux architectes. Une enveloppe de fonds allouée au profit du VIH, une autre au profit de la planification familiale et une autre au profit de la santé maternelle. Mais aucune femme n'est concernée seulement par le VIH, ou uniquement par la planification familiale ou par les soins maternels.

Cette femme qui évolue, de l'enfance à l'adolescence, atteignant la maturité, puis la ménopause, pour finalement entrer dans la vieillesse. Cette femme qui a besoin de se protéger contre le VIH et les IST ; qui doit être en mesure de planifier les grossesses qu'elle désire et éviter celles qu'elle ne désire pas ; qui a besoin de soins prénatals et maternels, et de soins après l'accouchement ; qui a besoin d'accéder aux tests de dépistage du cancer ainsi qu'à d'autres services de prévention ; et dont les besoins essentiels en matière de santé doivent pouvoir être abordés dans un seul et même lieu.

Pour les pays et leurs partenaires, le défi consiste à transcender les distinctions artificielles imposées par le financement vertical et adopter une approche centrée sur la femme, qui aborde cette dernière dans sa globalité — une approche allant au-delà des mesures traditionnelles de la prestation de services, dont la responsabilité soit engagée vis-à-vis des femmes et des jeunes filles qu'elle est appelée à servir. Et pour cela, il est absolument primordial que les femmes elles-mêmes, y compris les adolescentes et les jeunes femmes, initient et façonnent les programmes et les politiques connexes.



Photo : Onyinye Edeh  
FP2020





## LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES

C'est dès l'enfance que se construit une vie de femme autonome et en bonne santé. Le Programme d'action de la CIPD a reconnu les inégalités persistantes auxquelles se heurtent les femmes et les jeunes filles, et auxquelles il convient de s'attaquer dès la naissance. L'agenda du Caire appelle à éliminer les pratiques néfastes telles que le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines, en veillant à ce que les filles puissent aller à l'école et en leur fournissant les services et les informations dont elles ont besoin en matière de santé reproductive. Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont particulièrement criants chez les adolescentes, dont un quart sont déjà mariées.<sup>7</sup> Répondre aux besoins des femmes et des jeunes filles est essentiel pour le développement mondial et figure au cœur des objectifs de FP2020.

## LES HOMMES ET LES GARÇONS

L'égalité entre hommes et femmes ne peut se concrétiser sans l'implication des hommes et des garçons. Le Programme d'action de la CIPD a mis en exergue la responsabilité partagée des hommes, auxquels il incombe également de promouvoir la santé sexuelle et reproductive et de favoriser l'autonomisation des femmes et des jeunes filles. Répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des hommes et des garçons et les impliquer en tant que partenaires dans la planification familiale est indispensable pour cultiver des normes et des comportements sains, menant à de meilleures conditions de santé et à un changement social durable.

<sup>7</sup> Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Facing the Facts : adolescent girls and contraception. New York : UNFPA, 2016.

## ECHO : UN APPEL À L'ACTION

Le besoin urgent d'une meilleure intégration des soins de santé pour les femmes et les jeunes filles a été brutalement mis en lumière, cette année, par l'étude sur les données factuelles relatives aux options en matière de contraception et aux issues pour l'infection à VIH (ECHO), une étude de référence sur une question de santé publique primordiale.

ECHO consistait en une étude comparative randomisée visant à déterminer s'il existait une différence significative quant au risque d'infection par le VIH entre les utilisatrices de l'une des trois méthodes contraceptives les plus répandues : l'AMPR injectable en intramusculaire (la principale méthode contraceptive dans de nombreux pays africains où le VIH est répandu), l'implant au lévonorgestrel et le DIU au cuivre.

*« Une réponse a été apportée à une question essentielle concernant l'AMPR, mais cela ne veut pas dire que cette méthode doit être privilégiée dans les programmes contraceptifs destinés aux femmes d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe. Nous ne sommes pas favorables à ce que l'AMPR reste la seule méthode proposée à tant de femmes noires ou métisses qui veulent avoir le choix, qui n'apprécient guère les effets secondaires et qui méritent, elles aussi, de bénéficier des programmes de contraception de grande qualité mis en place dans les pays à haut revenu. »*

— Appel à l'action du groupe de travail HC/HIV Civil Society Advocacy Working Group, à l'occasion de la Journée mondiale de la contraception, le 26 septembre 2019



Photo : Jonathan Torgovnik, Reportage : Getty Images

L'étude a été menée dans quatre pays africains – l'Afrique du Sud, l'eSwatini, le Kenya et la Zambie – et des femmes de la société civile ont joué un rôle actif dans les conseils prodigués et dans la préparation des résultats de l'étude, annoncés en juin 2019.

Surtout, l'étude a permis de constater qu'il n'existait pas de différence significative quant au risque d'infection par le VIH entre les trois méthodes. La sécurité des trois méthodes a été confirmée. Il était toutefois inquiétant de constater que, bien que bénéficiant de la meilleure qualité de soins possible, près de 4 % des participantes ont été infectées par le VIH – soit un taux d'acquisition équivalent à celui des femmes sexuellement actives de la même région qui ne participaient pas à l'étude.

Il est on ne peut plus clair que nous devons mieux répondre aux besoins des femmes et des jeunes filles en matière de prévention du VIH et de contraception. Les communautés de la planification familiale et du VIH font déjà converger leurs efforts vers une série de « demandes » décisives à l'avenir – en faveur d'une gamme de méthodes contraceptives plus vaste, de services intégrés (pour la planification familiale, le VIH, les IST et le cancer du col de l'utérus) au niveau clinique, du soutien des bailleurs de fonds pour des modes financement souples et d'un rôle central pour les femmes et les jeunes filles dans l'élaboration des programmes et des politiques.

Nous ne pouvons pas continuer comme si de rien n'était. Les femmes et les jeunes filles attendent de cette occasion que nous changions nos méthodes de travail ; nous ne devons pas les décevoir. Les dirigeants politiques, les décideurs, les bailleurs de fonds et la société civile doivent favoriser de nouveaux partenariats et de nouvelles approches pour offrir les soins de santé intégrés et complets dont le besoin est si urgent.

## À L'ÉCOUTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Il sera particulièrement important de définir une approche holistique et centrée sur la personne pour répondre aux besoins des adolescentes et des jeunes femmes.

Les adolescents âgés de 10 à 19 ans représentent le seul groupe dans lequel les décès liés au sida ne diminuent pas.<sup>8</sup> Globalement, les jeunes femmes risquent deux fois plus d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes.<sup>9</sup> En Afrique sub-saharienne, en 2017, 20 % des nouveaux cas d'infection par le VIH concernaient les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, bien que ne représentant que 10 % de la population.<sup>10</sup>

Les besoins non satisfaits en matière de *contraception* (le terme le plus pertinent pour les adolescentes, qui, généralement, ne se reconnaissent pas dans l'expression « planification familiale ») sont deux fois plus élevés chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans que chez toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans), et environ la moitié des grossesses chez les adolescentes sont non désirées.<sup>11</sup> Chaque année, les rapports sexuels non protégés et les grossesses non désirées conduisent des millions de jeunes filles à se faire avorter dans des conditions non médicalisées. Les complications pendant la grossesse et l'accouchement figurent parmi les premières causes de mortalité chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde.<sup>12</sup>

Ces statistiques soulignent combien il est important de considérer les adolescentes et les jeunes comme des personnes à part entière, dont la vie est difficile, et qui ont besoin d'une large gamme de services et d'informations. Les soins de santé pour les jeunes doivent être accessibles, utiles et attentifs à leurs besoins. Les prestataires de services doivent être bien formés et respectueux des droits des jeunes. Et les jeunes eux-mêmes doivent s'investir en tant que leaders et décideurs dans l'élaboration des programmes pour les adolescents et les jeunes.

*Il sera particulièrement important de définir une approche holistique et centrée sur la personne pour répondre aux besoins des adolescentes et des jeunes femmes.*



Photo : Peculiar Kargbo

<sup>8</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents. Genève : ONUSIDA, 2016.

<sup>9</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Women and Girls and HIV, Genève : ONUSIDA, 2018.

<sup>10</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Women and HIV: A Spotlight on Adolescent Girls and Young Women. Genève : ONUSIDA, 2019.

<sup>11</sup> Guttmacher Institute. Adding it up : costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents in developing regions, Fact Sheet. New York : Guttmacher Institute, 2018.

<sup>12</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS). La grossesse chez les adolescentes, Principaux repères. Genève : OMS, 2018.

## PAS DE LAISSÉS-POUR-COMPTÉ

Il en va de même pour les personnes qui ont été marginalisées ou déplacées. Mettre les femmes et les jeunes filles au centre des préoccupations sous-entend que toutes les femmes et jeunes filles sont concernées, y compris celles présentant un handicap, les LGBTI et les autres populations vulnérables, ainsi que les millions de personnes qui vivent dans des contextes humanitaires et précaires.

Les femmes et les jeunes filles handicapées ont quatre fois plus de risques d'être victimes de violence sexuelle que leurs semblables sans handicap,<sup>13</sup> pourtant, elles se voient régulièrement refuser l'accès aux soins de santé reproductive et à l'éducation sexuelle. Elles sont également fréquemment soumises aux pires violations des droits de l'homme, notamment la stérilisation et l'avortement forcés.

Les personnes LGBTI se heurtent à des obstacles considérables pour accéder aux soins de santé reproductive : stigmatisation sociale, discrimination (souvent légale), préjugés des prestataires et problèmes multiples. Les jeunes LGBTI connaissent des taux de grossesse non désirée plus élevés que leurs semblables exclusivement hétérosexuelles, sont davantage victimes de violence sexuelle et présentent des risques accrus d'infection par IST.<sup>14,15</sup> Et les personnes et les couples LGBTI sont généralement exclus de l'accès à l'information, aux services et aux produits élémentaires en matière de planification familiale.



Photo : Activists Alliance Foundation Pakistan

D'autres populations sont marginalisées par la pauvreté, l'exclusion sociale et l'isolement géographique. Ces situations peuvent être à l'origine de profondes inégalités dans les programmes nationaux de planification familiale, certaines personnes privilégiées, plus nombreuses, ayant accès aux services, alors que d'autres sont exclues ou ignorées. Ce qui importe, dans tous les cas, est d'identifier le contexte particulier de chaque catégorie, de les impliquer directement dans la définition des politiques et des programmes qui les concernent et de s'engager à offrir des services intégrés de grande qualité qui répondent réellement à leurs besoins.

## LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES DANS LES CONTEXTES HUMANITAIRES

Le nombre de personnes réfugiées ou déplacées atteint maintenant un plus haut historique. Fin 2018, dans le monde, plus de 70 millions de personnes ont été déplacées de force en raison de persécutions, de conflits, de violences ou de violations des droits de l'homme.<sup>16</sup> Ces déplacements forcés durent toujours plus longtemps, de plus en plus de personnes se retrouvant piégées dans des situations prolongées, sans aucun espoir de rentrer chez elles.

Ces tendances ne semblent pas s'inverser. C'est une réalité à laquelle nous sommes confrontés : un monde dans lequel des dizaines de millions de femmes et de jeunes filles vivent dans des camps de réfugiés ou dans des abris provisoires pendant plusieurs années. Les acteurs du développement et de l'aide humanitaire doivent trouver de nouvelles méthodes de travail et répondre à leurs besoins de soins de santé reproductive.

L'une des solutions est de donner davantage de pouvoir et de ressources aux femmes et aux jeunes filles, elles-mêmes. Les femmes qui travaillent dans le secteur des soins de santé font souvent partie des personnes déplacées et peuvent, à ce titre, jouer un rôle dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la réponse humanitaire destinée à aider leurs communautés. Elles savent combien il est essentiel d'avoir accès aux soins de santé reproductive, en particulier à la planification familiale, et elles connaissent particulièrement bien le contexte culturel.

Les femmes et les jeunes filles peuvent également apporter une perspective holistique et transformatrice à l'action humanitaire. Elles sont conscientes des difficultés profondément enracinées dans leurs communautés – notamment les inégalités de genre et les violences sexistes – et savent comment compléter la réponse humanitaire par des actions de développement à plus long terme et des initiatives de consolidation de la paix.

<sup>13</sup> Conseil des droits de l'homme des Nations Unies. Étude thématique sur la question de la violence à l'égard des femmes et des filles et du handicap - Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. 30 mars 2012.

<sup>14</sup> Stoffel, Cynthia, et Emma Carpenter, Bethany Everett, Jenny Higgins, Sadia Haide. « Family Planning for Sexual Minority Women. » *Seminars in Reproductive Medicine* Vol. 35,5 (2017): 460-468. DOI:10.1055/s-0037-1604456.

<sup>15</sup> Hafeez, Hudaisa, et Muhammad Zeshan, Muhammad A. Tahir, Nusrat Jahan, Sadiq Naveed. « Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth : A Literature Review. » *Cureus* Vol. 9,4 e1184. 20 avr. 2017, DOI:10.7759/cureus.1184

<sup>16</sup> Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). « Global Trends: Forced Displacement in 2018. » Genève : HCR, 2019.

« Les soins de santé primaires sont le fer de lance de la transformation des systèmes de santé pour parvenir au progrès souhaité au moyen de services à fort impact, souvent négligés, tels que la santé sexuelle et reproductive et les droits en la matière, ainsi que la nutrition. Ils constituent une assise solide en vue de permettre aux pays de concrétiser la couverture sanitaire universelle de manière équitable et progressive. »



Photo : Carly Learson, UNFPA Bangladesh

— Dr Muhammad Pate,  
Directeur du Mécanisme  
de financement mondial

## LA SANTÉ POUR TOUS

La couverture sanitaire universelle (CSU) constitue la plateforme stratégique la plus prometteuse pour donner corps à toutes ces ambitions. La mise au point de cadres de CSU offre aux pays concernés l'occasion sans précédent de mettre en place des systèmes de santé aptes à servir l'ensemble des citoyens — y compris les plus pauvres et les plus marginalisés — et suffisamment résilients pour résister aux chocs et aux stress.

Rassemblés en septembre 2019 à l'occasion de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, les gouvernements ont adopté la Déclaration politique historique sur la couverture sanitaire universelle, s'engageant à « accélérer les efforts en vue de concrétiser la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 pour permettre à chacun et à chacune de mener une vie saine et de connaître le bien-être tout au long de sa vie. » La Déclaration politique inclut également un engagement à « assurer, d'ici à 2030, un accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive, y compris en ce qui concerne la planification familiale, l'information et l'éducation. »<sup>17</sup>

Si nous n'accordons pas la priorité aux besoins des femmes et des jeunes filles, la santé pour tous restera une chimère. Ce qui était vrai au Caire l'est toujours aujourd'hui : la santé et l'autonomisation des femmes et des jeunes filles sont deux facteurs essentiels pour le progrès social et économique. Il est absolument déterminant de combler le fossé en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le plus important sera de veiller à ce que les soins de santé primaires soient la pierre d'assise de la CSU et à ce qu'ils mettent fortement l'accent sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que sur la planification familiale.

La communauté de la planification familiale a un rôle important à jouer afin de structurer la discussion. Aux côtés de nos partenaires dans d'autres secteurs, nous pouvons renforcer l'universalité des soins de santé en orientant la CSU vers des services communautaires de haute qualité, centrés sur le patient.

Et nous devons surtout veiller à ce que la femme ou la jeune fille, comme au Caire, reste au centre de l'attention : ses droits, ses besoins et son continuum de soins.

<sup>17</sup> Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. 23 septembre 2019.



### NOUVEAUX ENGAGEMENTS

L'Angola, la République centrafricaine, la Gambie, la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation et l'ONUSIDA rejoignent le partenariat FP2020.

Photo : UNFPA, Gambie

*Le Président de la Gambie Adama Barrow serre la main de la Directrice exécutive de l'UNFPA, le Dr Natalia Kanem, après la prise d'engagement de son pays envers FP2020.*

### NOTES SUR LES PROGRÈS DES PARTENAIRES

Les partenaires lancent de nouvelles initiatives, étendent leurs programmes existants, apportent des ressources supplémentaires et insufflent un nouvel élan.

Photo : CJ Clark, Save the Children



## SECTION 02

# PARTENARIAT

2020 approche à grand pas, et la communauté FP2020 progresse en relançant la dynamique comme jamais auparavant. L'année écoulée a été marquée par des progrès constants à l'égard de nos engagements 2020, assortis d'une intense planification en vue de l'après-2020.

Cette année a également été ponctuée de grands moments pour la communauté internationale de la planification familiale. Le Rapport de progrès de l'an passé a été lancé lors de la Conférence internationale sur la planification familiale 2018 à Kigali, et nous lançons celui de cette année à la Conférence de haut niveau sur la CIPD25 à Nairobi.

### NOTES SUR LES PROGRÈS DES PAYS

Les pays déploient de nouvelles méthodes de contraception, forment des prestataires de services de planification familiale et mettent en œuvre de nouvelles politiques et de nouveaux programmes en vue de développer l'accès à la contraception.

Photo : Em Chadband, FP2020



### (LE) POINT SUR LES JEUNES

Pour chaque pays preneur d'engagement, les points focaux des jeunes ont fait leurs débuts lors de l'atelier en Éthiopie, prenant place aux côtés des gouvernements, des donateurs et des points focaux de la société civile.

Photo : Em Chadband, FP2020



## POPULATION, SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

La campagne **Thriving Together (S'épanouir ensemble)** représente un nouveau consensus sur la planification familiale et la protection de l'environnement, avec le soutien de plus de 150 organisations à travers le monde.

Photo : Garth Cripps,  
*Blue Ventures*



## ATELIER RÉGIONAL DES POINTS FOCaux POUR L'AFRIQUE ANGLOPHONE

Nous étions réunis en mai à l'occasion du plus vaste atelier régional des points focaux jamais organisé, autour d'un ordre du jour établi par les points focaux eux-mêmes, pour explorer en profondeur les questions de la foi, du financement et des jeunes.

Photo : Em Chadband, *FP2020*



Le partenariat FP2020 poursuit sa progression, accueillant cinq nouveaux preneurs d'engagement en 2019. Nous avons considérablement renforcé notre système de points focaux en ajoutant des points focaux des jeunes dans l'ensemble des pays preneurs d'engagement et nous avons convoqué en mai notre plus vaste atelier régional des points focaux jamais organisé.

Les pays et partenaires de FP2020 respectent leurs engagements : fournir plus de services, investir davantage de ressources, atteindre plus de femmes et de jeunes filles. Et nos collaborations avec le secteur du VIH/sida, les partenaires humanitaires, le mouvement environnemental et la communauté de la santé maternelle sont en plein essor.

➤ Notre rapport numérique présente des mises jour ainsi que des notes sur les progrès réalisés, les détails au sujet des nouveaux engagements, des entretiens avec des responsables de groupes de jeunes et de la société civile, et les faits saillants de l'année passée, y compris la conférence de Women Deliver 2019.

## SANTÉ MATERNELLE

Le partenariat entre la communauté de la planification familiale et la communauté des sages-femmes prend de l'ampleur, les sages-femmes étant idéalement placées pour fournir des services de planification familiale dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Photo : Alison Gatto, *FP2020*



## VIH/SIDA

Les partenaires des secteurs de la planification familiale et du VIH ont uni leurs forces cette année pour se préparer aux résultats de l'étude ECHO — et ils poursuivront leur collaboration en appelant à une meilleure intégration des services.

Photo : AVAC



# ENVISAGER L'AVENIR

*« La participation effective des adolescents et des jeunes est un partenariat inclusif, intentionnel et mutuellement respectueux entre adolescents, jeunes et adultes au sein duquel le pouvoir est partagé, les apports respectifs sont valorisés et les idées, les points de vue, les compétences et les atouts des jeunes sont pris en compte dans la conception et la mise en œuvre ou le fonctionnement des programmes, stratégies, politiques, mécanismes de financement et organisations qui ont une incidence sur leur existence et sur leur communauté, leur pays, et le monde. »*

— Déclaration consensuelle mondiale pour une participation effective des adolescents et des jeunes

La prochaine étape de ce partenariat s'appuiera sur les fondements que nous avons mis en place et les enseignements tirés depuis ces sept dernières années. Elle sera également nourrie par les consultations en cours et les recherches au sein de la communauté de la planification familiale, afin de garantir le caractère inclusif, efficace et porteur de transformations de notre cadre d'action pour l'après-2020.

## LA PARTICIPATION EFFECTIVE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES, UNE PRIORITÉ

Les jeunes sont une pièce maîtresse du programme de FP2020. FP2020 s'est engagé à améliorer la capacité des adolescents et des jeunes<sup>18</sup> à adopter des comportements sains, y compris l'utilisation de la contraception, et à impliquer les jeunes en tant que partenaires à part entière dans ce travail et en tant que cocréateurs des politiques et des programmes.

La notion de « participation effective » est un concept clé du développement des adolescents et des jeunes, et fera fonction de principe directeur pour le partenariat de l'après-2020. Mais que signifie-t-elle exactement ? Pour aider à répondre à cette question, FP2020 a resserré les rangs de l'**Alliance Internationale de la Jeunesse pour la Planification Familiale (IYAFF)**, du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) et de plus d'une trentaine d'organismes dirigés par des jeunes, pour des jeunes, afin d'élaborer la Déclaration consensuelle mondiale pour une participation effective des adolescents et des jeunes (MAYE, d'après son acronyme anglais), lancée à l'occasion de la Conférence internationale sur la planification familiale en 2018. La déclaration définit l'expression « participation effective » et décrit les grands principes à respecter pour garantir la participation effective des jeunes.

À ce jour, plus de 200 organisations non gouvernementales, donateurs, organismes multilatéraux et ministères gouvernementaux ont signé la déclaration, et un groupe d'organismes dirigés par des jeunes a mis au point un cadre de responsabilisation à des fins de suivi. Le Cadre de responsabilisation de la MAYE a été lancé en août 2019 parallèlement à la Journée internationale de la jeunesse et reposera sur trois éléments principaux : un processus d'établissement de rapports, une plateforme de partage d'expériences et de connaissances et un processus d'évaluation organisationnelle. Un comité directeur soutenu par l'IYAFF supervisera le processus d'établissement de rapports.

Dans le cadre du processus d'élaboration du cadre d'action pour l'après-2020, FP2020 a confié à Restless Development, une ONG internationale dirigée par des jeunes, la conduite d'une évaluation externe visant à déterminer dans quelle mesure le partenariat avait été à la hauteur de ses objectifs en matière de participation effective des adolescents et des jeunes. Un résumé du rapport est proposé sur le site web de FP2020 : *Walking the Talk : FP2020's Approaches to Meaningful Youth Engagement*.

➤ **Qu'est-ce que cela signifie de partager le pouvoir entre les générations ? Le rapport numérique présente un double entretien avec Alvaro Bermejo, Directeur général de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), et Alice Ackermann, la plus jeune membre du Comité exécutif de la Fédération.**

<sup>18</sup> Dans le présent rapport, tout emploi du mot « jeunes filles » dans le contexte de la planification familiale doit être compris au sens d'adolescentes. Les statistiques de planification familiale incluent uniquement les adolescents âgés de 15 à 19 ans. Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée de l'adolescence et de la jeunesse, l'Organisation des Nations Unies définit les adolescents comme des personnes âgées de 10 à 19 ans et les jeunes comme des personnes âgées de 15 à 24 ans. Conjointement, les adolescents et les jeunes sont désignés ici sous le terme de jeunes (gens), et représentent ainsi des personnes âgées de 10 à 24 ans. Les catégories d'âge suivantes sont définies à des fins statistiques : 10-14, 15-19 et 20-24. Consulter le document de l'UNFPA intitulé Adolescent and Youth Demographics : A Brief Overview.



Du point de vue de FP2020, la responsabilisation doit être abordée comme une opportunité de coopération et de collaboration.

## RESPONSABILISATION : LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Du point de vue de FP2020, la responsabilisation doit être abordée comme une opportunité de coopération et de collaboration. La notion de responsabilisation implique bien plus que le seul suivi des résultats ; il s'agit fondamentalement de dialogue et de responsabilité partagée entre les preneurs d'engagement et leurs parties prenantes et mandants. Un mécanisme de responsabilisation bien construit peut fonctionner à l'image d'une entreprise conjointe hautement productive, permettant aux gouvernements et autres preneurs d'engagement d'atteindre leurs objectifs et de servir leurs mandants le plus efficacement possible.

Les organisations de la société civile (OSC) sont idéalement placées pour collaborer avec les gouvernements dans ce type de relation de responsabilisation mutuelle. Les mécanismes de responsabilisation initiés par des OSC instaurent une plateforme permettant aux citoyens d'aider à façonner les engagements qui sont pris et la façon dont ils sont structurés, de participer directement à la mise en œuvre des programmes, de surveiller les progrès en temps réel et d'insister afin que leurs besoins soient satisfaits et leurs droits respectés. Ils sont la voie royale vers l'inclusion, la participation et la transparence.

Sur la base du Cadre de responsabilisation du Secrétariat FP2020 publié l'année dernière, FP2020 établit un solide cadre de responsabilisation pour le partenariat de l'après-2020. Dans la première étape de ce processus, FP2020 a diligenté une évaluation des différents mécanismes de responsabilisation de la société civile actuellement utilisés. Cette évaluation sera disponible en 2020.

➤ **Le système Motion Tracker (suivi des mouvements) est un mécanisme de responsabilisation émanant des OSC qui est utilisé dans plusieurs pays FP2020. Le rapport numérique inclut des entretiens avec des dirigeants de la société civile qui utilisent cet outil en Indonésie et en Zambie.**

## DROITS, GENRE ET FOI

FP2020 a mandaté ou collaboré à d'autres travaux sur les principaux thèmes et domaines d'intérêt associés au cadre d'action pour l'après-2020, qui sont tous présentés sur le site web de FP2020 :

- **Planification familiale fondée sur les droits :** *Contributions of FP2020 in Advancing Rights-Based Family Planning : Upholding and Advancing the Promise of Cairo* étudie l'impact de FP2020 sur la mise en œuvre des programmes de planification familiale fondée sur les droits.
- **Les hommes et les garçons :** FP2020 a collaboré avec Promundo dans le cadre d'une étude des efforts en cours en matière d'implication des hommes dans le domaine de la planification familiale : *Long Way to Go : An Analysis of the Proposed Engagement of Men and Boys in Thirteen Country Implementation and Action Plans*.
- **Communauté confessionnelle :** FP2020 s'est associé à World Vision et à Faith To Action afin d'explorer les possibilités de partenariats avec la communauté confessionnelle : *Engaging the Faith Community in Family Planning : An Informative Brief to Drive Collaboration and Progress for FP2020*.



Pour en savoir plus sur le Cadre de responsabilisation FP2020, consultez le rapport numérique à la page <http://2017-2018progress.familyplanning2020.org/fr>

## SECTION 03

# FINANCEMENT



### POUR ALLER PLUS LOIN : VERSION NUMÉRIQUE

Lien vers l'analyse de Countdown 2030 Europe

Engagements financiers des pays FP2020 : suivi des progrès

Graphiques interactifs et schémas supplémentaires sur le financement bilatéral, États-Unis y compris

**Les actions visant à mobiliser des ressources et cultiver des sources de revenus durables en faveur de la planification familiale sont une composante fondamentale du programme de FP2020 et resteront une préoccupation de premier plan dans le cadre du partenariat de l'après-2020.**

Cependant, le paysage financier de la planification familiale a connu une importante évolution depuis le lancement de FP2020 en 2012. Bien que le financement des donateurs demeure un élément crucial, un nombre croissant de pays cherchent à mobiliser des ressources nationales en vue de financer leurs programmes de planification familiale. La création du Mécanisme de financement mondial a marqué l'introduction d'un nouveau mécanisme important pour le financement des programmes de santé reproductive, notamment de la planification familiale. Sur cette toile de fond, la dynamique mondiale croissante en faveur de la CSU constitue probablement l'évolution la plus significative, et avec elle la possibilité de mobiliser les ressources non plus sur la base de modèles de financement vertical mais en investissant plus largement dans les systèmes de santé et la prestation de services intégrés.

Les programmes de planification familiale mis en œuvre dans les pays FP2020 sont actuellement financés au moyen de sources très diverses, allant de l'aide au développement assurée par les donateurs internationaux aux achats effectués par les citoyens ordinaires sur leurs propres deniers. Depuis sept ans, nous rendons compte chaque année au sujet des fonds bilatéraux mobilisés par les donateurs aux fins de la planification familiale. L'année dernière, nous avons commencé à présenter les dépenses publiques nationales en matière de planification familiale, avec des données émanant de 31 pays, et nous communiquerons des estimations pour au moins autant de pays cette année. (Les données sont encore en cours de révision et seront confirmées au moment de mettre sous presse.) Nos connaissances continuent de s'étoffer pour mieux comprendre les dépenses totales liées à la planification familiale, y compris les dépenses non remboursées des consommateurs. Ces analyses apportent des clarifications importantes à propos des flux de ressources et des contraintes en matière de planification familiale, et contribueront à étayer les stratégies de financement pour l'après-2020.



Photo reproduite  
avec la permission de  
**Jonathan Torgovnik**  
Reportage Getty Images

En 2018, le  
financement bilatéral  
des gouvernements  
donateurs a atteint  
**1,5 milliard de dollars**  
américains, soit son  
niveau le plus élevé  
depuis le Sommet de  
Londres en 2012.

- En 2018, le **financement bilatéral des gouvernements** donateurs a atteint 1,5 milliard de dollars américains, soit son niveau le plus élevé depuis le Sommet de Londres en 2012. Sept donateurs ont augmenté leur financement en 2018 : l'Allemagne, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Norvège, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Alors que la hausse du financement du gouvernement américain est en grande partie attribuable au calendrier des décaissements (les dotations du gouvernement en faveur de la planification familiale étant restées relativement stables), les autres augmentations attestent de l'incidence du Sommet de 2017 sur la planification familiale et des engagements renouvelés de plusieurs donateurs.
- **Les dépenses publiques** représentaient près de 32 % des dépenses totales engagées dans le secteur de la planification familiale en 2017. (Il convient de prendre note de l'année de décalage entre les estimations des dépenses nationales et les rapports des donateurs bilatéraux, en raison du temps requis pour finaliser les comptes publics et préparer des estimations).
- **Les dépenses totales** liées à la planification familiale en 2017 sont estimées à quelque 3,8 milliards de dollars américains. (L'estimation porte sur l'année 2017 en raison de l'année de décalage concernant les dépenses nationales.) Les donateurs internationaux ont contribué pour environ 45 %, les gouvernements nationaux pour 32 %, les consommateurs pour 19 % et les autres sources nationales pour 4 %.

Le rapport numérique propose un lien vers l'analyse de Countdown 2030 Europe sur les tendances et évolution concernant certains bailleurs de fonds européens, ainsi qu'un examen des progrès accomplis par les pays FP2020 au cours de l'année écoulée pour ce qui est de leurs engagements financiers envers FP2020. Le rapport numérique inclut également d'autres graphiques, des tableaux et des notes détaillées sur la méthodologie et les sources.

Pour en savoir plus sur  
les **dépenses en faveur  
de la planification familiale  
dans certains pays FP2020**,  
consulter le rapport numérique  
à l'adresse [http://progress.  
familyplanning2020.org/fr](http://progress.familyplanning2020.org/fr)



## FINANCEMENTS ALLOUÉS PAR LES GOUVERNEMENTS DONATEURS À LA PLANIFICATION FAMILIALE EN 2018 : ANALYSE DE LA KAISER FAMILY FOUNDATION

À la suite du Sommet de Londres sur la planification familiale en 2012, la Kaiser Family Foundation (KFF) a commencé à mener une analyse annuelle du financement assuré par les gouvernements donateurs en faveur des activités de planification familiale. Cette analyse a ainsi établi un niveau de référence pouvant être utilisé pour suivre les niveaux de financement au fil du temps et évaluer les progrès des différents gouvernements donateurs en faveur des engagements de FP2020, y compris les engagements nouveaux ou renouvelés décidés lors du Sommet de la planification familiale de 2017.

Les gouvernements donateurs représentent près de 50 % du financement total en faveur de la planification familiale dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Alors que 2020 approche à grands pas, le suivi du financement des gouvernements donateurs continuera de fournir des renseignements importants sur la disponibilité des ressources, les tendances au fil du temps et les éventuelles lacunes.

Les conclusions présentées ci-après se fondent sur une analyse de données émanant de 30 gouvernements qui étaient membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2018 et avaient rapporté au CAD leurs chiffres en matière d'aide publique au développement (APD). Dix de ces gouvernements, qui représentent 99 % du financement total de la planification familiale par les gouvernements donateurs, ont communiqué ces données directement ; celles des autres donateurs ont été obtenues à partir du Système de notification des pays créanciers (SNPC) de l'OCDE. Les principaux résultats de 2018 sont les suivants :

### FINANCEMENT BILATÉRAL

- En 2018, le financement bilatéral des gouvernements donateurs pour la planification familiale a atteint 1,5 milliard de dollars américains, soit son niveau le plus élevé depuis le Sommet de Londres en 2012, même après avoir tenu compte de l'inflation et des fluctuations monétaires. Le financement accordé en 2018 a dépassé de plus de 200 millions de dollars le niveau de 2017, qui se montait à 1,26 milliard (**figure 1**).<sup>19</sup>
- Sept donateurs ont augmenté leurs contributions (l'Allemagne, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Norvège, les Pays-Bas et le Royaume-Uni) et trois les ont réduites (l'Australie, la France et la Suède). Ces tendances étaient les mêmes dans la devise d'origine.
- Les fonds émanant des États-Unis ont augmenté sensiblement en 2018 (passant de 474,7 millions de

dollars en 2017 à 630,6 millions en 2018), en grande partie en raison du calendrier des décaissements ; les dotations du gouvernement américain en faveur de la planification familiale sont relativement stables depuis plusieurs années.<sup>20</sup>

- Les États-Unis étaient le premier donateur bilatéral à la planification familiale en 2018, représentant 42 % du volume total des financements bilatéraux. Le Royaume-Uni arrive en seconde position (292,2 millions, soit 19 %), suivi par les Pays-Bas (215,6 millions de dollars, 14 %), la Suède (107 millions, 7 %) et le Canada (81,8 millions, 5 %).

### CONTRIBUTIONS DES DONATEURS À L'UNFPA

- En plus des déboursements bilatéraux des gouvernements donateurs pour la planification familiale, qui comprennent des contributions autres que des contributions de base à l'UNFPA pour les projets de planification familiale spécifiques tels qu'UNFPA Supplies, les donateurs ont également contribué aux ressources de base de l'UNFPA, utilisées dans le cadre des activités de programmes (planification familiale, population et développement, VIH/sida, genre, santé sexuelle et reproductive et droits connexes) et du soutien opérationnel.
- En 2018, la totalité des contributions de base des gouvernements donateurs représentait 373,9 millions de dollars, soit une progression de près de 30 millions de dollars par rapport à 2017 (344,4 millions de dollars).
- En ce qui concerne les donateurs décrits, deux ont augmenté leur contribution aux ressources de base de l'UNFPA (la Norvège et la Suède), cinq ont maintenu leur contribution à un niveau stable (l'Allemagne, l'Australie, le Canada, la France et le Royaume-Uni), et deux ont réduit leur contribution (le Danemark et les Pays-Bas). En 2018, l'administration américaine a invoqué l'amendement Kemp-Kasten pour la deuxième année consécutive afin d'interrompre tout versement de fonds à l'endroit de l'UNFPA — s'agissant des contributions de base comme des autres contributions.<sup>21</sup>
- La Suède a fourni la plus grande contribution de base à l'UNFPA en 2018 (83 millions de dollars), suivie de la Norvège (63,8 millions), des Pays-Bas (37,5 millions) et du Danemark (37,1 millions).
- En 2018, l'UNFPA a consacré 356,2 millions de dollars (40,8 % de ses dépenses totales) à la planification familiale et aux activités connexes (62,5 millions de dollars provenant des ressources de base et 293,7 millions d'autres ressources). Ce montant inclut 237,3 millions de dollars (27,2 % des dépenses totales de l'UNFPA) en faveur des activités spécifiquement liées à la planification familiale, telles que la création d'environnements favorables, l'approvisionnement en produits, la prestation de services et le renforcement des systèmes, et 118,9 millions de dollars (13,6 %) au profit d'autres domaines ayant une incidence sur la planification familiale.<sup>22</sup>

<sup>19</sup> Aux fins de cette analyse, les dépenses bilatérales de planification familiale représentent un financement spécifiquement octroyé par les gouvernements donateurs à la planification familiale telle que définie par l'OCDE CAD (voir la Note méthodologique dans le rapport numérique), et comprennent : les projets de planification familiale indépendants ; les contributions spécifiques à la planification familiale pour les organisations multilatérales (par ex., les contributions destinées à l'UNFPA Supplies) ; et, dans certains cas, les projets qui incluent la planification familiale dans le cadre d'activités plus globales relatives à la santé reproductive.

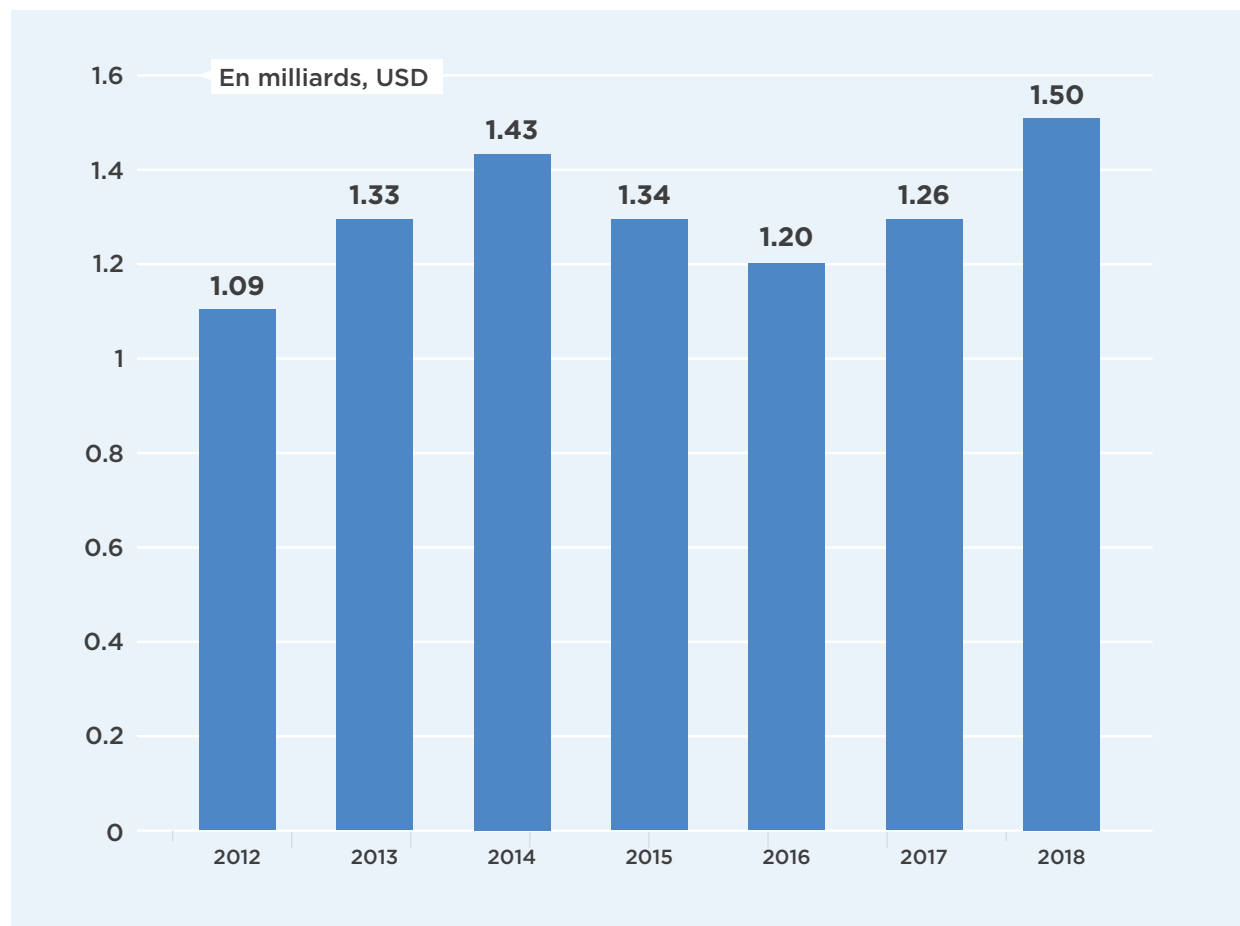
<sup>20</sup> Conformément à la législation, les dotations annuelles du gouvernement américain à l'aide au développement, y compris aux activités de planification familiale, peuvent être accordées sur une période de plusieurs années.

<sup>21</sup> En 2016, les contributions américaines à l'UNFPA se montaient à 69 millions de dollars américains, dont 30,7 millions de dollars en faveur des ressources de base et une enveloppe supplémentaire de 38,3 millions en faveur des autres ressources pour d'autres activités de projets. (Voir KFF, « UNFPA Funding & Kemp-Kasten : An Explainer. »)

<sup>22</sup> Communication personnelle, UNFPA, septembre 2019.

**FIGURE 1****AIDE BILATÉRALE DES GOUVERNEMENTS DONATEURS POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE, 2012-2018**

Remarque : chiffres basés sur l'analyse KFF du financement des gouvernements donateurs pour la planification familiale

**LES PROGRÈS VIS-À-VIS DES ENGAGEMENTS ET L'AVENIR EN POINT DE MIRE**

Au Sommet de la planification familiale de 2017, neuf des dix gouvernements donateurs décrits dans le présent rapport ont pris un engagement financier nouveau ou renouvelé en faveur de la planification familiale, directement ou dans le cadre plus général d'activités d'aide au développement (par ex. la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, l'aide humanitaire) : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, le Danemark, la France, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. Le montant total du financement de la planification familiale accordé par ces donateurs

a progressé tant en 2017 qu'en 2018. Alors que la communauté internationale commence à s'intéresser au programme de l'après-2020, la KFF et FP2020 continueront d'œuvrer aux côtés des gouvernements donateurs pour assurer le suivi du financement de la planification familiale et mesurer les progrès accomplis vis-à-vis des engagements pris en 2017.

➔ [Voir la version numérique du rapport pour les notes relatives à la méthodologie.](#)

**TABLEAU 1 DÉBOURSEMENTS BILATÉRAUX DES GOUVERNEMENTS DONATEURS POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE, 2012-2018\***

En millions, USD

PAYS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Allemagne	47,6 \$	38,2 \$	31,3 \$	34,0 \$	37,8 \$	36,8 \$	51,3 \$
Australie	43,2 \$	39,5 \$	26,6 \$	12,4 \$	24,9 \$	25,6 \$	22,2 \$
Autres pays du CAD**	11,0 \$	29,5 \$	9,0 \$	10,1 \$	3,3 \$	9,6 \$	29,6 \$
Canada	41,5 \$	45,6 \$	48,3 \$	43,0 \$	43,8 \$	69,0 \$	81,8 \$
Danemark	13,0 \$	20,3 \$	28,8 \$	28,1 \$	30,7 \$	33,1 \$	38,5 \$
États-Unis	485,0 \$	585,0 \$	636,6 \$	638,4 \$	532,5 \$	474,7 \$	630,6 \$
France	49,6 \$	37,2 \$	69,8 \$	68,6 \$	39,9 \$	19,2 \$	17,0 \$
Norvège	3,3 \$	20,4 \$	20,8 \$	8,1 \$	5,7 \$	2,2 \$	13,0 \$
Pays-Bas	105,4 \$	153,7 \$	163,6 \$	165,8 \$	183,1 \$	197,0 \$	215,6 \$
Royaume-Uni	252,8 \$	305,2 \$	327,6 \$	269,9 \$	204,8 \$	285,1 \$	292,2 \$
Suède	41,2 \$	50,4 \$	70,2 \$	66,0 \$	92,5 \$	109,2 \$	107,0 \$
<b>TOTAL</b>							

## NOTES

Le financement bilatéral est destiné à des activités spécifiquement liées à la planification familiale ainsi qu'à des éléments de projets à buts multiples.

L'Australie a identifié un financement total de 33 millions AUD pour l'exercice financier 2017/18 selon la méthodologie approuvée par FP2020, qui comprend des financements d'activités non spécifiques à la planification familiale (par ex., le VIH, la santé reproductive, la santé maternelle et d'autres secteurs), ainsi qu'un pourcentage des contributions de base du donateur versé à plusieurs organisations multilatérales (par ex., l'UNFPA). Dans le cadre de cette analyse, le financement bilatéral australien de planification familiale n'incluait pas les contributions de base aux institutions multilatérales. Toutefois, dans la plupart des cas, il n'a pas été possible d'identifier et d'ajuster le financement en faveur d'autres activités non spécifiques à la planification familiale.

Le financement bilatéral a été obtenu à partir de la base de données du Système de notification des pays créanciers (SNPC) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et représente le financement versé l'année précédente (par ex. les données présentées pour 2018 sont les totaux de 2017, l'année la plus récente disponible ; celles présentées pour 2017 sont les totaux de 2016 ; etc.).

Le financement bilatéral concerne les activités/projets combinés de planification familiale et de santé reproductive au cours de l'exercice 2018/19. Les activités de santé reproductive sans composante « planification familiale » ne sont pas reflétées ici. Il s'agit d'une première estimation. À l'appui de son agenda international féministe, le Canada s'est engagé à doubler son aide en faveur de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes en versant une enveloppe supplémentaire de 650 millions de dollars canadiens pour la période 2017-2020. Le Canada aborde la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes sous l'angle d'une approche globale. Les efforts engagés se concentrent sur la fourniture d'une éducation sexuelle complète, le renforcement des services de santé reproductive et l'investissement dans la planification familiale et la contraception. Des programmes permettront également de contribuer à prévenir et à réagir face à la violence sexuelle et sexiste, y compris les cas de mariage d'enfants, mariage précoce et mariage forcé et les cas de mutilations génitales féminines et d'excisions, et d'appuyer le droit d'opter pour l'avortement sans risque et légal ainsi que l'accès à des soins après avortement.

Le financement bilatéral est destiné à des activités spécifiquement liées à la planification familiale ainsi qu'à des activités relevant de la santé reproductive mais axées sur la planification familiale.

Le financement bilatéral est destiné aux activités combinées de planification familiale et de santé reproductive ; si l'USAID estime que la plupart des financements ne concernent que les activités spécifiques à la planification familiale, celles-ci ne peuvent être ventilées davantage.

Le financement bilatéral est destiné à une combinaison d'activités de planification familiale, d'activités de santé reproductive et d'activités en lien avec la santé maternelle et infantile de 2012 à 2017 ; les activités spécifiques à la planification familiale ne peuvent être ventilées davantage. Pour 2018, le chiffre est une estimation provisoire.

Le financement bilatéral est destiné spécifiquement aux activités de planification familiale, qui sont définies précisément dans la rubrique du sous-secteur correspondant du CAD (code 13030). Les autres activités de planification familiale bilatérales en Norvège ne sont, pour la plupart, pas des activités indépendantes mais plutôt intégrées en tant que composantes d'autres activités. Dans la droite ligne de sa méthodologie de suivi de la santé sexuelle et reproductive et des droits en la matière découlant de l'engagement pris par la Norvège lors du Sommet de la planification familiale 2017, le soutien du gouvernement à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes comprend tous les projets utilisant le secteur 130 du CAD, la totalité des contributions de base à l'UNFPA et l'ONUSIDA, 50 % des contributions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et 28 % des contributions au Mécanisme de financement mondial. Sur la base de ces paramètres, le financement norvégien destiné à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes a totalisé 1,3347 milliard de couronnes en 2017 et 1,5804 milliard en 2018.

Le budget des Pays-Bas a fourni un montant total de 445 millions d'euros en 2018 pour « La santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, y compris le VIH/sida » ; de ce montant, environ 182,70 millions d'euros ont été versés aux activités bilatérales de planification familiale et de santé reproductive (VIH non compris).

Lors de l'exercice financier 2018/19, le Royaume-Uni a dépensé 260,70 millions de livres pour la planification familiale. Il s'agit d'une estimation provisoire, fondée sur la méthodologie approuvée par FP2020, qui comprend des financements d'activités non spécifiques à la planification familiale (par ex., le VIH, la santé reproductive, la santé maternelle et d'autres secteurs), ainsi qu'un pourcentage des contributions de base du donateur versées à plusieurs organisations multilatérales. Aux fins de cette analyse, les financements bilatéraux du Royaume-Uni en faveur de la planification familiale (222,30 millions de livres) ont été calculés en omettant toutes les contributions de base non affectées versées aux organisations multilatérales. Toutefois, dans la plupart des cas, il n'a pas été possible d'identifier et d'ajuster le financement d'autres activités non spécifiques à la planification familiale. Le financement bilatéral concerne les activités combinées de planification familiale et de santé reproductive, en accord avec la méthodologie convenue. Une estimation finale sera disponible lorsque le DFID aura publié en 2020 son rapport annuel pour la période 2018-2019.

Le financement bilatéral concerne les activités combinées de planification familiale et de santé reproductive. Aucune des activités de grande envergure déployées dans le domaine de la santé en Suède ne semble porter uniquement sur le sous-secteur de la planification familiale, ce qui témoigne de l'intégration des activités de planification familiale dans des initiatives plus globales en matière de santé, une tendance constatée également au sein d'autres gouvernements. Il pourrait donc ne pas être possible d'évaluer les montants exacts du financement bilatéral ou multilatéral que la Suède accorde à la planification familiale. Plus généralement, l'ensemble des activités bilatérales en faveur de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes en Suède auraient représenté au moins 1,3 milliard de couronnes en 2018, dont au moins 246 millions auraient été liés à la planification familiale.

\*Aux fins de cette analyse, les dépenses bilatérales de planification familiale représentent un financement spécifiquement octroyé par les gouvernements donateurs à la planification familiale telle que définie par l'OCDE CAD (voir méthodologie), et comprennent : les projets de planification familiale indépendants ; les contributions spécifiques à la planification familiale pour les organisations multilatérales (par ex., les contributions destinées à l'UNFPA Supplies) ; et, dans certains cas, les projets qui incluent la planification familiale dans le cadre d'activités plus globales relatives à la santé reproductive. Lors du Sommet de Londres de 2012, les donateurs se sont entendus sur une méthodologie révisée de Muskoka afin de déterminer leurs déboursments totaux pour la planification familiale. Cette méthodologie compte quelques financements destinés à d'autres secteurs de la santé, notamment le VIH, la santé reproductive, la santé maternelle et d'autres domaines, ainsi qu'un pourcentage des contributions de base octroyées par un donateur à plusieurs organisations multilatérales, y compris l'UNFPA, la Banque mondiale, l'OMS et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Parmi les donateurs présentés, l'Australie et le Royaume-Uni ont signalé un financement versé à la planification familiale en recourant à cette méthodologie révisée.

\*\*L'Autriche, la Belgique, la Corée, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Slovaquie, la Slovénie, la Suisse et l'Union européenne.

**Remarque :** certains des chiffres concernant les précédentes années diffèrent de ceux rapportés l'an dernier en raison de mises à jour des données après la publication du rapport de 2018. Les montants accordés par les donateurs ne correspondent pas exactement aux montants totaux car les chiffres ont été arrondis.

## DÉPENSES PUBLIQUES NATIONALES LIÉES À LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les dépenses publiques nationales reflètent l'engagement d'un gouvernement à l'égard de son programme de planification familiale et témoignent de ses perspectives de viabilité financière à long terme. Les dépenses nationales s'entendent de toutes les dépenses publiques destinées à appuyer la planification familiale, y compris l'achat de produits contraceptifs, les campagnes de création de la demande, les investissements dans la formation et la recherche ainsi que la prestation de services.

Les estimations des dépenses publiques nationales consacrées à la planification familiale proviennent de sources multiples, y compris le Système de comptes de la santé de l'OMS, l'Évaluation des dépenses de planification familiale (Track20 et le Centre pour la recherche économique et sociale basé à Nairobi), l'Institut démographique interdisciplinaire des Pays-Bas (NIDI) en partenariat avec l'UNFPA, et les rapports officiels des gouvernements.

Les organismes impliqués dans la collecte et la déclaration des dépenses des gouvernements s'emploient depuis plusieurs années à aligner leurs efforts, à travers un processus d'examen des données convenu avec les pays afin de parvenir à des estimations consensuelles. Grâce à ce processus, nous avons pour la première fois été en mesure de présenter dans le Rapport de progrès de l'année dernière des estimations des dépenses publiques nationales de planification familiale provenant de 31 pays, reflétant les dépenses engagées en 2016 ou antérieurement.

Cette année, avec la parution à venir du Rapport de progrès 2018-2019, les données sont encore en cours d'examen et de confirmation. Néanmoins, il est d'ores et déjà possible d'estimer que ces dépenses publiques représentaient près de 32 % des dépenses totales engagées dans le secteur de la planification familiale en 2017. Bien que ces chiffres ne reflètent pas l'ensemble des pays, l'estimation représente 93 % de toutes les utilisatrices de produits de planification familiale dans les pays cibles FP2020. Les gouvernements du Bangladesh, de l'Inde et de l'Indonésie restent les plus généreux en termes de deniers publics alloués.

D'ici la fin de l'année, plus de 30 pays auront fait état de leurs dépenses publiques pour l'année 2017, et divers pays recensent leurs données depuis plusieurs années déjà. Compte tenu de l'amélioration constante de la collecte et de la déclaration des dépenses nationales, les pays et les parties prenantes sont appelés à mieux appréhender comment améliorer la mesure et mieux cerner les problèmes persistants ainsi que les tendances en matière de financement. De plus, cette meilleure visibilité du financement national de la planification familiale permettra aux pays de mieux suivre leurs progrès vis-à-vis des engagements financiers.

► **Le rapport numérique présente des estimations des dépenses nationales publiques pour plus de 30 pays distincts.**



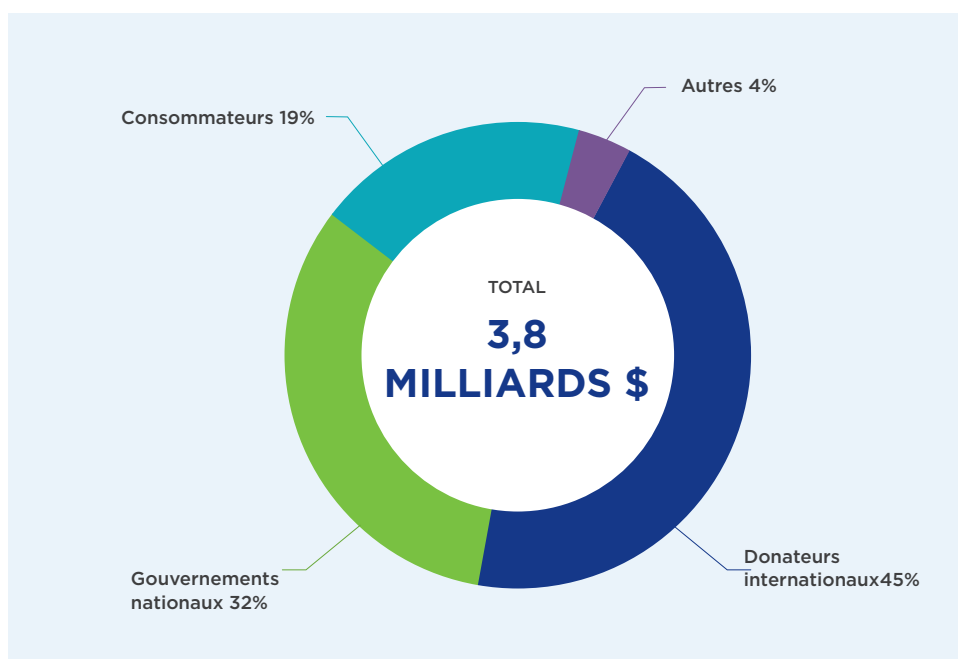
Le ministre adjoint de la Santé de la République kirghize lance son Engagement FP2020.

Photo : UNFPA, République kirghize



**FIGURE 2**  
**RÉPARTITION**  
**DES**  
**DÉPENSES DE**  
**PLANIFICATION**  
**FAMILIALE PAR**  
**SOURCE DE**  
**FINANCEMENT**  
**DANS LES 69**  
**PAYS FP2020,**  
**2017**

**Remarque :** chiffres tirés de l'analyse menée par Track20 et le Groupe consultatif d'experts sur les dépenses internationales liées à la planification familiale.



## DÉPENSES TOTALES LIÉES À LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les trois principales sources de financement des dépenses de planification familiale sont les gouvernements nationaux, les donateurs internationaux et les versements effectués par les consommateurs qui ont accès aux services dans le secteur privé ou qui versent une participation forfaitaire pour des services relevant du secteur public. D'autres sources nationales contribuent également à l'enveloppe totale.

**Dépenses des gouvernements nationaux :** comme précédemment décrit, divers partenaires réalisent un suivi des dépenses publiques nationales en matière de planification familiale. On estime que ces dépenses représentent 32 % des dépenses totales engagées par les pays FP2020 en 2017.

**Donateurs internationaux :** la Kaiser Family Foundation (KFF) assure un suivi des contributions fournies par les principaux pays donateurs, comme précédemment décrit. La Fondation Bill & Melinda Gates rend compte de ses dépenses directement à FP2020. L'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) opère un suivi de l'aide au développement émanant d'autres fondations et ONG américaines, d'ONG internationales et de la Banque mondiale. Pour l'ensemble de ces sources, les dépenses sont estimées à 45 % des dépenses totales engagées en 2017.

**Dépenses des consommateurs :** la Coalition pour les Produits de Santé de la Reproduction (RHSC) travaille à la préparation de son analyse annuelle des lacunes concernant les produits contraceptifs de base, qui propose une estimation des paiements non remboursés des consommateurs liés à la planification familiale. Cette estimation se fonde sur les données d'enquête pour déterminer la proportion des utilisatrices de produits de planification familiale qui se tournent vers le secteur privé

et la proportion de celles qui paient pour des services dispensés dans le secteur public. Les prix des services subventionnés et non-subventionnés sont basés sur les données de l'EDS, IQVIA, DKT, PSI, MSI et PMA2020. La RHSC estime que les dépenses non remboursées dans les pays FP2020 s'élevaient à 19 % de l'enveloppe totale des dépenses de planification familiale en 2017.

**Autres sources nationales :** chaque année, l'UNFPA s'associe au NIDI pour évaluer les dépenses en faveur de la planification familiale engagées par les ONG nationales, les entreprises et les compagnies d'assurance dans quelque 80 pays. Ces dépenses sont estimées à 4 % du montant total des dépenses de l'année 2017.

L'évolution des tendances au fil du temps ne peut être évaluée de façon fiable que dans le cas des dépenses des donateurs internationaux, dès lors que ces chiffres sont suivis et analysés depuis de nombreuses années en recourant à la même méthodologie. Les méthodes appliquées pour estimer les autres composantes ont été améliorées au fil du temps et étendues à d'autres pays, si bien que ces dernières estimations ne peuvent être comparées aux estimations précédentes afin de dégager des tendances.

➔ **Le rapport numérique comprend des graphiques spécifiques à certains pays qui illustrent la variation des dépenses engagées par les donateurs internationaux, les gouvernements nationaux et les consommateurs dans différents pays FP2020.**

## SECTION 04

# MESURE

Photo :  
Jenny Matthew  
IPPF

**Au début de cette initiative limitée dans le temps, FP2020 avait pris l'engagement d'un programme de mesure visant à transformer le processus de suivi des données de la planification familiale et à fournir des rapports annuels rendant compte des progrès accomplis par les pays.**

Les partenaires fournisseurs de données de FP2020 ont œuvré à l'amélioration des méthodes, de l'infrastructure et de la capacité à générer des données de haute qualité plus fréquentes aux fins d'appuyer la prise de décisions. Ces efforts ont conduit à l'établissement d'un ensemble d'Indicateurs de base, un alignement vis-à-vis des mesures clés, un mécanisme de collecte de données et d'analyse plus régulier, et la publication d'un Rapport de progrès FP2020 sur une base annuelle. Grâce au processus d'établissement de rapports, les décideurs nationaux, régionaux et mondiaux disposent à présent de nouveaux espaces et de nouvelles possibilités pour passer en revue les données recueillies et identifier des possibilités d'intervention.

Outre ces avancées, le programme de mesure de FP2020 aide la communauté de mesure de la planification familiale à identifier les lacunes en matière de mesure et met en évidence les problèmes non résolus. Au cours de l'année à venir, le Groupe Suivi de la performance et résultats de FP2020 entend s'associer à Track20 et à ses partenaires afin d'examiner les progrès enregistrés ainsi que les obstacles posés en matière de mesure et ainsi aider le partenariat FP2020 à tirer les leçons des succès obtenus et des difficultés rencontrées, alors qu'il s'apprête à renforcer ses efforts afin de prochainement franchir le cap de 2020 et se projeter vers l'horizon 2030.



### POUR ALLER PLUS LOIN : VERSION NUMÉRIQUE

Définitions des Indicateurs de base et sources des données

Graphiques de données interactifs

Tableaux d'estimations

Tableaux de données sur les adolescents et les jeunes

## LE PROCESSUS DE MESURE ANNUELLE

Le rapport de progrès annuel de FP2020 rend compte de tous les efforts déployés à différents niveaux, qu'il s'agisse de convaincre les femmes de répondre à des questionnaires, de réaliser des progrès au niveau du suivi des groupes de travail techniques nationaux ou encore de mener des activités à l'échelle mondiale pour harmoniser les indicateurs et les mesures dans différentes enquêtes. Les résultats de ces efforts sont les estimations comparables annuelles portant sur les aspects clés de la planification familiale dans les 69 pays cibles, à savoir les Indicateurs de base FP2020.

Le processus annuel de production et de révision de données, d'obtention d'un consensus et de rédaction de rapports au niveau national et mondial (**figure 3**) représente l'une des grandes réussites du partenariat FP2020 et permet aux pays, aux donateurs et aux organisations de la société civile de mieux exploiter la richesse des données de la planification familiale pour prendre des décisions et réaliser des investissements dans le cadre de programmes. En même temps, ce processus permet d'identifier les manques de données et le besoin d'améliorations continues au niveau des systèmes de données et de la mesure.



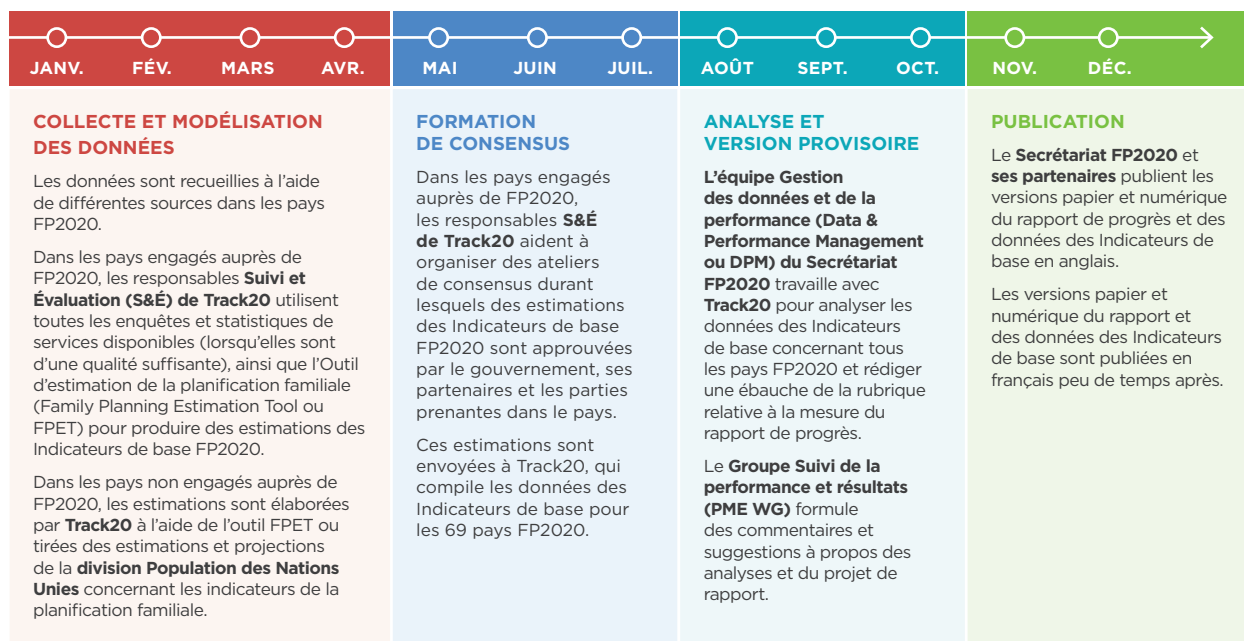
➔ Le rapport numérique propose une infographie représentant le cadre de résultats des Indicateurs de base FP2020. Il inclut également, pour l'ensemble des indicateurs, les définitions ainsi que les sources des données.

## INDICATEURS DE BASE

Les Indicateurs de base FP2020 se fondent sur un cadre de résultats visant à mesurer les aspects de **l'environnement favorable** à la planification familiale, le **processus** de prestation de services, la performance de ces services, les **résultats** attendus et **l'impact** de l'utilisation de contraceptifs. Cet ensemble interdépendant d'indicateurs sert de base pour un suivi complet des progrès de la planification familiale dans les 69 pays cibles FP2020. En plus des Indicateurs de base FP2020, les pays suivent d'autres mesures, spécifiques à leur contexte, à leurs priorités et à leurs systèmes de données, afin d'améliorer et d'étendre leurs programmes de planification familiale.

Grâce aux indicateurs de base FP2020 et aux données présentées dans ce rapport, nous avons pour objectif de fonder des discussions constructives sur ce que nous devons faire différemment, de mettre en évidence ce que nous avons toujours du mal à mesurer et d'inspirer des actions afin d'accélérer les progrès pour atteindre les objectifs de FP2020, ceux de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* Every Woman Every Child (Chaque femme, chaque enfant) et les Objectifs de développement durable.

**FIGURE 3** MESURE ANNUELLE ET PROCESSUS D'ÉTABLISSEMENT DE RAPPORTS FP2020



# PROGRÈS RELATIFS À L'UTILISATION ET AUX BESOINS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTIFS

**L'indicateur de base 1**, à savoir le nombre d'utilisatrices supplémentaires de méthodes modernes de contraception, mesure les progrès accomplis en vue d'atteindre l'objectif FP2020 d'augmenter de 120 millions le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception d'ici 2020. En juillet 2019, les 69 pays cibles FP2020 comptaient 53 millions d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception de plus par rapport à 2012, année du Sommet de Londres (figure 4). Ce sont 9 millions de femmes et de jeunes filles<sup>23</sup> supplémentaires qui utilisent une méthode moderne de contraception comparé à il y a à peine un an. Si le rythme de croissance est nettement inférieur à ce qui est nécessaire pour atteindre 120 millions d'utilisatrices supplémentaires d'ici 2020, des signes de progrès sont observés dans de nombreux pays et indicateurs. L'objectif de 120 millions reste le seuil à franchir pour atteindre les Objectifs de développement durable d'ici 2030.

En juillet 2019, les 69 pays cibles FP2020 comptaient un total de 314 millions d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception.<sup>24</sup> Pour être en mesure de répondre aux besoins en contraception de millions de femmes et jeunes filles supplémentaires chaque année, les pays doivent maintenir les services pour les nombreuses utilisatrices existantes, suivre l'évolution des besoins en soins de santé d'un nombre grandissant de femmes en âge de procréer et fournir des services au pourcentage croissant de femmes et de jeunes filles souhaitant utiliser des méthodes modernes de contraception afin d'éviter une grossesse non désirée. Parallèlement, les pays s'efforcent de répondre à la demande croissante d'un choix plus large de méthodes contraceptives.

Pour obtenir des données sur l'utilisation et les besoins en matière de contraceptifs chez les adolescents et les jeunes, consultez le rapport numérique.



## DES PAYS QUI FONT FACE AU NOMBRE CROISSANT DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

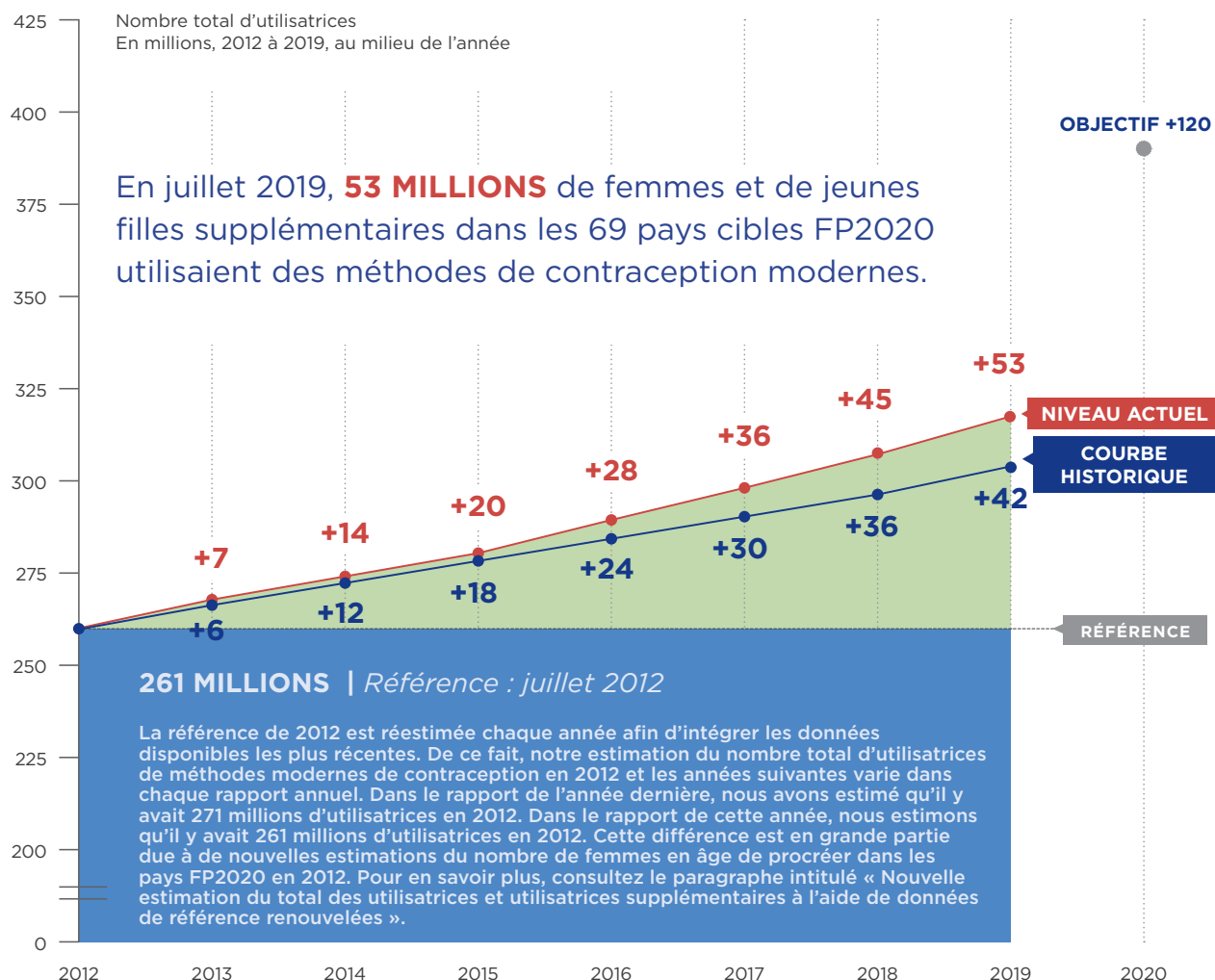
Selon les estimations, les 69 pays cibles FP2020 compteraient 926 millions de femmes en âge de procréer en 2019, comparé à 822 millions en 2012, soit une augmentation de plus de 100 millions de femmes. Le simple rythme de la croissance démographique implique que même sans évolution de la prévalence contraceptive, beaucoup plus de femmes et de jeunes filles auront besoin de services de contraception chaque année. En Inde, par exemple, la population de femmes en âge de procréer augmente de près de 4 millions chaque année. Si la prévalence contraceptive devait rester stable, des services de contraception devraient malgré tout être fournis à 1,5 million de femmes supplémentaires chaque année.

Cependant, en Inde, comme dans la plupart des 69 pays cibles FP2020, la prévalence contraceptive moderne chez toutes les femmes, l'indicateur de base 2, est en hausse. Cette hausse représente un facteur important à l'origine de l'augmentation des utilisatrices supplémentaires. Dans les 69 pays cibles FP2020, le taux de prévalence contraceptive moderne chez toutes les femmes en âge de procréer a augmenté de plus de 2 % depuis 2012.

<sup>23</sup> Tout emploi dans le présent rapport du mot « jeunes filles » dans le contexte de la planification familiale doit être compris au sens d'adolescentes. Les statistiques de planification familiale incluent uniquement les adolescents âgés de 15 à 19 ans. Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée de l'adolescence et de la jeunesse, l'Organisation des Nations Unies définit les adolescents comme des personnes âgées de 10 à 19 ans et les jeunes comme des personnes âgées de 15 à 24 ans. Conjointement, les adolescents et les jeunes sont désignés ici sous le terme de jeunes (gens), et représentent ainsi des personnes âgées de 10 à 24 ans. Les catégories d'âge suivantes sont définies à des fins statistiques : 10-14, 15-19 et 20-24. Consultez le document de l'UNFPA intitulé Adolescent and Youth Demographics: A Brief Overview.

<sup>24</sup> Bien que le nombre total d'utilisatrices soit inférieur à celui de l'année précédente, la différence ne réside pas dans la baisse réelle du nombre d'utilisatrices, mais dans l'évolution de notre méthodologie et de nos estimations des chiffres de référence de 2012 (voir « Nouvelle estimation du total des utilisatrices et utilisatrices supplémentaires à l'aide de données de référence renouvelées » page 39).

**FIGURE 4** TOTAL DES UTILISATRICES ET UTILISATRICES SUPPLÉMENTAIRES DE MÉTHODES MODERNES DE CONTRACEPTION, 2012 À 2019

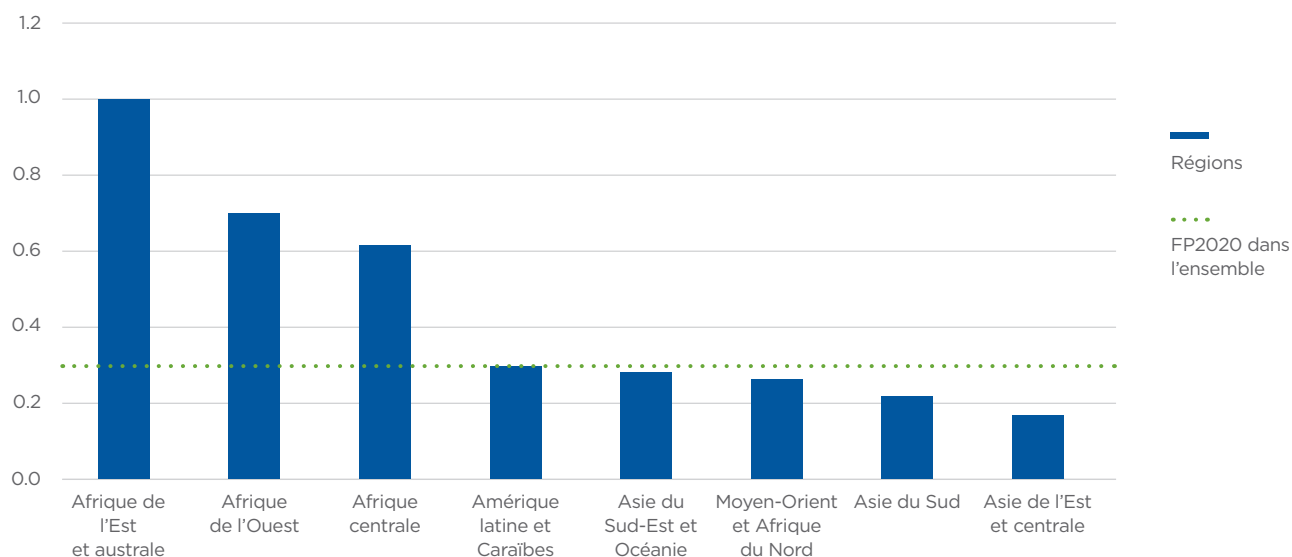


En nous penchant sur la croissance démographique et la hausse du taux de prévalence contraceptive moderne, nous constatons les progrès que les pays ont réalisés dans la prestation de services à un plus grand nombre de femmes et de jeunes filles. Depuis 2012, 25 pays comptent chacun plus de 500 000 utilisatrices supplémentaires de méthodes modernes de contraception. Parmi ces pays, 12 ont vu leur nombre d'utilisatrices supplémentaires augmenter de plus de 1 million de femmes et de jeunes filles. En Ouganda, le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception a quasiment doublé depuis 2012, passant

de 1,6 million à 3 millions. Cette hausse indique que les systèmes de santé et les prestataires de services font bien plus que suivre le rythme ; ils étendent leurs services. Il est indispensable de maintenir ces acquis pour l'après-2020. En effet, la population de femmes en âge de procréer dans les 69 pays cibles FP2020 dépassera le milliard avant 2025 et continuera de croître en 2030 et au-delà.

## FIGURE 5 CROISSANCE ANNUELLE DU TPCM PAR RÉGION

Ce graphique montre l'augmentation moyenne annuelle du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) en points de pourcentage (parmi toutes les femmes) de 2012 à 2019, pour les régions et tous les pays FP2020.



### LA PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE PROGRESSE DANS LES RÉGIONS ET LES PAYS

Dans le cadre de leur engagement pris auprès de FP2020, 45 pays se sont fixés comme objectif d'augmenter la prévalence contraceptive par le biais de programmes de planification familiale volontaire. Les progrès réalisés en vue d'obtenir un pourcentage plus élevé de femmes varient considérablement selon les régions et les pays. Dans les pays cibles FP2020 d'Asie, environ 38 % des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode de contraception moderne en juillet 2019, et la croissance moyenne dans toutes les régions d'Asie était de 0,2 point de pourcentage par an depuis 2012. En revanche, le rythme de croissance du taux de prévalence contraceptive moderne dans les pays FP2020 d'Afrique a été beaucoup plus rapide. En juillet 2019, près de 25 % des femmes africaines en âge de procréer utilisaient une méthode moderne, et en Afrique de l'Est et australe, le taux de prévalence contraceptive moderne a augmenté de 1 point de pourcentage par an depuis 2012. La croissance a été presque aussi rapide en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, où le taux de prévalence contraceptive moderne était à un niveau inférieur.

L'examen des progrès du point de vue régional apporte des informations supplémentaires sur la variabilité de la hausse de l'utilisation de contraceptifs modernes. La **figure 5** montre à la fois les moyennes régionales pondérées de l'évolution annuelle du taux de prévalence contraceptive moderne en points de pourcentage et la croissance annuelle moyenne dans les 69 pays cibles

FP2020. Prenant l'Afrique de l'Ouest à titre d'exemple, le graphique montre une croissance régionale moyenne de 0,7 point de pourcentage par an, avec quatre pays en dessous de la moyenne et 11 pays au niveau ou au-dessus de la moyenne. Étant donné que cette moyenne est pondérée par le nombre de femmes en âge de procréer de chaque pays, les grands pays dont la croissance est lente auront plus d'effet. Dans le cas de l'Afrique de l'Ouest, la population des femmes en âge de procréer au Nigeria représente environ la moitié de toutes les femmes en âge de procréer dans la région. Bien que le TPCM du Nigeria augmente à peu près à la vitesse moyenne des pays cibles FP2020 dans l'ensemble (0,3 point de pourcentage par an), c'est le deuxième pays de sa région où la croissance est la plus lente. Si l'on exclut le Nigeria, le taux de prévalence contraceptive moderne des autres pays d'Afrique de l'Ouest augmente en moyenne de 1 point de pourcentage par an, presque le même qu'en Afrique de l'Est et australe.

Un examen plus approfondi des progrès réalisés à l'échelle nationale permet de constater qu'en 2019, le taux de prévalence contraceptive moderne a augmenté de plus de 1 point de pourcentage par an depuis 2012 dans 13 pays cibles FP2020,<sup>25</sup> et que tous, à l'exception d'un, sont des preneurs d'engagement FP2020. Le Mozambique a systématiquement affiché la croissance la plus rapide, preuve de l'engagement de son gouvernement et des partenaires à proposer à toutes les femmes et jeunes filles un éventail de choix de méthodes de contraception. Le Mozambique figure parmi les neuf pays en bonne voie pour atteindre leurs objectifs en matière de taux de prévalence contraceptive

<sup>25</sup> Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone et Tanzanie.

moderne, dans le cadre de leur engagement auprès de FP2020. Treize autres pays ne sont qu'à 2 à 5 points de pourcentage de leurs objectifs FP2020 concernant le taux de prévalence contraceptive moderne. En donnant un léger coup d'accélération, ils seront en mesure de les atteindre.

Les pays pourront mieux comprendre l'évolution de la croissance du taux de prévalence contraceptive moderne en consultant le graphique de la courbe en S (**figure 6**), qui présente les taux de croissance à divers niveaux d'utilisation de la contraception à partir des tendances historiques. Les pays où le taux de prévalence contraceptive moderne est plus faible ont tendance à avoir une croissance lente, les pays dans la tendance moyenne ont des taux de croissance plus élevés et, à mesure que le taux de prévalence contraceptive moderne atteint des

niveaux plus élevés, sa croissance tend à ralentir. Depuis 2012, certains pays dont la prévalence était très faible ont commencé à constater une augmentation de ce taux. En 2012, 11 pays avaient un taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes mariées inférieur à 10 %. Aujourd'hui, ce taux (inférieur à 10 %) ne concerne plus que quatre pays. Alors que les pays passent par différents niveaux de taux de prévalence contraceptive moderne, le concept de la courbe en S les oriente dans l'évaluation de leurs priorités et leur permet de contextualiser leurs attentes en ce qui concerne l'augmentation de la prévalence des contraceptifs. De même, l'étude des niveaux du taux de prévalence contraceptive moderne à l'échelle régionale peut aider les pays à définir des actions prioritaires et à établir des approches spécifiques au contexte.

## NOUVELLE ESTIMATION DU TOTAL DES UTILISATRICES ET UTILISATRICES SUPPLÉMENTAIRES À L'AIDE DE DONNÉES DE RÉFÉRENCE RENOUVELÉES

Les estimations du total des utilisatrices (et des utilisatrices supplémentaires) de méthodes modernes de contraception dépendent de trois grands types de données : le nombre de femmes en âge de procréer d'un pays, la proportion des femmes mariées/en couple et la proportion des personnes qui utilisent une contraception moderne. Toute variation d'un ou de l'ensemble de ces facteurs se répercute sur le nombre estimé de femmes utilisant des contraceptifs modernes.

La Division de la population des Nations Unies effectue des estimations et des projections de la population mondiale depuis 1951. Ces estimations reposent sur toutes les sources de données disponibles concernant le nombre d'habitants et les niveaux de fertilité, de mortalité et de migration internationale de 235 pays ou régions. Une série révisée d'estimations est produite une année sur deux. Pour chaque révision, toute nouvelle information (récente ou historique) rendue disponible est prise en considération afin d'actualiser les estimations de la population des pays ou régions chaque année depuis 1950 à aujourd'hui. La révision la plus récente, intitulée « **Perspectives de la population mondiale 2019** », a pris en considération les résultats de 1 690 recensements de population effectués entre 1950 et 2018, les informations sur les naissances et les décès issues des systèmes d'enregistrement de l'état civil de 163 pays et les indicateurs démographiques de 2 700 enquêtes.

Les estimations de la prévalence de la contraception moderne proviennent de l'Outil d'estimation de la planification familiale (Family Planning Estimation Tool ou FPET). Chaque année, le projet Track20 collabore avec les pays en vue de recueillir et d'examiner toutes les données d'enquêtes et statistiques des services disponibles afin de produire des estimations annuelles de l'utilisation des contraceptifs et des besoins non satisfaits. Sont ainsi produites des estimations pour l'année en cours, mais aussi de nouvelles estimations des tendances depuis 2012, année de référence. Cette nouvelle estimation de l'utilisation des contraceptifs, ainsi que la révision biennale des estimations du nombre de femmes en âge de procréer de la Division de la population des Nations Unies, représentent ce que FP2020 appelle les « données de référence renouvelées ». Ainsi, c'est non seulement l'estimation de 2012 qui est actualisée, mais aussi celles de 2013 à 2019. Le nombre total d'utilisatrices et le nombre d'utilisatrices supplémentaires de méthodes modernes de contraception que nous avons estimés pour ces années dans

notre dernier rapport ont donc également été réestimés. En raison de ces changements, il est important de ne pas comparer les chiffres de ce rapport aux chiffres des précédents rapports.

Le nombre d'utilisatrices supplémentaires est calculé en comparant le nombre total d'utilisatrices d'une année donnée au nombre d'utilisatrices de 2012 (année de référence de FP2020).

$$\text{Utilisatrices supplémentaires}_{2019} = \text{Nombre total d'utilisatrices}_{2019} - \text{Nombre total d'utilisatrices}_{2012}$$

Le nombre total d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception est calculé à l'aide de l'**indicateur de base 2**, à savoir le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) chez toutes les femmes d'un pays, et du nombre total de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) de chaque pays (FAP).

$$\text{Nombre total d'utilisatrices} = \text{TPCM} \times \text{FAP}$$

En 2012, année du Sommet de Londres, on a estimé à 258 millions le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception dans les pays cibles FP2020, selon les données disponibles à l'époque. Au cours des dernières années, de nouvelles approches de modélisation, données et révisions de la population ont permis de réviser progressivement le nombre d'utilisatrices de référence. Dans le rapport de l'année dernière, il s'élevait à 271 millions pour 2012. Les données de cette année indiquent un changement important concernant l'estimation du nombre d'utilisatrices de référence de 2012, passant de 271 millions dans le rapport de l'année dernière à 261 millions cette année, d'après une révision à la baisse dans l'estimation du nombre de femmes en âge de procréer de la Division de la population des Nations Unies. Ainsi, le nombre total d'utilisatrices estimé pour 2019 est inférieur à celui estimé pour l'année dernière (314 millions en 2019 contre 317 millions en 2018). Grâce aux données de référence renouvelées, nous pouvons nous adapter à ces changements et continuer à produire des estimations cohérentes du nombre d'utilisatrices supplémentaires, étant donné que l'année de référence et toutes les années suivantes, y compris l'année en cours, font l'objet d'une nouvelle estimation.

## FIGURE 6 COURBE EN S DE LA CROISSANCE DU TPCM

La courbe en S de la croissance du TPCM aide les pays à évaluer et comprendre leurs tendances de croissance. La courbe en S repose sur les tendances historiques et montre que la croissance des pays évolue à un rythme différent en fonction du degré d'utilisation des contraceptifs.

### FAIBLE PRÉVALENCE : CROISSANCE LENTE

Lorsque le TPCM est très faible, la croissance annuelle du TPCM est généralement lente.

Il faut redoubler d'efforts pour changer les normes sociales relatives à la planification familiale, stimuler la demande et établir l'infrastructure et les prestataires nécessaires à la prestation de services de planification familiale de qualité.

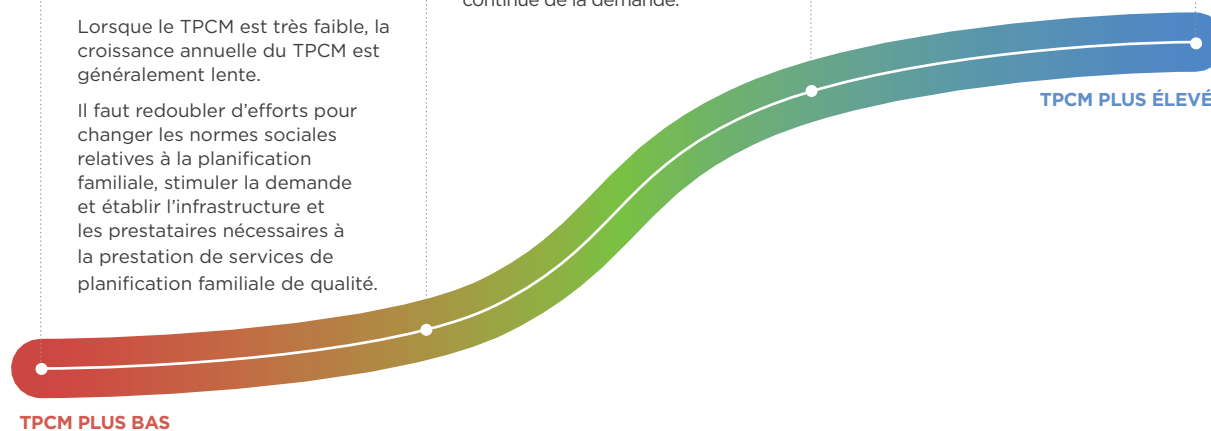
### PÉRIODE DE CROISSANCE RAPIDE ÉVENTUELLE

Avec l'augmentation de la demande et la généralisation de l'utilisation des contraceptifs, les pays peuvent entamer une période de croissance rapide en s'efforçant de garantir la disponibilité d'un large éventail de méthodes de contraception, des services de haute qualité et une génération continue de la demande.

### FORTE PRÉVALENCE : LA CROISSANCE RALENTIT ET SE STABILISE

Enfin, lorsque l'utilisation des contraceptifs devient très répandue et que les besoins non satisfaits diminuent, la croissance du TPCM ralentit.

À ce stade, les programmes doivent cibler la pérennité, les améliorations continues de la qualité de service, l'élargissement de l'éventail des méthodes disponibles et les efforts visant à atteindre les groupes mal desservis.



## ÉVOLUTION DES BESOINS NON SATISFATS ET DE LA DEMANDE SATISFAITE

L'indicateur de base 3, à savoir le pourcentage de femmes dont les besoins en matière de méthodes modernes de contraception ne sont pas satisfaits, indique le pourcentage de femmes en âge de procréer souhaitant ne plus avoir d'enfants ou espacer leurs grossesses, mais n'utilisant pas de méthodes modernes de contraception au moment de l'enquête. Depuis des décennies, les estimations du nombre de femmes dont les besoins en matière de contraception moderne ne sont pas satisfaits constituent un appel à l'action destiné à la communauté de la planification familiale, car ces femmes sont exposées à un risque relativement plus élevé de grossesse non désirée. Néanmoins, les besoins non satisfaits ne devraient pas être interprétés comme une mesure directe du manque d'accès. Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles une femme qui ne souhaite pas tomber enceinte n'utilisera pas de méthode de contraception moderne. On compte parmi elles l'utilisation de méthodes traditionnelles, un accès limité aux méthodes modernes, ainsi qu'une variété de problèmes au sens plus large, comme la perception d'effets secondaires de ces méthodes sur la santé ou la désapprobation sociale de l'utilisation de contraceptifs. Il est important de comprendre les obstacles à l'utilisation dans le contexte de chaque pays

afin d'assurer que les programmes puissent répondre aux besoins des femmes quels que soient le milieu ou le cas de figure.

Quelques tendances des besoins non satisfaits se dessinent dans les pays FP2020. Dans la seule Afrique de l'Est et australe, région qui connaît la croissance la plus rapide de l'utilisation de contraceptifs, on constate une forte diminution des besoins non satisfaits en matière de planification familiale depuis 2012. Dans d'autres régions, les besoins non satisfaits sont restés sensiblement les mêmes sur cette période, avec quelques variations selon les pays. Dans les pays à faible prévalence, où la croissance de l'utilisation de contraceptifs à court terme devrait être lente, une augmentation des besoins non satisfaits peut indiquer une évolution des normes sociales, avec un plus grand pourcentage de femmes qui commencent à indiquer qu'elles souhaitent éviter une grossesse, mais n'ont pas encore recours à la planification familiale. L'examen des données sur les besoins non satisfaits ne révèle aucune tendance claire dans les pays à prévalence faible, et il est possible que l'augmentation de la prévalence contraceptive en Afrique de l'Ouest et centrale ait suivi le désir croissant d'éviter une grossesse, n'entraînant aucune hausse ni aucune baisse des besoins non satisfaits depuis 2012.

➔ Le rapport numérique contient un lien vers la



« Courbe de la demande » pour la prévalence contraceptive maximale, un outil conceptuel qui aide les pays à évaluer l'équilibre entre le développement des services de planification familiale et la réalisation des activités de changement social et comportemental.

**L'indicateur de base 4**, à savoir la demande satisfaite par une méthode moderne de contraception, est un indicateur de la cible 3.7 des Objectifs de développement durable (ODD) : d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale. Cet indicateur adopte une vue plus large pour tenter d'évaluer dans quelle mesure les gouvernements et la communauté de la planification familiale dans son ensemble respectent l'engagement de rendre les services de planification familiale disponibles à toutes les personnes qui souhaitent y avoir recours. La demande totale est établie en fonction du pourcentage de femmes en âge de procréer qui utilisent des méthodes modernes de contraception et du pourcentage ayant un besoin non satisfait en méthodes modernes de contraception, avec la proportion de demande atteinte par ces méthodes modernes appelée « demande satisfaite ». Parmi les 69 pays FP2020, 15 sont en voie de dépasser le seuil de 75 % de la demande satisfaite par les méthodes modernes de contraception parmi toutes les femmes, et 18 s'apprêtent à dépasser ce niveau chez les femmes mariées. Les membres de la communauté de la planification familiale ont proposé que tous les pays atteignent « au moins 75 % de la demande satisfaite par les méthodes modernes de contraception » comme référence à l'échelle nationale et dans les sous-groupes de population. Les progrès réalisés en ce sens varient considérablement au sein des pays et d'un pays à l'autre, ce qui indique que tous les pays doivent redoubler d'efforts pour atteindre la cible 3.7 des ODD d'ici 2030.

**L'indicateur de base 5**, une mesure de ce qu'il reste à faire pour prévenir les grossesses non désirées, indique que de juillet 2018 à juillet 2019, les 69 pays cibles FP2020 enregistraient plus de 50 millions de grossesses non désirées. La plupart de ces grossesses non désirées sont

survenues chez des femmes et des jeunes filles qui n'avaient pas recours à la contraception malgré leur souhait de ne pas tomber enceinte, tandis que d'autres sont survenues chez des femmes et des jeunes filles dont la méthode de contraception a échoué. Le nombre de grossesses non désirées par an n'a pas diminué, malgré un plus grand recours à la contraception, étant donné que les femmes en âge de procréer sont plus nombreuses. Ce plus grand recours à la contraception a toutefois un immense impact sur la vie des femmes et des jeunes filles.

**Les indicateurs de base 6, 7 et 8** fournissent des estimations de l'impact de l'utilisation de méthodes modernes de contraception. L'utilisation de contraceptifs par plus de 314 millions de femmes et de jeunes filles a permis d'éviter plus de 119 millions de grossesses non désirées, 21 millions d'avortements à risque et 134 000 décès maternels pour la seule année 2018. Cet impact s'est considérablement accentué depuis 2012. Aujourd'hui, ce sont 20 millions de grossesses non désirées, 4,3 millions d'avortements à risque et 37 000 décès maternels supplémentaires qui sont évités chaque année par rapport à 2012.

Les moyennes régionales et les données nationales présentées dans cette section offrent un aperçu général des progrès vers l'objectif de FP2020 d'atteindre 120 millions d'utilisatrices supplémentaires de méthodes modernes de contraception d'ici 2020. Cependant, il est important de rappeler que ce nombre global dissimule la complexité des dynamiques nationales, ainsi que les différences qui existent à l'échelle régionale et dans les sous-groupes de population. Le processus d'établissement de rapports de FP2020 offre une occasion de discuter de ces dynamiques complexes, mais aussi d'explorer et d'analyser davantage de données. Des données supplémentaires sur chaque pays et les rapports de progrès relatifs à leurs engagements sont disponibles en ligne sur les pages des pays FP2020 (<http://www.familyplanning2020.org/fr/countries>). De plus, FP2020 communique les données ventilées par groupe d'âge, par niveau de ressources et par zone rurale/urbaine pour de nombreux indicateurs des Tableaux d'estimations FP2020 ([familyplanning2020.org/progress/fr](http://familyplanning2020.org/progress/fr)).

## DONNÉES RELATIVES AUX ADOLESCENTS ET AUX JEUNES

En s'appuyant sur la publication de 2018 de données complémentaires concernant la démographie des adolescents, les grands événements de la vie, l'utilisation de contraceptifs et les besoins non satisfaits, FP2020 a actualisé les Tableaux de données relatives aux adolescents et aux jeunes sur la base d'enquêtes récentes ([familyplanning2020.org/progress](http://familyplanning2020.org/progress)). La population des jeunes comprend une grande proportion du nombre total de femmes et d'hommes en âge de procréer dans les pays FP2020. Il est indispensable

de donner aux jeunes les moyens de s'épanouir afin d'atteindre les objectifs FP2020 et les Objectifs de développement durable. Par ailleurs, il est important de leur fournir des informations sur les services de prévention des grossesses et de contraception, étant donné que les schémas de comportement qu'ils développent aujourd'hui influenceront le cours de leur vie.



Photo : Perttu Saralampi, *Promundo*

## COMMUNICATION DES ESTIMATIONS : INTERVALLES, CONFIANCE ET CARACTÈRE RÉCENT DES DONNÉES

Toutes les estimations ponctuelles, qu'elles soient directement issues d'enquêtes ou d'une modélisation fondée sur des enquêtes et d'autres données, comportent un certain degré d'incertitude. Cette incertitude s'exprime généralement sous forme d'intervalle autour d'une estimation médiane, qui présente la fourchette dans laquelle une personne peut être sûre à 95 % que la véritable valeur s'y trouve. La taille de l'intervalle dépend de nombreux facteurs. Pour les estimations FP2020 du taux de prévalence contraceptive moderne, des besoins non satisfaits et de la demande satisfaite, la taille des intervalles varie en fonction des données disponibles dans chaque pays. Voici trois exemples qui illustrent l'incertitude (lignes violettes) autour des estimations ponctuelles (lignes bleues) avec des cercles et des triangles représentant les données des enquêtes et des statistiques des services.

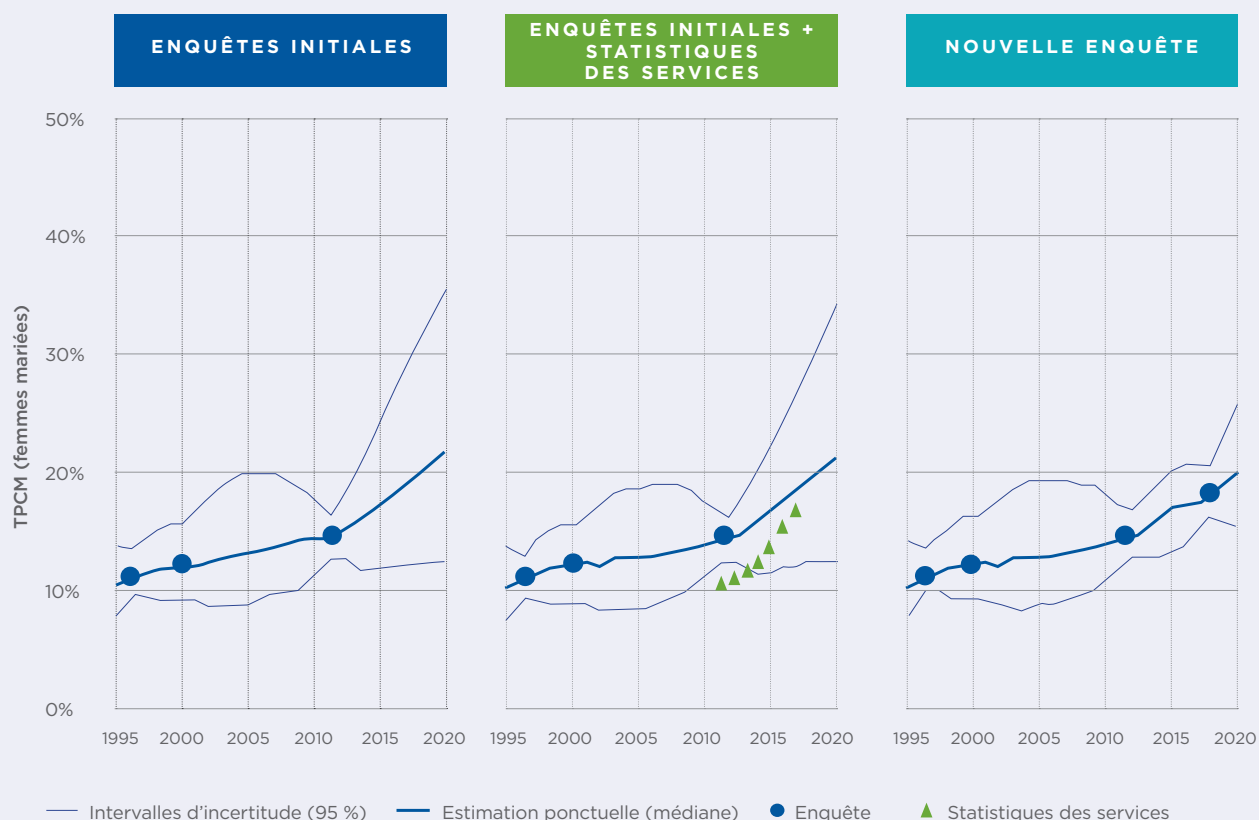
Le premier graphique présente un pays qui n'a pas réalisé d'enquête récemment. La dernière enquête date de 2012. Pour estimer le taux de prévalence contraceptive moderne en 2019, il convient donc d'utiliser l'outil FPET afin d'effectuer une prévision des six années suivant

la dernière enquête. L'intervalle s'élargit chaque année qui suit l'enquête. Le deuxième graphique illustre l'ajout des statistiques des services du pays après la dernière enquête afin d'éclairer la prévision du FPET. Dans cet exemple, l'intervalle est plus réduit en raison des données supplémentaires ajoutées au FPET pour calculer l'estimation. Dans le dernier exemple, une nouvelle enquête a été menée et son ajout dans le FPET a réduit davantage l'intervalle d'incertitude concernant l'estimation du taux de prévalence contraceptive moderne de l'année en cours.

D'autres partenaires de santé mondiaux auteurs d'estimations nationales des indicateurs de santé, comme les nouvelles infections à VIH (ONUSIDA) et les taux de mortalité maternelle (OMS), communiquent leurs intervalles d'incertitude quant à ces estimations. Le Groupe Suivi de la performance et résultats de FP2020 a exhorté FP2020 et les partenaires du secteur de la planification familiale à progresser dans la communication des intervalles d'incertitude relatifs aux estimations. Au cours des prochains mois, ils réuniront d'autres ressources afin d'indiquer les marges de certains indicateurs.

### FIGURE 7 INTERVALLES D'INCERTITUDE RELATIFS AUX ESTIMATIONS DU TPCM

Ce graphique présente les intervalles relatifs aux estimations modélisées du taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM). Le premier graphique illustre les estimations et les intervalles d'après trois enquêtes, le deuxième illustre les estimations et les intervalles après l'intégration des statistiques des services et le troisième illustre les estimations et les intervalles après l'intégration d'une nouvelle enquête.



# CHOIX DE LA MÉTHODE DE CONTRACEPTION

*Si aucun indicateur ne peut entièrement évaluer dans quelle mesure un choix est totalement libre, volontaire et éclairé, FP2020 suit chaque année plusieurs indicateurs liés aux principes inhérents au choix de la méthode.*

Pour étendre l'utilisation des contraceptifs dans les 69 pays cibles FP2020, il est essentiel de veiller à ce que les femmes et les jeunes filles aient la possibilité de choisir leur méthode de contraception de manière totalement libre et éclairée.

Un grand nombre de facteurs déterminent l'orientation du choix vers une méthode de contraception en particulier, notamment une précédente expérience de la contraception, la connaissance des différentes méthodes mais aussi la prise en compte de leurs coût, efficacité et effets secondaires. Durant leur vie reproductive, la sexualité et les intentions de fertilité à court et à long termes des femmes et des jeunes filles influencent également leurs décisions en matière de contraception. La pression exercée par le partenaire et la famille, ainsi que les normes sociales et les interdictions religieuses relatives à certaines méthodes ou à l'utilisation de contraceptifs de manière générale, peuvent influencer le processus permettant de décider quelles méthodes, le cas échéant, sont acceptables. La capacité d'obtenir la méthode choisie peut aussi être limitée par les ruptures de stock dans les établissements accessibles, les préférences du prestataire, des informations limitées sur la gamme complète des méthodes de contraception au sein des établissements, le manque de prestataires formés ou les politiques locales et nationales en matière de planification familiale.

L'accès à des informations complètes et à une vaste gamme de méthodes contraceptives est un élément fondamental des **Principes FP2020 relatifs aux droits et à l'autonomisation de la planification familiale**. Si aucun indicateur ne peut entièrement évaluer dans quelle mesure un choix est totalement libre, volontaire et éclairé, FP2020 suit chaque année plusieurs indicateurs liés à ces principes inhérents au choix de la méthode. Ces indicateurs mesurent différents aspects de la planification familiale fondée sur les droits et offrent un aperçu des difficultés rencontrées par les femmes, les jeunes filles et les couples au moment de choisir une méthode de contraception.

➔ **Le rapport numérique présente l'infographie des Principes FP2020 relatifs aux droits et à l'autonomisation, qui identifie les indicateurs de base associés à chaque principe.**

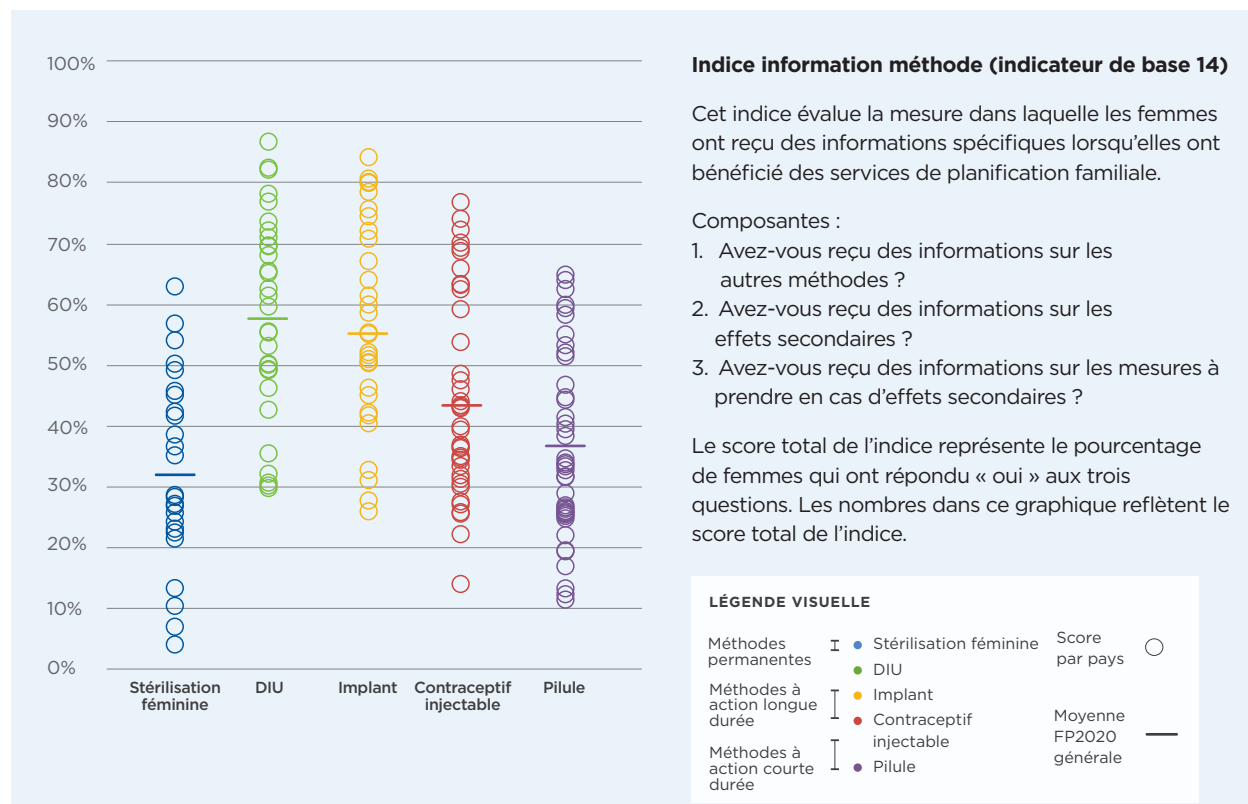
## PRINCIPE RELATIF AUX DROITS ET À L'AUTONOMISATION : CHOIX ÉCLAIRÉ

Afin de garantir que les femmes, les jeunes filles et les couples puissent déterminer la méthode de contraception la mieux adaptée à leurs besoins, les prestataires de soins doivent fournir des informations appropriées sur la gamme complète des possibilités de contraception et les conseils correspondants. **L'indicateur de base 14**, à savoir l'indice information méthode, évalue la mesure dans laquelle les femmes ont reçu des informations spécifiques lorsqu'elles ont commencé à utiliser leur méthode actuelle et été informées des effets secondaires et des autres méthodes disponibles. Lorsque vous avez démarré votre méthode de contraception actuelle 1) Avez-vous reçu des informations sur les autres méthodes ? 2) Avez-vous reçu des informations sur les effets secondaires de la méthode ? 3) Avez-vous reçu des informations sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires de la méthode ?

Dans les 40 pays cibles FP2020 ayant fourni des données depuis 2012, le score de l'indice information méthode le plus élevé se situait au Sénégal, où 73 % des utilisatrices actuelles avaient répondu « oui » aux trois questions. À l'inverse, le score de l'indice information méthode le plus faible se situait au Pakistan, où, selon l'EDS de 2017, seulement 16 % des utilisatrices actuelles avaient obtenu des informations sur les autres méthodes, les effets secondaires et les mesures à prendre en cas d'effets secondaires. Ce constat indique clairement le besoin d'améliorer la qualité des conseils en matière de contraception. En ce qui concerne les composantes de l'indice information méthode, en moyenne, la composante

## FIGURE 8 SCORE DE L'INDICE INFORMATION MÉTHODE PAR MÉTHODE

Ce graphique présente le score de l'Indice information méthode des pays FP2020, par méthode, ainsi que la moyenne générale de tous les pays FP2020 ayant fourni des données.



dont le score est le plus élevé est le pourcentage de femmes ayant reçu des informations sur les autres méthodes (64 %, moyenne non pondérée entre les pays). Viennent ensuite les pourcentages de femmes ayant été informées des effets secondaires (57 %) ou comment les gérer (52 %).

En moyenne, les utilisatrices d'implants et de DIU présentent les scores les plus élevés (55 % et 58 % respectivement), tandis que les femmes ayant opté pour la stérilisation féminine ont le score le plus faible (32 %). Il est important de comprendre le contexte pour interpréter ces scores. Selon la date et le lieu d'accès des femmes à ces services, leur expérience peut être conditionnée par différents types de prestataires, une qualité variable de formation du prestataire et une évolution des normes de soins en matière de conseils. De plus, les expériences passées des femmes concernant la contraception, ainsi que leur relation actuelle avec un prestataire de soins, peuvent influencer la pertinence de toutes les composantes de l'indice information méthode dans le cadre de la fourniture de leur méthode actuelle. L'indice information méthode moyen de 43 % (dans une fourchette allant de 16 à 73 %) dans les 40 pays indique que la marge d'amélioration en matière de conseil et de qualité des soins est encore importante. L'amélioration de la qualité des soins proposés

aux femmes et aux jeunes filles, y compris les informations adéquates et appropriées, augmente la possibilité d'une utilisation continue des contraceptifs.<sup>26</sup>

## PRINCIPE RELATIF AUX DROITS ET À L'AUTONOMISATION : DISPONIBILITÉ

Les établissements de santé, les prestataires formés et les méthodes de contraception doivent être disponibles et accessibles afin de garantir un choix complet. Les obstacles tels que le coût, la distance, la formation limitée des prestataires et les ruptures de stock peuvent limiter la capacité des femmes à accéder aux services pour répondre à leurs besoins de planification familiale et choisir parmi un vaste éventail de méthodes. Les **indicateurs de base 10** (ruptures de stock) et **11** (méthodes disponibles) reflètent la disponibilité des méthodes individuelles et la gamme de méthodes disponibles dans un établissement à un moment donné (au jour de l'enquête), montrant ce qui fait obstacle du côté de l'offre à la capacité des femmes à accéder à la contraception. Les ruptures de stock font référence à la non-disponibilité temporaire des produits contraceptifs (ou des approvisionnements et, dans le cas de la stérilisation,

<sup>26</sup> Chakraborty, Nirali M. et Karen Chang, Benjamin Bellows, Karen A. Grepin, Waqas Hameed, Amanda Kalamar, Xaher Gul, Lynn Atuyambe, Dominic Montagu. « Association Between the Quality of Contraceptive Counseling and Method Continuation: Findings from a Prospective Cohort Study in Social Franchise Clinics in Pakistan and Uganda. » Global Health: Science and Practice Mar 2019, GHSP-D-18-00407; DOI: 10.9745/GHSP-D-18-00407.

du personnel qualifié) dans un établissement de santé proposant la méthode ou le service en question. La disponibilité des méthodes mesure le nombre de méthodes disponibles pour les femmes et les jeunes filles dans les établissements de soins primaires et secondaires/tertiaires.

Les ruptures de stock ont pour effet de restreindre le choix ; lorsqu'une femme arrive dans un établissement pour avoir accès aux services de planification familiale, ses possibilités se limitent aux méthodes en stock ce jour-là, plutôt qu'à toutes les méthodes que pourrait lui fournir l'établissement. Ainsi, femmes et jeunes filles peuvent en arriver à abandonner leur méthode et à en choisir une qui n'est pas aussi bien adaptée à leurs besoins et préférences, ou simplement à repartir sans aucun contraceptif. Assurer la disponibilité d'un certain nombre de méthodes à différents niveaux du système de santé permet de garantir aux personnes et aux couples la possibilité de choisir une méthode de contraception parmi un éventail d'options.

Parmi les 23 pays ayant communiqué des données sur les ruptures de stock par méthode cette année, le niveau des ruptures de stock variait grandement : au Burkina Faso, le jour de l'enquête, aucune rupture de stock supérieure à 10 % n'était enregistrée, alors qu'au Cameroun, plus de 50 % des établissements étaient en rupture de stock pour les 9 méthodes évaluées.<sup>27</sup> Les ruptures de stock peuvent être particulièrement problématiques pour les méthodes les plus populaires ou les plus souvent utilisées, notamment celles à action courte durée qui nécessitent des consultations fréquentes afin de garantir une protection contre une grossesse non désirée. En Sierra Leone, par exemple, 13 % des femmes mariées (soit la moitié des utilisatrices de méthodes modernes de contraception) ont recours aux contraceptifs injectables. Cependant, 40 % des établissements étaient en rupture de stock de contraceptifs injectables le jour de l'enquête en 2018, ce qui signifie que de nombreuses femmes venues ce jour-là pour des contraceptifs injectables n'ont pas eu accès à la méthode de leur choix. Les ruptures de stock des méthodes les plus utilisées allaient de niveaux très faibles (0 % des établissements en rupture de stock de contraceptifs injectables au Rwanda et 1 % des établissements en rupture de stock de pilules en RDP Lao) à des niveaux très élevés (80 % des établissements en rupture de stock de préservatifs au Cameroun). Dans l'ensemble, les ruptures de stock des méthodes les plus couramment utilisées sont relativement faibles, avec une médiane de 10 % des établissements en rupture de stock des méthodes les plus couramment utilisées dans 22 des 23 pays ayant fourni des données.<sup>28</sup> Ces données suggèrent que de nombreux pays parviennent à réaliser le suivi des produits clés dans les chaînes d'approvisionnement pour offrir les méthodes les plus fréquemment utilisées et plébiscitées. Cependant, elles indiquent également que la disponibilité des stocks guide le choix de la méthode.

La disponibilité des méthodes était relativement élevée dans les pays FP2020 ayant fourni des données pour

2018, avec une médiane de 89 % des établissements de soins primaires offrant plus de trois méthodes et 88 % des établissements de soins secondaires/tertiaires offrant plus de cinq méthodes le jour de l'enquête. Au niveau primaire, seuls cinq des 25 pays comptaient moins de 50 % d'établissements proposant plus de trois méthodes le jour de l'enquête : le Liberia, le Malawi, le Mali, la Mauritanie et le Timor oriental. Quatre pays, la Côte d'Ivoire, le Liberia, le Malawi et le Mali, comptaient moins de 50 % d'établissements de soins secondaires et tertiaires proposant plus de cinq méthodes le jour de l'enquête.<sup>29</sup> À l'inverse, 12 pays comptaient plus de 90 % d'établissements de soins primaires proposant plus de trois méthodes et 10 pays comptaient plus de 90 % d'établissements de soins secondaires et tertiaires proposant plus de cinq méthodes. Ces données n'indiquent pas la disponibilité des méthodes spécifiques ou les types de méthodes (à action courte durée, à action longue durée ou permanentes), mais elles suggèrent que dans certains pays, la capacité des femmes à choisir parmi un vaste éventail de contraceptifs peut être limitée à certains niveaux du système de santé.

## PRINCIPE RELATIF AUX DROITS ET À L'AUTONOMISATION : POUVOIR ET AUTONOMIE

Les femmes et les jeunes filles doivent être libres de décider de leur santé reproductive et de demander des services de contraception sans risque de discrimination, coercition ou violence. Si toutes les femmes et les jeunes filles ne sont pas libres de décider de leur contraception, dans les 41 pays FP2020 ayant fourni des données, en moyenne 90 % des utilisatrices de méthodes modernes de contraception mariées indiquent qu'elles ont décidé d'avoir recours à la planification familiale seules ou en concertation avec leur mari ou compagnon (par rapport à la décision prise principalement par leur mari ou compagnon). **L'indicateur de base 16** montre que la participation des femmes dans la prise de décision concernant la contraception, parmi les utilisatrices de contraceptifs, est élevée, allant de 71 % des femmes utilisant une méthode dans les Comores à 98 % en Égypte, au Myanmar et au Rwanda.

Néanmoins, cet indicateur dresse un panorama incomplet de l'autonomisation et de la prise de décision volontaire. Étant donné que ses scores sont élevés et varient très peu selon les pays, les années ou les caractéristiques des répondants, cet indicateur est susceptible de ne pas refléter une grande partie des difficultés auxquelles les femmes font face à l'heure de décider d'utiliser des contraceptifs et de choisir une méthode. En outre, l'indicateur 16 ne mesure que le pouvoir de prise de décision des femmes utilisant actuellement une méthode et ne donne aucune information sur les expériences des femmes n'utilisant pas de méthodes ou sur la façon dont cette décision a été prise.

<sup>27</sup> Les méthodes évaluées pour les ruptures de stock étaient les suivantes : la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, le DIU, l'implant, les contraceptifs injectables, la pilule, le préservatif masculin, le préservatif féminin et la contraception d'urgence.

<sup>28</sup> Les ruptures de stock des méthodes les plus utilisées n'ont pas pu être évaluées en Guinée étant donné que la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA) est la méthode la plus courante.

<sup>29</sup> Il convient de remarquer que cet indicateur n'a pas pu être calculé pour la Mauritanie, mais seuls 8 % des établissements de soins secondaires et 0 % des établissements de soins tertiaires ont indiqué avoir au moins 5 méthodes disponibles. Nous pouvons donc supposer qu'ils pourraient être inclus dans ce groupe.

Suite aux mises à jour du questionnaire de l'EDS, les données sur la prise de décision concernant la contraception, parmi les non-utilisatrices mariées, sont désormais disponibles pour la plupart des EDS menées après 2015, y compris 14 enquêtes réalisées dans les pays cibles FP2020. En moyenne dans ces pays, 91 % des femmes mariées qui utilisent une contraception et 86 % des femmes mariées qui n'en utilisent pas mais sont exposées à un risque de grossesse<sup>30</sup> indiquent qu'elles ont pris la décision seule ou en concertation avec leur mari ou compagnon d'utiliser ou de ne pas utiliser une méthode de contraception. La plus forte disparité a été observée au Pakistan, où 94 % des utilisatrices de contraceptifs ont pris cette décision seules ou en concertation avec leur mari ou compagnon, par rapport à 76 % des non-utilisatrices. En revanche, au Népal, la proportion des femmes ayant pris cette décision seules ou en concertation avec leur mari ou compagnon était très similaire entre utilisatrices et non-utilisatrices (87 % et 85 % respectivement). Ces nouvelles données ont fourni quelques indications sur l'autonomie des femmes dans la décision de ne pas utiliser de contraception. En moyenne, la proportion de femmes impliquées dans la décision d'utiliser une contraception est légèrement supérieure à celle des femmes impliquées dans la décision de ne pas en utiliser. Cependant, les niveaux d'implication dans ces deux décisions sont assez élevés dans tous les pays ayant fourni des données (> 75 %).

Toujours du point de vue de l'autonomie et du choix dans la prise de décision concernant la contraception, le fait que 4 % à 24 % des femmes de ces pays indiquent que les décisions sont principalement prises par leur mari ou une « autre personne » (catégorie de réponse « autre » à la question de savoir qui prend généralement la décision d'utiliser ou de ne pas utiliser de contraceptifs) est potentiellement préoccupant. D'un point de vue axé sur les droits, les femmes et les jeunes filles devraient toujours être libres de prendre des décisions sur leur santé reproductive sans coercition ni pression de la part de leur partenaire ou d'autrui. D'un point de vue axé sur les mesures, l'absence de clarté concernant la catégorie de réponse « autre » à cette question dans le questionnaire de l'EDS pose des problèmes d'interprétation, étant donné que les répondants peuvent utiliser la catégorie « autre » pour décrire d'autres personnes de leur vie qui participent à la décision commune ou d'autres personnes qui prennent la décision pour elles.

## ARRÊT DES CONTRACEPTIFS ET PASSAGE À UNE AUTRE MÉTHODE

Le droit à un choix libre et éclairé va de pair avec la capacité à passer à une autre méthode de contraception qui répond mieux aux besoins de la personne ou à choisir d'arrêter d'utiliser des contraceptifs.

À mesure que les femmes avancent dans leur vie reproductive, on peut s'attendre à un arrêt des contraceptifs à certains moments où elles n'en auront plus besoin : lors des essais pour tomber enceinte, pendant les périodes où les rapports sexuels sont peu fréquents ou lorsque le mari est absent, après une séparation ou lorsqu'une femme sait

qu'elle n'est pas féconde ou qu'elle est ménopausée. Mais l'arrêt de la méthode et le passage à une autre méthode peuvent également mettre en évidence des obstacles à un choix libre et éclairé, en particulier lorsque les femmes arrêtent alors qu'elles ont besoin de contraception. Des inquiétudes sur la santé ou des effets secondaires, les inconvénients de l'utilisation d'une méthode, le manque d'accès à une méthode et le refus du mari ne sont que quelques-unes des raisons données par les femmes qui arrêtent un contraceptif.

**L'indicateur de base 18a**, arrêt des contraceptifs, et **l'indicateur de base 18b**, passage à une autre méthode de contraception, peuvent aider à mettre en contexte le taux de prévalence contraceptive moderne et le nombre total d'utilisatrices de contraceptifs en illustrant les fluctuations du nombre de femmes qui commencent ou arrêtent d'utiliser des contraceptifs, et en mettant l'accent sur l'effort nécessaire pour maintenir, voire augmenter, la prévalence contraceptive. Ces indicateurs peuvent également attirer l'attention sur l'évolution des besoins des femmes et les problèmes éventuels de disponibilité des méthodes susceptibles de limiter le choix. Dans les pays cibles FP2020 ayant fourni des données sur l'arrêt, les taux d'arrêt au cours de la première année les plus élevés sont généralement observés pour les méthodes à action courte durée, qui peuvent être interrompues de manière passive en arrêtant tout simplement de les utiliser. En moyenne, 36 % des épisodes d'utilisation de contraceptifs injectables, 41 % des épisodes d'utilisation de la pilule et 38 % des épisodes d'utilisation de préservatifs s'arrêtent au cours de la première année d'utilisation. Les taux d'arrêt sont nettement inférieurs pour les méthodes dont le retrait nécessite une consultation chez un prestataire ; 16 % des DIU et 11 % des implants sont arrêtés au cours de la première année.

Le plus important est d'observer les taux d'arrêt alors que les femmes ont besoin d'une méthode de contraception, qui indiquent les taux d'arrêt au cours de la première année pour d'autres raisons que le souhait de tomber enceinte ou que les raisons citées précédemment associées à l'absence de besoin. L'analyse des 33 pays présentant des données d'enquête depuis 2012 montre que les taux d'arrêt moyens des méthodes à action courte durée, alors que les femmes ont besoin de contraception, sont aux de l'ordre de 20 %, ce qui signifie que 1/5e des épisodes d'utilisation de ces méthodes ont été arrêtés dans les 12 mois, même si la femme avait encore potentiellement besoin d'une contraception. Ces taux pourraient refléter un arrêt passif de la part des femmes, mais aussi révéler les difficultés que rencontrent les femmes pour accéder aux méthodes de contraception qui doivent être réapprovisionnées ou leur insatisfaction à l'égard de ces méthodes ou des effets secondaires, entre autres raisons possibles. Les taux d'arrêt des contraceptifs réversibles à action longue durée alors que les femmes ont un besoin de contraception sont généralement inférieurs, avec une moyenne de 11 % pour les DIU et de 8 % pour les implants au cours de la première année d'utilisation. Cela peut indiquer une plus grande satisfaction ou de meilleurs conseils associés à ces méthodes, mais pourrait également mettre en avant l'accès limité au retrait des implants et DIU.

<sup>30</sup> L'analyse était limitée aux femmes mariées qui n'utilisaient pas de contraceptifs, n'étaient pas enceintes ou en aménorrhée du post-partum et qui n'étaient pas considérées comme infertiles, selon un classement par catégories standard pour les besoins non satisfaits. Le but était de se concentrer sur les femmes pour lesquelles ne pas utiliser de contraception était une décision éclairée.

Les taux de passage à une autre méthode<sup>31</sup> apportent des informations supplémentaires sur la dynamique de la contraception. Une femme peut décider d'arrêter une méthode en faveur d'une autre qu'elle préfère ou bien elle peut passer d'une méthode à action courte durée moins efficace à une méthode à action longue durée plus efficace qui offre une meilleure protection contre les grossesses non désirées. Dans ce cas, le passage à une autre méthode reflète le droit d'une femme à choisir la meilleure option parmi les méthodes disponibles. Des taux de passage à une autre méthode très faibles peuvent suggérer que les femmes sont plus satisfaites de la méthode donnée. Toutefois, ils peuvent également indiquer que les femmes

ne peuvent pas agir selon leurs préférences pour changer de méthodes ou que la disponibilité des méthodes est limitée. Dans l'ensemble, les taux de passage à une autre méthode sont assez faibles, avec moins de 10 % des utilisatrices d'une méthode passant à une autre méthode au cours de la première année d'utilisation. Les taux de passage les plus faibles sont observés chez les utilisatrices de contraceptifs réversibles à action longue durée : une moyenne de 4 % pour les DIU et de seulement 3 % pour les implants au cours de la première année. Ce fait pourrait également être associé à la nécessité de consulter un prestataire pour le retrait de ces méthodes.

## ANALYSE APPROFONDIE ET AMÉLIORATIONS DES INDICATEURS D'ARRÊT

FP2020 a ajouté des indicateurs relatifs à l'arrêt des contraceptifs et au passage à une autre méthode pour la première fois en 2017. Depuis l'adoption de ces nouveaux indicateurs de base, le Groupe Suivi de la performance et résultats de FP2020 a poursuivi les discussions sur la façon d'améliorer l'interprétation de ces mesures compliquées. L'année dernière, le groupe a commencé à se pencher sur le passage à une autre méthode et a remarqué que la définition de FP2020 de l'arrêt alors qu'il existe un besoin de contraception inclut des épisodes de contraception qui se terminent par un passage à une autre méthode dans un délai d'un mois. Cette définition est cohérente avec la façon dont l'enquête démographique et de santé traite le passage à une autre méthode et signifie bien qu'une partie de l'arrêt signalé alors qu'il existe un besoin de contraception correspond au passage à une autre méthode de contraception. Le graphique ci-dessous illustre les taux d'arrêt dans les 12 mois pour les contraceptifs injectables dans quatre pays. Par ailleurs, il présente la partie de l'arrêt

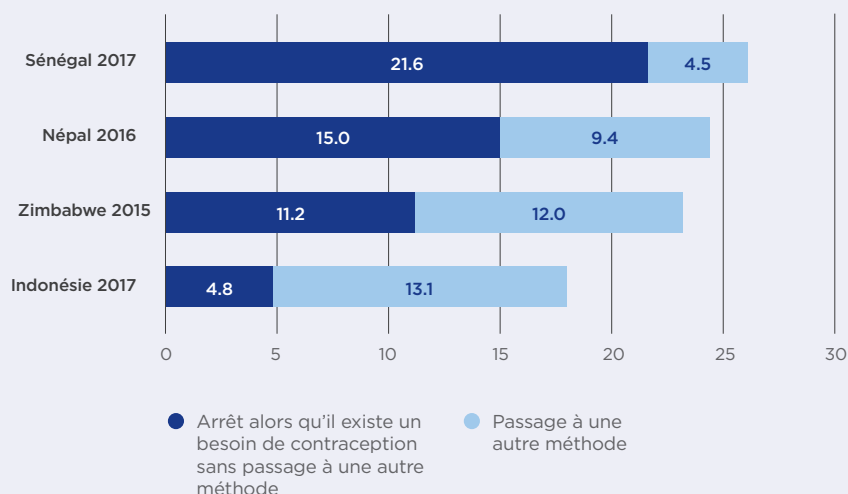
alors qu'il existe un besoin de contraception qui constitue le passage à une autre méthode.

Conformément à la recommandation du Groupe Suivi de la performance et résultats, FP2020 prévoit d'apporter d'autres modifications au cours des prochaines années afin de pouvoir mieux interpréter, exploiter et comparer les données relatives à l'arrêt de la contraception au fil du temps. Ces modifications incluront la séparation entre le passage à une autre méthode et l'arrêt alors qu'il existe un besoin de contraception, ainsi qu'une modification de la façon dont les taux d'arrêt sont calculés pour s'assurer qu'ils sont comparables au fil du temps et entre les pays. De plus, FP2020 procédera à une analyse spéciale de l'arrêt de la contraception et du passage à une autre méthode afin de mieux examiner, expliquer et illustrer la dynamique contraceptive.

### FIGURE 9 TAUX D'ARRÊT ET DE PASSAGE À UNE AUTRE MÉTHODE POUR LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

Ce graphique sépare le taux d'arrêt dans les 12 mois alors qu'il existe un besoin de contraception pour les contraceptifs injectables en deux parties : le taux d'arrêt alors qu'il existe un besoin de contraception qui se termine par un passage à une autre méthode, en bleu clair, et le taux d'arrêt qui se termine par un abandon de la contraception, en bleu foncé.

**Remarque :** les données sont issues de l'EDS la plus récente.



<sup>31</sup> On considère qu'une femme est passée à une autre méthode si a) elle arrête d'utiliser une méthode et en commence immédiatement une autre différente ou b) elle arrête d'utiliser une méthode parce qu'elle « souhaite une méthode plus efficace » et commence à utiliser une méthode différente dans le mois. En dehors de ces deux scénarios, on considère qu'elle a arrêté d'utiliser des contraceptifs.



## MÉTHODES MODERNES DE CONTRACEPTION UTILISÉES

L'ensemble des méthodes modernes de contraception utilisées répartit les utilisatrices selon la méthode la plus efficace qu'elles utilisent, d'après les données d'enquête les plus récentes disponibles. **L'indicateur de base 9** reflète l'effet cumulatif de tous les facteurs impliqués dans le choix d'une méthode de contraception de chaque femme. Il s'agit notamment de facteurs favorables, comme la disponibilité de la méthode et la réception d'informations complètes sur les méthodes de contraception et leurs effets secondaires, et de facteurs contraignants, tels que les ruptures de stock et les autres obstacles au choix.

Bien qu'il n'existe pas de « bonne » méthode utilisée ou de méthode « idéale », on convient généralement qu'il est essentiel de donner accès à une large gamme de méthodes afin de répondre aux besoins variés et changeants des femmes et des jeunes filles, y compris les méthodes à action courte durée, les contraceptifs réversibles à action longue durée et les méthodes permanentes.<sup>32</sup> Selon l'indicateur de base 9, plus d'un tiers (26 pays) des pays cibles FP2020 utilisent 5 méthodes modernes ou plus,<sup>33</sup> soit au moins une méthode permanente, un contraceptif réversible à action longue durée et une méthode à action courte durée. Dans 11 des 69 pays cibles FP2020, les deux types contraceptifs réversibles à action longue durée (DIU et implants) sont utilisés par plus de 5 % des utilisatrices de contraceptifs modernes, ce qui suggère pour ces méthodes un certain niveau de disponibilité et de choix. Le fait d'étendre la gamme de méthodes disponibles augmente la probabilité pour les femmes et les jeunes filles de choisir une méthode répondant à leurs besoins au fur et à mesure des différentes phases du cycle de vie reproductive, y compris les méthodes réversibles afin de retarder ou d'espacer les grossesses et les méthodes permanentes lorsque la femme ne souhaite plus avoir d'enfants.

Les méthodes modernes de contraception utilisées varient considérablement dans les pays cibles FP2020, en fonction des préférences des femmes mais aussi des divers contextes dans lesquels elles vivent, et notamment en fonction de la disponibilité locale et des préjugés des prestataires. L'une des façons d'étudier cette variation consiste à examiner la méthode la plus couramment utilisée. Sept méthodes modernes de contraception<sup>34</sup> apparaissent comme étant les plus utilisées dans au moins un pays FP2020, avec des tendances régionales distinctes. Les contraceptifs injectables continuent d'être la méthode la plus couramment utilisée dans le plus grand nombre de pays (25 des 69 pays), y compris dans les pays de presque toutes les régions. De même, les 16 pays où la pilule est la méthode la plus utilisée sont répartis dans toutes les régions. À l'inverse, les DIU et les implants semblent être plus concentrés à l'échelle régionale. Le DIU est la méthode

la plus courante dans huit pays, tous situés en Asie ou au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, tandis que les implants sont plus utilisés dans quatre pays, tous situés en Afrique de l'Ouest (Ghana, Gambie, Bénin et Burkina Faso).

Dans 11 pays, la méthode la plus courante est utilisée par plus de 60 % des utilisatrices de contraceptifs modernes, indiquant un penchant significatif pour cette méthode. On constate un penchant significatif pour la pilule en Soudan (78 %), en Somalie (73 %) et en Mauritanie (67 %). Au Liberia, à Madagascar et en Éthiopie, un peu plus de 60 % des utilisatrices de méthodes modernes de contraception optent pour les contraceptifs injectables. En Inde, la stérilisation féminine est la méthode la plus fréquemment utilisée, et représente 75 % de l'utilisation de contraceptifs modernes. Le penchant pour une méthode peut indiquer des préférences individuelles, mais aussi des normes socio-culturelles qui promeuvent ou dissuadent l'utilisation de certaines méthodes. Le fait de tendre ainsi vers une méthode particulière peut également dépendre en grande partie du système de soins de santé, de la disponibilité des contraceptifs, et de la manière et du lieu où les femmes obtiennent leurs contraceptifs. Du fait de la capacité limitée des infrastructures de santé ou de la pénurie de professionnels de la santé, les femmes pourraient être amenées à se fournir auprès des commerces et des pharmacies, dont l'offre est généralement limitée aux pilules et aux préservatifs. Cependant, la mise en œuvre de la répartition des tâches dans le secteur public pourrait considérablement élargir l'accès et augmenter le recours à des méthodes comme les implants et les contraceptifs injectables.

Une analyse de 39 pays cibles FP2020 reposant sur de nouvelles enquêtes menées depuis 2014<sup>35</sup> révèle une réelle évolution des tendances dans le choix des méthodes. Dans 32 des 39 pays, les implants représentent une part considérablement plus grande des méthodes modernes utilisées. La part des contraceptifs injectables a également augmenté, mais dans moins de pays (13 pays). Dans plus de 20 pays, la part de la pilule dans la gamme des méthodes modernes de contraception a reculé, au profit des implants, des contraceptifs injectables, ou des deux, ce qui indique un changement vers des méthodes plus efficaces. Seuls quelques pays<sup>36</sup> ont constaté un changement dans l'utilisation de la méthode la plus courante. En général, ces changements traduisent l'adoption de méthodes plus efficaces. Au Bénin, les implants sont passés devant les contraceptifs injectables pour devenir la méthode la plus utilisée. En effet, les femmes se sont détournées des pharmacies privées au profit du secteur public en ce qui concerne les services de planification familiale. Au Nigeria et en Sierra Leone, les contraceptifs injectables sont devenus la méthode la plus utilisée, supplantant les méthodes à action courte durée moins efficaces.

<sup>32</sup> « Method Mix. » Family Planning and Reproductive Health Indicators Database, MEASURE Evaluation, [www.measureevaluation.org/prh/rh\\_indicators/family-planning/method-choice/method-mix](http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/family-planning/method-choice/method-mix).

<sup>33</sup> On entend par « méthodes utilisées » les méthodes représentant plus de 5 % de l'utilisation moderne (employées par plus de 5 % des utilisatrices). Elles incluent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, le DIU, l'implant, les contraceptifs injectables, la pilule, le préservatif masculin, le préservatif féminin, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA), le diaphragme, les spermicides sous forme de gel ou de mousse, la méthode des jours fixes et la contraception d'urgence. Il convient de noter qu'aucun pays ne compte plus de 5 % d'utilisatrices du préservatif féminin, du diaphragme, des spermicides sous forme de gel ou de mousse, de la méthode des jours fixes ou de la contraception d'urgence. Le critère « autres méthodes modernes » a été exclu, car il représente un ensemble de méthodes individuelles.

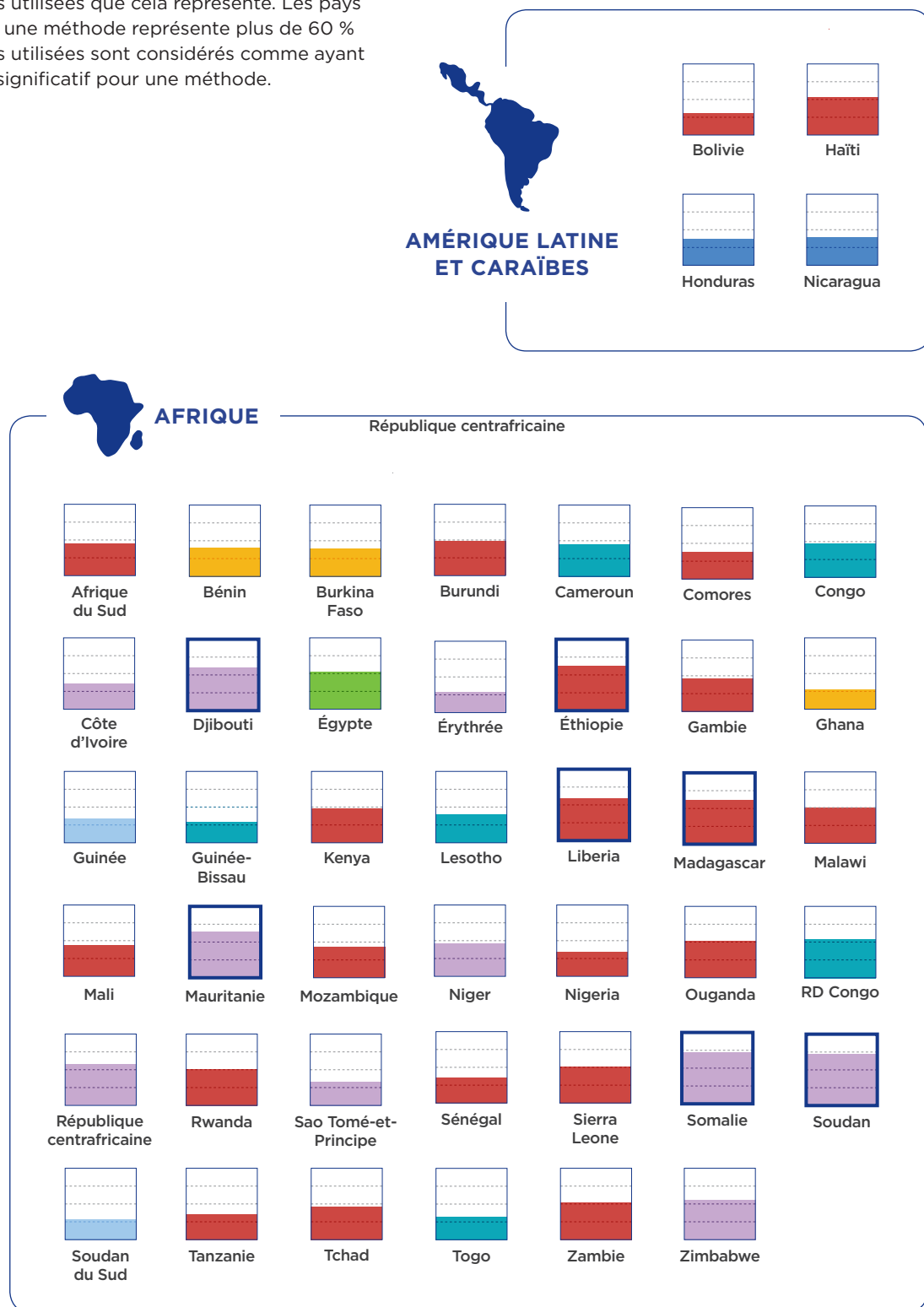
<sup>34</sup> La stérilisation féminine, le DIU, l'implant, les contraceptifs injectables, la pilule, le préservatif et la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA) sont les méthodes les plus utilisées dans au moins un pays.

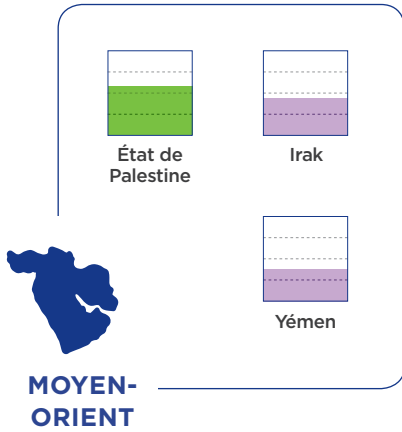
<sup>35</sup> L'analyse a porté sur des pays ayant fait l'objet d'une enquête après 2014 et d'une enquête du même type avant 2013 (pas plus de 10 ans d'écart) afin d'observer les changements qui ont eu lieu durant l'initiative ; 2014 a été définie comme année de référence depuis le lancement de l'initiative mi-2012.

<sup>36</sup> Bénin, Nigeria, Sierra Leone, Lesotho et Guinée.

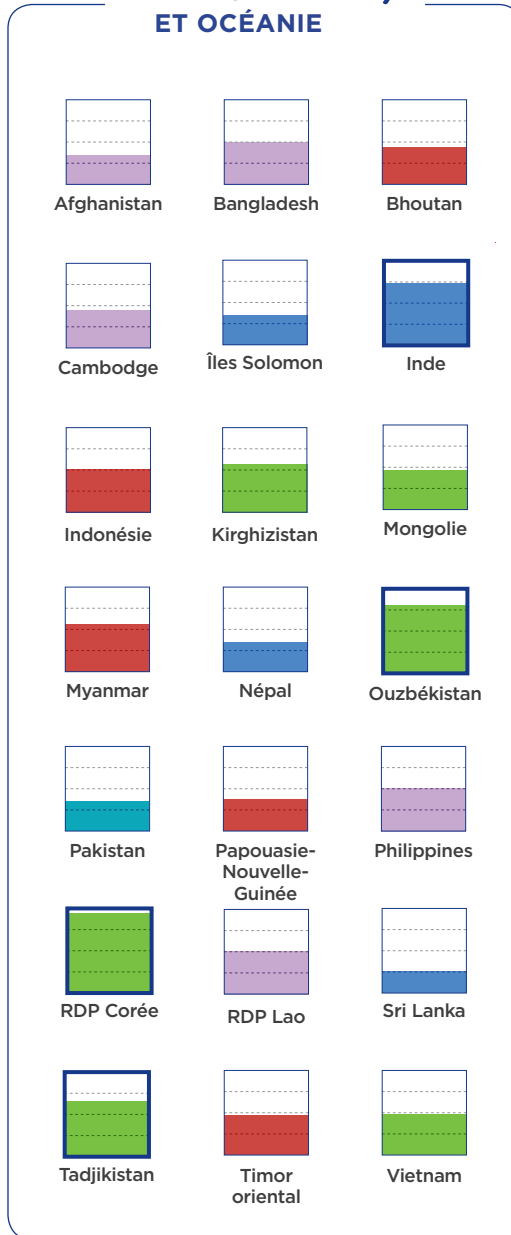
## FIGURE 10 MÉTHODE LA PLUS COURANTE

Cette carte présente la méthode moderne la plus souvent utilisée dans chaque pays et le pourcentage des méthodes utilisées que cela représente. Les pays dans lesquels une méthode représente plus de 60 % des méthodes utilisées sont considérés comme ayant un penchant significatif pour une méthode.

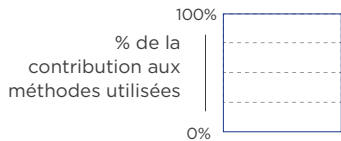




**ASIE ET OCÉANIE**



**LÉGENDE VISUELLE**



- Méthodes permanentes
  - Stérilisation féminine
- Méthodes à action longue durée
  - DIU
  - Implant
  - Contraceptifs injectables
- Méthodes à action courte durée
  - Pilule
  - Préservatif (masculin)
  - MAMA

Penchant pour une méthode représentant plus de 60 % des méthodes utilisées

Ces évolutions observées vers des méthodes plus efficaces contribuent à augmenter l'efficacité moyenne<sup>37</sup> de la gamme de méthodes dans 26 des pays analysés. Les changements les plus importants ont été observés au Bénin, au Mali, en Côte d'Ivoire et en Guinée-Bissau, où la hausse de la prévalence des implants (ou la prévalence des contraceptifs injectables en Côte d'Ivoire) a permis d'améliorer l'efficacité moyenne de la gamme de méthodes, réduisant le risque d'échec de la méthode chez les utilisatrices de contraceptifs. Certains pays ont constaté des baisses d'efficacité des méthodes. Celles-ci semblent être dues en grande partie à l'abandon de la stérilisation face à l'élargissement du choix des méthodes disponibles, comme au Népal, en Inde et aux Philippines, mais aussi à l'expansion de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA), une méthode post-partum populaire, parmi les autres méthodes dans des pays comme le Tchad et la Guinée.

Les changements dans la gamme de méthodes indiquent où les modifications des programmes et les interventions réussissent à améliorer l'accès aux informations et la disponibilité d'une vaste gamme de méthodes. En revanche, l'absence de changement dans la gamme de méthodes ne doit pas nécessairement être interprété comme un manque de progrès. Il est possible que les préférences des femmes n'évoluent pas aussi rapidement que la disponibilité des méthodes, ou n'évoluent pas du tout. Pour mieux comprendre comment ces nombreux déterminants du choix d'une méthode de contraception se complètent, il est nécessaire de connaître le contexte et les dynamiques des pays.

## RÉSUMÉ

L'appréciation du choix libre, volontaire et éclairé d'une méthode contraceptive de la part des femmes et des jeunes filles dans les 69 pays cibles FP2020 est une entreprise complexe. Divers facteurs peuvent simultanément favoriser et entraver la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur santé reproductive et choisir la méthode la mieux adaptée à leurs besoins. Ces facteurs vont de la disponibilité des différentes méthodes à la fourniture d'informations complètes sur les méthodes disponibles, en passant par l'implication des partenaires ou des prestataires de santé dans la prise de décision.

Bien qu'aucune mesure ne permette de refléter pleinement le choix libre et éclairé d'un contraceptif, FP2020 s'emploie à améliorer la mesure des principaux éléments et des facteurs favorisant la planification familiale fondée sur les droits. Il est essentiel que ces efforts se poursuivent et se développent à mesure que la communauté commence à mieux comprendre les facteurs interdépendants qui interviennent dans le choix d'un contraceptif. Le processus de suivi de ces indicateurs attire l'attention sur les progrès réalisés, et sur l'absence de progrès, parmi les pays cibles FP2020. Il contribue également à assurer que les droits des femmes et des jeunes filles sont au cœur des programmes déployés dans le domaine de la planification familiale.

L'accent mis sur la planification familiale fondée sur les droits et la nécessité d'assurer une gamme complète de méthodes contraceptives sont également essentiels pour permettre aux pays d'atteindre leurs objectifs d'amélioration de la prévalence des contraceptifs. Une analyse globale a montré que l'augmentation du nombre de méthodes disponibles et l'élargissement de l'accès des femmes et des jeunes filles à une large gamme de méthodes pouvaient considérablement accroître l'utilisation des contraceptifs.<sup>38</sup> La réussite des programmes de planification familiale passe par le respect des droits et la satisfaction des besoins des femmes, des jeunes filles et des communautés desservies.

➔ **Le rapport numérique contient une discussion des Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé : santé sexuelle et reproductive et droits connexes de l'OMS 2019, avec des mises à jour sur l'auto-administration de contraceptifs injectables et la délivrance sans ordonnance de pilules contraceptives orales.**

<sup>37</sup> L'efficacité moyenne de la gamme de méthodes représente la moyenne pondérée de l'efficacité (le contraire du taux d'échec) des méthodes utilisées. Cette valeur, située entre 0 % et 100 %, indique le pourcentage d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception qui ne sont pas exposées à un risque de grossesse non désirée dû à l'échec de la méthode pour une année donnée.

<sup>38</sup> Ross, John, and John Stover. « Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009. » *Global Health: Science and Practice* Aug 2013, 1 (2) 203-212; DOI: 10.9745/GHSP-D-13-00010

## COMPRENDRE L'UTILISATION DES MÉTHODES TRADITIONNELLES

Alors que l'initiative de FP2020 se concentre davantage sur l'utilisation des méthodes modernes de contraception, l'examen des données de l'enquête indique qu'un grand nombre de femmes des pays cibles FP2020 ont encore recours à des méthodes traditionnelles (abstinence périodique et retrait) pour retarder ou éviter une grossesse. L'utilisation des méthodes traditionnelles est antérieure à l'introduction de la contraception moderne comme moyen d'espacer et de limiter les grossesses. Bien que les taux d'efficacité des méthodes modernes soient généralement supérieurs, certaines recherches indiquent que les méthodes traditionnelles peuvent être tout autant efficaces. Par exemple, l'efficacité du retrait est similaire à celle des préservatifs féminins, et permet d'éviter près de 80 % des grossesses au cours d'une année d'utilisation.<sup>39</sup> Ces dernières décennies, des progrès ont été réalisés concernant les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité qui s'accompagnent d'une abstinence périodique, y compris de nouvelles méthodes comme la méthode des jours fixes,<sup>40</sup> la méthode des deux jours et l'application Dynamic Optimal Timing (Dot) qui prédit le risque de grossesse pour chaque jour du cycle et signale les jours de fécondité les plus élevés. Toutes ces méthodes présentent des taux d'échec inférieurs à l'abstinence périodique tel qu'elle est typiquement utilisée.<sup>41</sup>

En 2019, selon les données de 52 pays FP2020, on dénombre 35 millions de femmes mariées<sup>42 43</sup> utilisant une méthode traditionnelle.<sup>44</sup> Près de la moitié indique avoir recours à l'abstinence périodique et l'autre moitié au retrait comme principale méthode. Dans 18 des 52 pays, la prévalence des méthodes traditionnelles<sup>45</sup> chez les femmes mariées est supérieure à 5 %, et elle dépasse 10 % dans sept pays (Cameroun, Cambodge, État de Palestine, Irak, Philippines, RD Congo et Vietnam). Le Vietnam enregistre la prévalence des méthodes traditionnelles la plus élevée, soit 19 %.

Si les méthodes traditionnelles sont répandues dans de nombreux pays, leur utilisation diminue constamment au fil du temps dans tous les pays FP2020, sauf au Népal et au Ghana. Au Népal, l'utilisation des méthodes traditionnelles a augmenté de plus de 3 points de pourcentage entre 2011 et 2016, tandis qu'au Ghana, la croissance était plus modeste avec 1,5 point de pourcentage. Au Népal, cette

augmentation était largement influencée par une hausse du recours au retrait, alors qu'au Ghana, elle était plutôt attribuée à une croissance de la pratique de l'abstinence périodique.

En général, les données des 52 pays concernés montrent que l'utilisation des méthodes traditionnelles a tendance à être plus courante chez les femmes des zones urbaines, dans le quintile de richesse le plus élevé et ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur. De plus, dans la plupart des pays, les utilisatrices de méthodes traditionnelles ont un âge moyen plus élevé que les utilisatrices des méthodes modernes de contraception. Il existe, néanmoins, des exceptions, comme la RD Congo, le Lesotho, le Mali, la Zambie, la République centrafricaine, la Mauritanie, le Cameroun, le Soudan du Sud et l'Inde, où l'utilisation des méthodes traditionnelles est plus courante chez les femmes dans les quintiles de richesse inférieurs.

Une pratique continue de ces méthodes indique qu'elles sont susceptibles de répondre aux besoins reproductifs de certaines femmes et de certains couples. Dans de nombreux pays, le profil des utilisatrices de méthodes traditionnelles (des femmes aisées, instruites et urbaines) pourrait indiquer que certaines femmes portent leur choix sur ces méthodes traditionnelles bien qu'elles aient accès aux méthodes modernes. Cependant, les données d'autres pays cités précédemment révèlent que certaines femmes confrontées aux obstacles à l'utilisation de méthodes modernes, notamment les jeunes femmes et les femmes des régions difficiles d'accès, pourraient avoir recours aux méthodes traditionnelles parce que celles-ci ne nécessitent pas d'interaction avec un prestataire de soins de santé.

L'utilisation continue des méthodes traditionnelles dans de nombreux pays indique le besoin de mieux comprendre les raisons de l'utilisation des méthodes traditionnelles par rapport aux méthodes modernes. À mesure que la lumière est faite sur ces raisons, les programmes de planification familiale peuvent déterminer si celles-ci représentent une opportunité de lever les obstacles aux méthodes modernes et/ou de soutenir davantage les intentions de fertilité et le choix de contraceptif des femmes, en accordant une attention particulière aux méthodes traditionnelles.

<sup>39</sup> Hatcher, Robert A., et Ward Rinehart, Richard Blackburn, Judith S. Geller, James D. Shelton, et al. *The Essentials of contraceptive technology: a handbook for clinic staff*. Baltimore: Population Information Program, Johns Hopkins University, School of Public Health, 1997. Quatrième édition, 2003. [apps.who.int/iris/handle/10665/42331](https://apps.who.int/iris/handle/10665/42331).

<sup>40</sup> La méthode des jours fixes est considérée comme une méthode moderne, bien qu'elle ne soit pas hormonale.

<sup>41</sup> Consultez les adresses <http://irh.org/standard-days-method/>, [www.twodaymethod.com/faq](http://www.twodaymethod.com/faq), et <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30880509>

<sup>42</sup> L'analyse a été limitée aux femmes mariées afin de pouvoir comparer les pays dont l'échantillon ne comptait pas de femmes non mariées.

<sup>43</sup> L'analyse incluait uniquement des enquêtes nationales à partir de 2012. Les Perspectives de la population mondiale de 2019 ont servi à calculer le nombre d'utilisatrices mariées de méthodes traditionnelles. La Division de la population des Nations Unies calcule également l'utilisation des contraceptifs au moyen d'une technique de modélisation bayésienne : [un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp\\_model.asp](http://un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp).

<sup>44</sup> L'expression « méthode traditionnelle » désigne le retrait et l'abstinence périodique.

<sup>45</sup> La prévalence des méthodes traditionnelles représente la proportion des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui ont recours au retrait ou à l'abstinence périodique comme principale méthode de planification familiale.

# REMERCIEMENTS

*FP2020 : Coup de projecteur sur les femmes 2018-2019* a été préparé avec l'inestimable assistance de nombreuses personnes et organisations qui se sont engagées à étendre l'accès à une planification familiale volontaire et basée sur les droits. Ce travail n'aurait pas été possible sans le soutien constant de notre groupe d'organisateur : la Fondation Bill & Melinda Gates, le Département pour le Développement International du gouvernement britannique, le Fonds pour la population des Nations Unies et l'Agence américaine pour le développement international. Nous souhaitons également remercier la Fondation des Nations Unies de nous avoir accueillis en son sein et de nous avoir offert tout son soutien.

Nous sommes plus que jamais redevables envers Emily Sonneveldt et toute l'équipe Track20 pour leur analyse et leur opinion essentielle. Les conseils experts des membres du Groupe de travail Suivi de la performance et résultats sont essentiels pour les efforts de mesure FP2020, et nous les remercions pour leurs contributions généreuses à la création de ce rapport. The Kaiser Family Foundation, Countdown 2030 Europe, ainsi que John Stover et Rudolph Chandler d'Avenir Health ont également fourni des données et une analyse précieuses sur le financement de la planification familiale.

Nous sommes profondément reconnaissants envers les personnes qui ont aimablement accepté d'être interrogées dans le cadre de ce rapport : Alvaro Bermejo et Alice Ackermann de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) ; Bless-me Ajani de l'Initiative nigériane de santé reproductive urbaine (NURHI) ; Rose Aya Charles du programme Y-Peer au Soudan du Sud ; Ram Chandra Gaihr de l'Association népalaise des jeunes aveugles (BYAN) ; Ninabina Davie Kitururu de la Coalition de Tanzanie pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents (TAYARH) ; Amos Mwale du Centre pour l'éducation et la santé reproductive (CRHE) ; Inne Silviene de Yayasan Cipta Cara Padu (YCCP) ; Manasa Priya Vasudevan de The YP Foundation et Jacqueline Wambui du Réseau national pour l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH/sida au Kenya (NEPHAK). Nous tenons à remercier tout spécialement Dini Haryati de YCCP, Marek Pruszewicz de l'IPPF et Vishwo Ram Shrestha de BYAN pour leur aide dans l'organisation des entretiens.

*FP2020 : Coup de projecteur sur les femmes 2018-2019* a été rédigé par Suzanne Scoggins et Jason Bremner, avec des rubriques individuelles écrites par Emily Sonneveldt, Jessica Williamson et Shiza Farid de Track20, John Stover d'Avenir Health, et Martyn Smith de FP2020. Pour ce rapport, Courtney Calardo a assuré la gestion de projet et Sesi Aliu a supervisé le design des graphiques. Yacine Bai, Emma Chadband, Isha Datta, Guillaume Debar, Onyinye Edeh, Tara Egan, Alison Bodenheimer Gatto, Jordan Hatcher, Chonghee Hwang, Hilary Johnson, Sandra Jordan, Cate Lane, Samantha Lemieux, Mande Limbu, Krista Newhouse, Laura Raney, Eva Ros, Emma Sampson, Jennifer Schlecht, Jessica Schwartzman, Emily Sullivan et Faith Tabifor ont fourni des recherches, des analyses, des vérifications de faits, un brainstorming et un soutien essentiels. Beth Schlachter et Tamar Abrams ont supervisé la création du rapport.

Un grand merci à Eighty2degrees, Melanie Tingstrom et Ambica Prakash pour leur direction créative, à Dajana Strong pour la conception et la visualisation des données, à PanApps pour le développement et la conception numérique, à Cate Urban pour l'assistance numérique du site, à Market Power de Nairobi et à Imaging Zone de Virginie pour l'impression et enfin à Portland Communications pour le soutien médiatique.

*FP2020 est un partenariat diversifié, ouvert et axé sur les résultats réunissant des parties prenantes et experts aux divers points de vue. Ainsi, les opinions exprimées et le langage utilisé dans le rapport ne reflètent pas nécessairement ceux de certains membres du partenariat.*



## FAMILY PLANNING 2020

[www.familyplanning2020.org](http://www.familyplanning2020.org)

**Family Planning 2020 (FP2020)** est un partenariat mondial qui soutient le droit des femmes et des jeunes filles de pouvoir décider librement et pour elles-mêmes si, quand et combien d'enfants elles souhaitent avoir.

FP2020 travaille avec les gouvernements, la société civile, des organisations multilatérales, des donateurs, le secteur privé et la communauté de recherche et de développement afin de permettre à 120 millions de femmes et de jeunes filles supplémentaires d'utiliser des contraceptifs d'ici 2020.

Créé à la suite du Sommet de la planification familiale tenu à Londres en 2012, FP2020 se fonde sur le principe que toutes les femmes, où qu'elles vivent, doivent avoir accès aux contraceptifs qui peuvent sauver des vies. Atteindre l'objectif FP2020 représente une étape importante pour garantir l'accès universel aux services et aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030, tel qu'énoncé dans les Objectifs de développement durable n° 3 et 5. FP2020 soutient la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent lancée par le Secrétaire général des Nations Unies.

HOSTED BY



## FONDATION DES NATIONS UNIES

[www.unfoundation.org](http://www.unfoundation.org)

**La Fondation des Nations Unies** développe des partenariats public-privé pour répondre aux problèmes les plus urgents du monde et renforce le soutien au profit des Nations Unies grâce aux actions de plaidoyer et à la sensibilisation du public. Grâce à des campagnes et des initiatives innovantes, la Fondation relie les gens, les idées et les ressources afin d'aider l'ONU à résoudre des problèmes mondiaux. La Fondation a été créée en 1998 en tant qu'œuvre publique de charité aux États-Unis par l'entrepreneur et philanthrope Ted Turner. Elle est aujourd'hui soutenue par des donations de philanthropes, de sociétés, de gouvernements et de particuliers.

### LES PARTENAIRES CLÉS



BILL & MELINDA  
GATES *foundation*



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE





[familyplanning2020.org](http://familyplanning2020.org)