



## La contraception à un carrefour

## Qui nous sommes

L'IPPF est un prestataire mondial de services de santé sexuelle et reproductive et l'un des premiers défenseurs de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction pour tous. C'est un mouvement d'organisations nationales œuvrant avec et pour les communautés et les individus.

L'IPPF œuvre pour un monde où hommes, femmes et jeunes gens ont le contrôle de leur corps et donc de leur destinée. Un monde où ils sont libres de devenir parents ou non ; libres de décider du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances ; libres d'avoir une vie sexuelle saine sans les conséquences d'une grossesse non désirée ni de maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Un monde où la distinction Homme/Femme, ou la sexualité, ne sont plus source d'inégalité ou de stigmatisation. L'IPPF ne reculera pas et fera tout en son possible pour préserver ces choix et ces droits à l'intention des générations futures.

## Remerciements

L'IPPF souhaite remercier tous ceux qui ont contribué à *La contraception à un carrefour*. Le département du plaidoyer et de la communication du Bureau central de l'IPPF est le principal auteur de ce rapport auquel ont aussi contribué le département de la mobilisation des ressources et la filiale de l'IPPF, ICON. Nous remercions tout particulièrement Valerie DeFillipo, anciennement directrice des Affaires extérieures à l'IPPF, et ici directrice de publication ; Peter Hall qui rédigea la section « Des produits pour les populations » ; et John Skibiak, Directeur de la Reproductive Health Supplies Coalition, pour ses commentaires. Nous aimerions aussi remercier le Département britannique de l'aide au développement le Ministère néerlandais des affaires étrangères, et le Dr Steven Sinding qui ont relu différentes sections du rapport. Et enfin un grand merci à Project Resource Mobilization Awareness (RMA), un partenariat entre l'IPPF, la Fondation allemande pour la population allemande (DSW) et Population Action International (PAI), qui l'aide nous fut précieuse.

# Sommaire

Avant-propos par la section ougandaise du Réseau des femmes africaines ministres et parlementaires (RFAMP)	<b>2</b>
Avant propos du Dr Gill Greer, Directrice générale de la Fédération internationale pour la planification familiale	<b>4</b>
Introduction	<b>6</b>
La contraception à un carrefour	<b>8</b>
Historique rapide de la contraception	<b>11</b>
La contraception, c'est la santé maternelle	<b>12</b>
Désirée et nécessaire, mais souvent hors d'atteinte	<b>15</b>
Des promesses à tenir	<b>18</b>
Le renforcement des systèmes de santé : Un lien direct avec la sécurité contraceptive	<b>21</b>
Renforcer la chaîne logistique	<b>24</b>
L'habilitation par le savoir : la clé de la demande	<b>28</b>
La planification familiale face à l'opposition	<b>30</b>
Injustice contraceptive : Entrave à la réduction de la pauvreté	<b>32</b>
Des produits pour des individus	<b>38</b>
Habiliter les populations à mener des vies productives et autonomes	<b>41</b>
Recommandations	<b>42</b>
Références	<b>44</b>

# Avant-propos

par la section ougandaise du Réseau des femmes africaines ministres et parlementaires (RFAMP)

---

Dans le monde entier, des millions de femmes, d'hommes et de jeunes veulent décider par eux-mêmes quand avoir des enfants, s'ils veulent des enfants et comment avoir ces enfants. Ils veulent se protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH, et veulent être capables de protéger leur santé et de choisir leur destin.

Quand ils peuvent ce faire, leur vie est enrichie et ils sont plus à même de prendre soin de leur famille. Aujourd'hui, dans le monde, 200 millions de femmes n'ont pas accès aux produits dont elles ont besoin. En Ouganda, plus de 40 % des femmes mariées n'ont pas accès aux produits de santé sexuelle et reproductive et 435 femmes meurent chaque année pour 100 000 naissances vivantes. Avec un investissement en produits et dans la chaîne logistique, nous pourrions contribuer à redresser cette situation. La santé maternelle ne va pas s'améliorer avant que ces trois piliers de la santé maternelle ne soient garantis : soins obstétricaux d'urgence, accès à accoucheuses formées, planification familiale.

Lorsque les femmes peuvent choisir de limiter le nombre de leurs enfants, il est alors possible d'affecter plus de ressources vers la nourriture et l'éducation. Quand les femmes espacent leurs grossesses, elles sont plus fortes et en meilleure santé et leurs enfants sont pareillement plus forts et en meilleure santé. Ce n'est que par la contraception que les jeunes femmes peuvent retarder la grossesse et éviter les graves conséquences de l'avortement à risque ou de l'accouchement dystocique (ou accouchement obstrué), deux menaces bien réelles et sérieuses. Aujourd'hui, plus de 26 % de jeunes ougandaises ont eu un enfant. Si les pays développés assuraient les besoins en contraception, 52 millions de grossesses non désirées pourraient être évitées.



Les bénéfices de la contraception ne sont pas seulement ressentis par les femmes et les mères, mais aussi par la famille élargie et la communauté. La planification familiale est plus qu'une simple intervention de santé : c'est une initiative de développement qui affecte de nombreux domaines du développement économique et humain. Une meilleure santé maternelle permet aux familles de rester intactes, leur permet de gagner plus, d'économiser plus et encourage une plus grande productivité. Investir dans la planification familiale est complémentaire d'interventions comme l'éducation : tous deux sont des éléments essentiels permettant aux jeunes, particulièrement les femmes, de réaliser un niveau d'éducation élevé et puis de devenir membre de la population active et de participer à la gouvernance et à la vie publique. Le financement de l'éducation a augmenté de façon spectaculaire depuis les années 1990, mais ce n'est hélas pas le cas de la santé, et de la planification familiale en particulier. Le moment est venu de reconnaître la valeur de la contraception : nous devons agir pour résoudre les problèmes d'acheminement des produits et moyens contraceptifs à celles et ceux qui en ont besoin et qui les demandent.

Ce rapport contribue de façon non négligeable au débat sur le développement alors qu'au même moment nous ne perdons pas de vue qu'il est essentiel de veiller à maximiser l'impact et la rentabilité. Nous espérons que *La contraception à un carrefour* vous donnera un aperçu du problème de l'offre de moyens contraceptifs. Nous espérons aussi que cette publication incitera à l'action ces décideurs et acteurs d'influence qui n'ont toujours pas décidé que la vie des gens, et la planification familiale, méritent leur investissement.



**Hon. Sarah Nansubuga Nyombi**

Députée, parlement de l'Ouganda

Présidente du RFAMP, section ougandaise

**« Aujourd'hui, plus de 26 % de jeunes ougandaises (âgées entre 15 et 19 ans) ont eu un enfant. Si les pays développés assuraient les besoins en contraception, 52 millions de grossesses involontaires pourraient être évitées. »**



# Avant-propos

du Dr Gill Greer, Directrice générale de la Fédération internationale pour la planification familiale

---



Les droits humains sous-tendent tout ce que la Fédération internationale pour la planification familiale fait pour créer un monde où chacun peut jouir d'une bonne santé sexuelle et reproductive ainsi que des droits qui s'y rapportent. Nos services et notre plaidoyer sont conçus, mis en œuvre et évalués pour soutenir et promouvoir les droits humains de chacun au sein de la famille et de la communauté. Ce faisant, lentement mais sûrement, nous progressons dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le Développement.

Cette publication vise à souligner les problèmes systémiques qui empêchent les femmes, les hommes et les jeunes d'accéder aux produits de santé de la reproduction, comme la contraception et les préservatifs, et donc de réaliser leurs droits humains fondamentaux. C'est simple, il n'y a pas de programmes sans produits.

On compte dans les droits en matière de sexualité et de reproduction le droit de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment ; le droit de participer de façon active, libre et riche de sens aux aspects civils, économiques, sociaux, culturels et politiques de la vie humaine ; le droit à la vie, la liberté et à l'intégrité corporelle ; le droit au respect de sa vie privée et à son autonomie sexuelle ; et le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est possible d'atteindre.

Quand les gens peuvent obtenir des produits et moyens contraceptifs, quand ils peuvent accéder à des services de santé, à une éducation et à une information de qualité qui complètent ces produits, ils sont alors mieux à même de réaliser ces droits. En revanche, lorsque des produits essentiels sont retardés dans la chaîne de distribution, ou qu'ils ont dépassé leur date de péremption et qu'ils sont donc inutilisables, ou qu'ils ne sont pas disponibles par manque de moyens financiers ou de soutien politique, ces personnes sont alors effectivement privées de leurs droits humains. Les droits des femmes, des jeunes et des personnes marginalisées sont trop fréquemment ignorés. L'urgence liée à l'offre de produits contraceptifs devient d'autant plus évidente quand on tient compte de la croissance de la demande : on estime que la demande mondiale en moyens et produits contraceptifs va croître de 40 % au cours des 15 prochaines années ; rien que dans les pays en développement on estime qu'il y aura 764 millions d'utilisateurs de produits contraceptifs en 2015.

Tout en tenant compte des besoins et des droits des personnes ainsi que de l'importance de la famille et de la société durable, *La contraception à un carrefour* répond aux problèmes structurels qui empêchent les produits contraceptifs de parvenir aux personnes qui en ont besoin. Ce rapport se penche sur les acteurs et parties prenantes de la chaîne logistique. Il identifie les problèmes et offre des suggestions afin que les diverses parties prenantes puissent travailler ensemble dans les intérêts des personnes qui n'ont pas d'accès et donc pas de choix. Travailler pour les droits humains ne veut pas dire qu'il faille sacrifier les bénéfices économiques, les progrès scientifiques ou la responsabilité environnementale. Les droits humains sont en fait la clef de voûte dont notre futur dépend.

Que vous soyez un militant, un lobbyiste, un prestataire de service ou un décideur, nous espérons que cette publication vous aidera à vous assurer que chacun, partout, peut jouir de sa santé et de ses droits sexuels et reproductifs.



**Dr Gill Greer**  
Director-General, IPPF



# Introduction

---

Notre monde est en train de se diriger vers une crise majeure de la contraception. Pour des millions de personnes, cette crise est déjà là. Aujourd'hui, comme tous les autres jours, nous ne parvenons pas à satisfaire les besoins et souhaits de contraception de plus de 200 millions de femmes partout dans le monde<sup>1</sup>. Cette situation va encore s'aggraver lorsque la plus importante cohorte de jeunes que le monde n'ait jamais vue – environ 1,5 milliard de jeunes<sup>2</sup> – deviendra sexuellement active. Par ailleurs, on estime à 33 millions le nombre de personnes vivant avec le virus du Sida, avec 2,7 millions de nouvelles contaminations chaque année.<sup>3</sup>

Au moment même où le monde se focalise plus que jamais sur la réduction de la pauvreté, la contraception reste marginalisée et négligée, alors qu'elle représente pourtant une des solutions les plus fiables, vérifiées et rentables pour contribuer à cet objectif. Si les gouvernements et les donateurs ne se donnent pas comme priorité immédiate de développer l'offre en produits contraceptifs ainsi que l'information, l'éducation et les services en matière de santé reproductive, les efforts actuels pour le développement resteront sans effet et les 40 dernières années de progrès pour le développement humain des femmes seront réduites à néant.

Le monde se trouve à un carrefour en matière de contraception : la direction que nous choisirons sera cruciale pour la vie des femmes, des hommes et des jeunes gens, et ce pour les générations à venir.





A photograph of a woman with dark hair, smiling warmly. She is holding a white box of contraceptive pills. The box has a red and black logo and some text, though it's not clearly legible. The background is a warm, slightly blurred indoor setting.

# La contraception à un carrefour

Depuis des millénaires, il a été essentiel pour les femmes de pouvoir contrôler leur fécondité, choisir le nombre de grossesses et de naissances, les espacer, et poursuivre une vie sexuelle agréable sans risque de grossesses non désirées.

La quête des femmes pour l'émancipation, permise par la contraception, remonte à plus de 4000 ans. Elle a atteint son apogée avec l'élaboration d'une pilule contraceptive efficace, dont la prise est contrôlée par les femmes elles-mêmes.

Dans les années 1960 et 1970, la « Pilule » est devenue la caractéristique emblématique, le symbole révolutionnaire de l'émancipation des femmes dans les pays industrialisés. Elle a marqué de façon irréversible la fin d'un cycle trop fréquent de grossesses, naissances et maternités non désirées.

La relation existant entre la contraception et le développement humain, en particulier celui des femmes, a donné naissance à un mouvement mondial de planification familiale, reconnu comme une des plus grandes réussites du développement. Ce mouvement s'est diffusé rapidement d'un pays à l'autre : très vite, des pays ont accepté de légaliser la contraception et de la rendre accessible, directement sur le marché et par le biais de prestataires de soins de santé. Les femmes désireuses de gérer leur fécondité, et pouvant avoir accès à la contraception, ont immédiatement choisi d'adopter cette méthode. Les bénéfices de la planification familiale ont été confirmés presque immédiatement. La contraception a permis aux femmes d'améliorer leur état de santé en évitant des grossesses non désirées. Elle leur a donné l'opportunité de s'impliquer pleinement dans l'éducation de leurs enfants, d'améliorer leur situation économique et de s'engager comme membres actifs de la société. Par ailleurs, les préservatifs masculins et féminins sont également la seule méthode prouvée pour empêcher les maladies sexuellement transmissibles, incluant le virus HIV.

L'accès à la contraception permet aux individus de vivre dignement, libérés de la crainte de grossesses non désirées ou de maladies sexuellement transmissibles : il est donc reconnu à la fois comme un droit humain fondamental mais aussi comme un moyen extrêmement rentable d'améliorer la santé publique et comme un outil puissant au service du développement humain.

Aujourd'hui, tous les progrès en matière de droits humains et de santé, permis par la contraception, sont mis en danger, voire pourraient être totalement anéantis. La planification familiale est à un carrefour : les engagements politiques et financiers sont en perte de vitesse, au point que nous risquons de perdre les avantages si durement gagnés dans de nombreuses parties du monde, les services et produits de contraception si indispensables pour ceux qui en ont le plus besoin.

L'objet de ce rapport est de résumer le large éventail de tous les enjeux, acteurs, structures, processus qui influent sur la possibilité, pour les femmes et les hommes, d'accéder aux produits de santé reproductive dont ils ont besoin, quand et où ils en ont besoin. Nous voulons aussi, dans ce document, proposer des recommandations pour aller de l'avant.

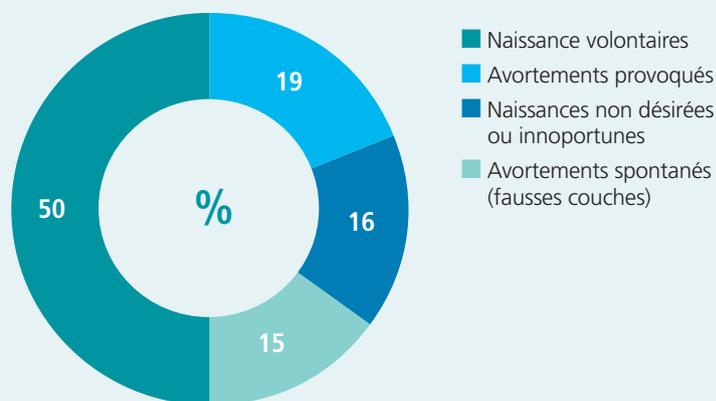
La demande pour la contraception est en augmentation, en particulier dans les pays en développement. Mais cette demande ne pourra pas être satisfaite, tant que nous n'aurons pas compris pourquoi les contraceptifs et autres services de santé sexuelle ne parviennent pas être financés, développés, fabriqués et finalement distribués dans les mains de ceux qui en auraient besoin.

La bonne nouvelle, c'est que nous pouvons rectifier ces problèmes. Nous pouvons mettre un terme à l'inégalité qui fait que certaines personnes, les pauvres, les exclus, n'ont pas accès aux services de santé, alors que d'autres le peuvent. Ce document *La contraception à un carrefour* analyse les obstacles qui perturbent l'approvisionnement en produits contraceptifs. Il suggère des solutions afin que, partout dans le monde, les individus aient la possibilité de choisir, et de préserver leur propre santé sexuelle et reproductive.

**« Donner aux femmes l'accès à une contraception moderne et à la planification familiale contribue à la croissance économique, par la diminution des facteurs de paupérisation que représentent des taux de natalité trop élevés : en effet, ceux-ci sont étroitement liés à la pauvreté endémique, à l'insuffisance de scolarisation, et à un taux élevé de mortalité maternelle et infantile. »<sup>5</sup>**

Banque mondiale, 2008

**Figure 1 Plus de 1/3 de grossesses dans le tiers-monde sont involontaires<sup>4</sup>**



Issues de toutes grossesses des pays en développement

### Un besoin non satisfait

La définition d'un « besoin non satisfait » de contraception correspond à la situation où une femme est mariée, en couple ou sexuellement active, où elle peut devenir enceinte, où elle ne désire pas avoir d'enfants dans les deux prochaines années, mais où elle ne utilise aucun moyen contraceptif, ni moderne ni traditionnel.<sup>6</sup>

Or, la question de l'intégration de la contraception traditionnelle dans cette définition est cruciale : en effet, si on

considère comme « besoin satisfait de contraception » le seul recours à des méthodes traditionnelles, cela représente un grand frein pour évaluer réellement la demande de contraceptifs modernes, et y répondre. Les méthodes traditionnelles de planification familiale ont prouvé, de façon répétée, leur incapacité à empêcher les grossesses involontaires et à protéger contre les maladies sexuellement transmissibles.



# Historique rapide de la contraception

La quête de la contraception n'a rien de nouveau. À toutes les époques, les hommes et les femmes du monde entier ont essayé de séparer le sexe pour le plaisir du sexe à des fins de reproduction.

De tous temps, les gens ont essayé toutes sortes de moyens contraceptifs. En 1550 av. J.-C., il était recommandé aux femmes de moudre des dates et de les mélanger à de l'écorce d'acacia et du miel pour enduire la vulve de cette pâte au moyen de laine de kapok. Les femmes utilisaient aussi des objets naturels pour bloquer le sperme ou le tuer. Des éponges de mer ou de la laine douce, imprégnées de jus de citron ou de vinaigre comme spermicide, étaient utilisées comme stérilets. D'autres méthodes étaient utilisées, notamment du papier huilé ou de la cire d'abeille pour fermer le col de l'utérus. La prise de contraceptifs oraux se pratique depuis plus de 4000 ans : ainsi les Chinoises buvaient du mercure pour éviter les grossesses, alors que les femmes en Inde avalaient des graines de carotte. Les hommes égyptiens portaient des contraceptifs en tissu, surtout pour se protéger des maladies, dès 1000 av. J.-C. Dans les années 1500, l'Italien Fallopius inventa une gaine de lin à enfiler pour se protéger de la transmission de la syphilis (considérée, à l'époque, une véritable épidémie). Charles Goodyear mit au point la vulcanisation en 1843, c'est-à-dire le procédé qui transforme le caoutchouc en un matériau élastique résistant, et les préservatifs virent le jour peu de temps après.<sup>7</sup>

La quête du développement de préservatifs meilleurs et encore plus fiables n'a pas été seulement régie par une volonté d'assurer une bonne santé sexuelle (notamment pour éviter les infections sexuellement transmissibles) entre hommes et femmes, mais aussi parce que les femmes souhaitaient contrôler leur reproduction et leurs vies.

## La pilule

La contraception orale est reconnue comme étant l'une des avancées médicales les plus importantes du XX<sup>e</sup> siècle. Il ne s'agit là que l'un des nombreux moyens de contraception à avoir transformé la vie des gens. La pilule a joué un rôle majeur dans le mouvement de libération des femmes, en permettant aux femmes de contrôler leurs cycles de reproduction et de séparer avec fiabilité le plaisir sexuel du désir d'avoir des enfants.

Après son introduction auprès du public britannique en 1961, la pilule ne tarda pas à devenir le moyen préféré de contrôle des naissances. Entre 1962 et 1969, le nombre d'utilisatrices passa d'environ 50 000 à près d'un million, rien qu'au Royaume-Uni.<sup>8</sup> Et cela, en dépit des politiques visant à en limiter l'accès : les rapports sexuels en-dehors du mariage étaient considérés inappropriés et la pilule était exclusivement réservée aux femmes mariées. Des obstacles persistent encore de nos jours, selon que la femme est mariée ou non, si elle est jugée à égalité, ou voire même en fonction de son âge ; ceux-ci s'ajoutent aux problèmes dus à une offre limitée et à l'inefficacité de la livraison de moyens de contraception.

Aujourd'hui, plus de 100 millions de femmes prennent la pilule dans le monde entier.<sup>9</sup> Une femme sur cinq utilise un dispositif intra-utérin (DIU)<sup>10</sup>, et chaque année, les hommes et les femmes utilisent à eux tous entre six et neuf milliards de préservatifs.<sup>11</sup>

**« La pilule n'est que l'un des nombreux moyens de contraception à avoir transformé la vie des gens. »**



## La contraception, c'est la santé maternelle

Les avantages sanitaires de la planification familiale sont nombreux mais trop souvent ignorés. Ces 50 dernières années, en conséquence directe des efforts internationaux de planification familiale, la santé maternelle et infantile s'est très nettement améliorée.

L'adoption de « l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015 » comme deuxième cible des 5 Objectifs du Millénaire pour le Développement atteste dans quelle mesure la planification familiale constitue la pierre angulaire de la réduction de la mortalité maternelle et de l'amélioration de la santé reproductive. Celle-ci confirme les déclarations à l'appui de la santé sexuelle et reproductive, ratifiées par 179 pays lors de la conférence internationale de 1994 sur la population et le développement. En 2005, on estime que 536 000 femmes sont mortes de causes liées à une grossesse ou un accouchement.<sup>12</sup> Sur ces décès, un sur trois aurait pu être évité si toutes les femmes désirant des moyens de contraception y avaient eu accès.<sup>13</sup> Lorsqu'une femme est en mesure de limiter le nombre de ses grossesses, le bénéfice le plus immédiat se traduit par une baisse du risque de mortalité suite à une grossesse ou un accouchement. Lorsque les naissances sont planifiées et espacées, la santé s'améliore et les risques diminuent tant pour la mère que pour l'enfant.

Le fait d'empêcher des grossesses involontaires se traduit par une baisse du nombre d'avortements, surtout des avortements à risque. Tous les ans, on estime que les avortements à risque tuent entre 65 000 et 70 000 femmes et jeunes filles et infligent des handicaps provisoires ou permanents à plus de 5 millions d'autres.<sup>14</sup> La plupart ont lieu dans des pays en voie de développement. En Amérique latine, au moins 30 % des lits d'hôpitaux des services obstétriques et de gynécologie sont occupés par des femmes souffrant de complications liées à un avortement.<sup>15</sup>

Le risque de mortalité infantile chez les nourrissons et les enfants baisse lorsque des préservatifs sont utilisés pour retarder l'âge de reproduction et pour mieux espacer les naissances.<sup>16</sup> Deux interventions majeures permettent de réduire la mortalité infantile : la planification familiale et l'éducation des femmes. La contraception permet aux femmes de planifier leurs familles, de planifier leurs vies et de faire des choix leur garantissant leur propre bonheur.

Tous les ans, on estime que les investissements mondiaux dans les services de planification familiale et de contraception empêchent :

- 187 millions de grossesses non planifiées
- 60 millions de naissances non planifiées
- 105 millions d'avortements provoqués
- 215 000 décès liés à la grossesse par an
- 685 000 orphelins de leur mère suite à un décès lié à une grossesse<sup>18</sup>

---

## La planification familiale, élément fondamental de la santé reproductive

Il y a 40 ans, les dirigeants politiques du monde entier proclamaient le droit fondamental de toutes les personnes de décider, librement et de façon responsable, du nombre de leurs enfants et de l'espacement et du calendrier des naissances. L'Objectif 5 du Millénaire pour le développement, améliorer la santé maternelle, affirme ce droit; cependant, à ce jour, c'est l'objectif dont la réalisation a le moins avancé. En cette Journée mondiale de la population, insistons sur l'influence décisive qu'exerce la planification familiale sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Le nombre des femmes qui meurent en couches nous rappelle brutalement qu'il continue d'exister une disparité entre les riches et les pauvres, aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre eux. Nous savons bien ce qu'il faut faire pour répondre aux besoins fondamentaux des femmes en matière de santé, tout au long de leur vie et,

plus particulièrement, pendant les années de maternité, la grossesse et l'accouchement. Pour améliorer la santé maternelle, trois interventions fondamentales s'imposent: l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement, des soins obstétriques d'urgence et des services de planification de la famille.

J'en appelle aux gouvernements pour qu'ils remplissent les engagements qu'ils ont pris, au Caire, lors de la Conférence internationale sur la population et le développement. Lors de cette conférence, les nations ont décidé que non seulement les couples et les individus devaient être à même d'exercer leur droit fondamental, de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances de leurs enfants mais qu'il fallait aussi leur donner à cette fin l'information, l'éducation et les moyens nécessaires.

Ban Ki-moon, Secrétaire Général des Nations Unies, à l'occasion de la journée mondiale de la population de 2008<sup>19</sup>

**« L'impact est mesurable lorsque vous pouvez intervenir et éduquer les familles, et les femmes surtout, aux différents choix qui s'offrent à elles... Dans les pays où la santé s'améliore, le taux d'alphabétisation s'améliore lui aussi. La vie s'améliore à tous les niveaux. Dès lors que cet aspect est traité correctement. »<sup>17</sup>**

Bill Gates III

---

Outre leur fonction contraceptive, les préservatifs masculins et féminins sont indispensables pour empêcher la propagation d'infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment du VIH et du sida. Les pertes de vies humaines dues au sida, tout particulièrement en Afrique subsaharienne, ont un effet dévastateur sur le développement de pays entiers, les privant de leur main-d'œuvre, en pesant effroyablement sur les services médicaux et sanitaires, en entraînant des millions de personnes vers la pauvreté par la perte de leurs revenus et de leur handicap, et en exacerbant les difficultés que connaissent les plus pauvres et les personnes marginalisées.

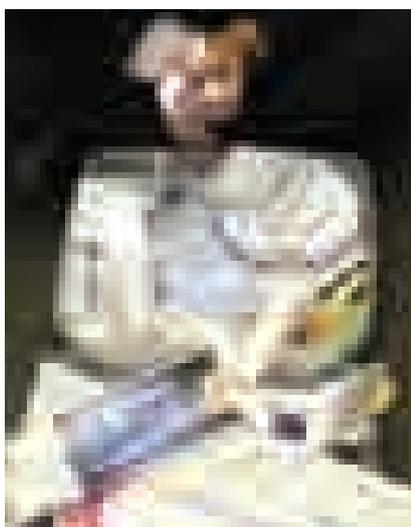
La contraception présente des gains indéniables : pour la santé de tous ainsi qu'en termes d'éducation et d'égalité entre les sexes. Ces gains attestent non seulement que la planification familiale est l'un des succès les plus indéniables du développement international, mais qu'il s'agit là de l'une des interventions les plus rentables pour les nations tout comme pour les donateurs.

**« Si une femme tombe malade, son mari doit s'occuper d'elle et de la famille, ce qui signifie qu'il ne peut pas aller travailler dans les champs. Depuis que j'ai commencé à aller voir les gens chez eux pour leur parler de contraception, la santé des femmes du village s'est améliorée, tout comme la richesse des villageois. Grâce à mon travail, les gens sont en meilleure santé, plus riches et plus heureux. »**

Isatou, agent de livraison basé dans la communauté au village de Joubert, en Gambie

**La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 reconnaît pour la première fois les droits à la planification familiale et à la santé.** Après les avoir précisés, la communauté nationale les a ratifiés dans les traités sur les droits de l'homme suivants :

- le Pacte international relatifs aux droits civils et politiques de 1966 stipule que les hommes et les femmes en âge de se marier ont le droit de se marier et de fonder une famille
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976 exige des nations de reconnaître le droit à la santé et de prendre des mesures pour concrétiser ce droit
- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1981 aborde les droits de la femme à la santé, à des services de planning familial et à l'information
- la Convention sur les droits de l'enfant de 1990 réitère le droit à la santé maternelle et l'identifie comme étant un droit intrinsèquement lié au droit à la santé pour les enfants<sup>20</sup>



# Désirée et nécessaire, mais souvent hors d'atteinte

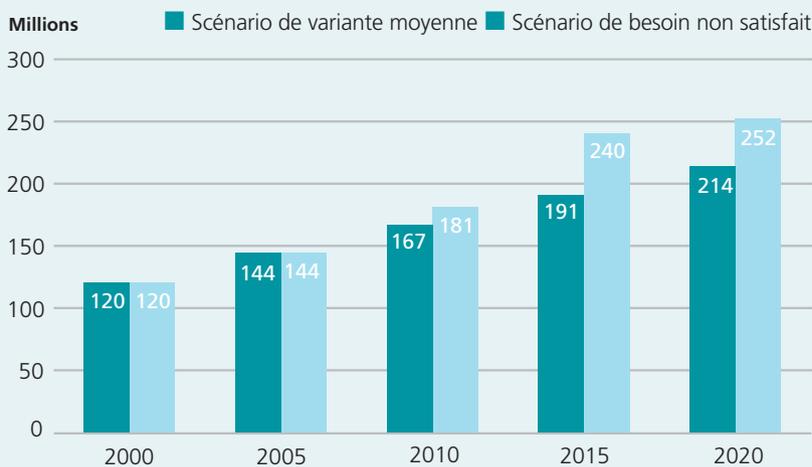
Dans le monde entier, la demande de moyens contraceptifs connaît une très forte hausse. D'après les projections des Nations Unies, le nombre d'utilisateurs de contraceptifs dans les pays en voie de développement et dans les pays de l'ancienne Union soviétique devrait augmenter de plus de 38 % d'ici 2015, pour passer de 552 millions en 2000 à 764 millions en 2015.<sup>21</sup>

Plus de la moitié de la population mondiale a moins de 25 ans et 1,5 milliard d'adolescents vont bientôt entrer dans leur vie sexuelle et de reproduction.<sup>22</sup> Les estimations actuelles indiquent que la demande mondiale de moyens contraceptifs augmentera de 40 % au cours des 15 prochaines années.<sup>23</sup>

Bien que le soutien financier accordé par les donateurs aux produits contraceptifs ait augmenté ces dernières années, passant de 154,6 millions US\$ en 2000 à 223 millions US\$ en 2007<sup>27</sup>, ce chiffre ne reflète pas l'inflation et les coûts annexes qui augmentent avec le temps. Quand ceux-ci sont pris en considération, le financement réel des moyens contraceptifs par les donateurs a pratiquement stagné depuis 2001<sup>28</sup>. En revanche, si l'on tient compte de la hausse de la demande, tous les ans, les donateurs satisfont une plus faible proportion des besoins des gens en matière de moyens contraceptifs.

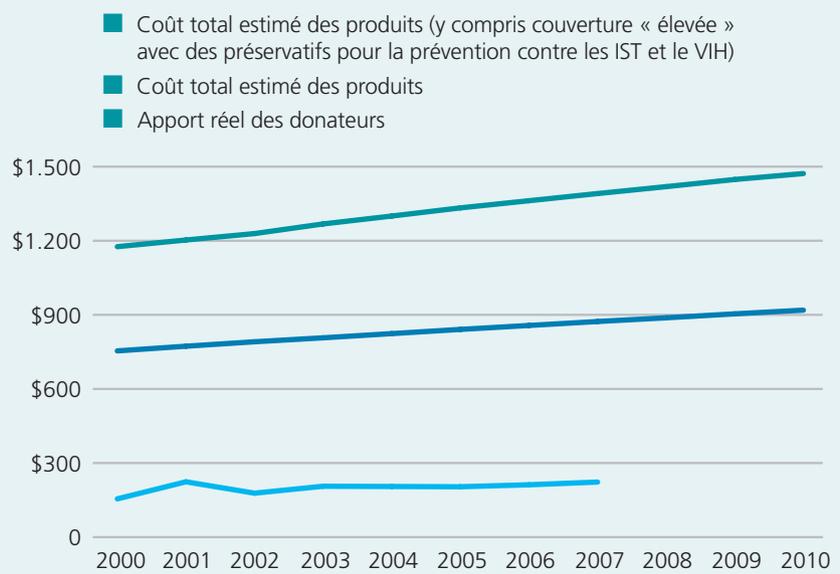
La pénurie mondiale de préservatifs, un exemple parmi d'autres de l'insuffisance de l'offre en moyens contraceptifs, est alarmante. Les préservatifs sont le seul moyen efficace de se protéger contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles. En 2007, le coût estimé de l'offre de contraceptifs à environ 655 millions de femmes et leurs partenaires qui utilisent déjà des contraceptifs s'élevait à 873 millions US\$<sup>29</sup> (ce chiffre ne tient pas compte des besoins des 200 millions de femmes qui ont exprimé le désir d'utiliser des contraceptifs, mais dont le souhait reste insatisfait). Les besoins s'élèvent au total à 1,4 milliard US\$, en comptant les préservatifs pour la prévention contre le VIH. En 2007, les donateurs ont apporté 223 millions US\$, soit 16 % du total requis, en fournitures et en préservatifs pour la prévention contre le VIH.<sup>30</sup>

Figure 2 Nombre projeté d'utilisateurs de contraceptifs, méthodes modernes, toutes des femmes<sup>25</sup>



« Les taux élevés de fécondité vont en fait à l'encontre des préférences exprimées par des millions de femmes dans les pays en voie de développement qui sont désireuses de familles de plus petite taille... on estime à entre 10 et 40 % le nombre de femmes mariées en âge de procréer dans les pays en voie de développement à avoir un besoin insatisfait de moyens contraceptifs. »<sup>24</sup>

Figure 3 Comparaison des coûts estimés des produits contraceptifs et de l'apport financier réel des donateurs<sup>31</sup>



Ce niveau de soutien financier qu'apportent les donateurs pour les contraceptifs ne poserait pas de problème si les gouvernements nationaux consacraient aux moyens de planification familiale des fonds adéquats à partir de leurs propres ressources financières pour combler la différence, mais ce n'est pas le cas dans la plupart des pays en voie de développement. Il existe un fossé financier gigantesque, et qui ne cesse de se creuser, entre d'une part les contributions de la communauté internationale et des gouvernements nationaux à l'offre de moyens de santé reproductive et d'autre part le coût de la fourniture de contraceptifs modernes aux femmes des pays les plus pauvres.<sup>32</sup>

---

## La Reproductive Health Supplies Coalition

La Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC) est un partenariat destiné à servir de leadership mondial dans les pays en voie de développement et en transition pour faire en sorte que les produits essentiels de santé reproductive soient disponibles. La Coalition a été créée en 2004 en vue de réunir les divers agences et groupes qui jouent un rôle primordial en matière d'offre de moyens de contraception et de santé de la reproduction (SR). La Coalition rassemble à l'heure actuelle plus de 70 membres officiels : il s'agit de donateurs bilatéraux, de fondations, d'organisations multilatérales, d'organisations non-gouvernementales (comme l'IPPF) et du secteur pharmaceutique. Plusieurs associations membres de l'IPPF y adhèrent également.

Le plan stratégique de la RHSC se décline en trois grands objectifs :

- accroître la disponibilité, la prévisibilité et la pérennité des financements de produits de SR
- renforcer la capacité des systèmes de santé à mettre sur pied un système pérenne de distribution des produits de SR
- assurer la valeur ajoutée de la Coalition en tant que partenariat mondial productif et durable en apportant du soutien à l'efficacité, au plaidoyer et à l'innovation

La Coalition a pour vision que toutes les populations des pays à revenus faibles et moyens aient accès à des produits abordables et de grande qualité, y compris à un grand choix de contraceptifs, en vue d'améliorer leur santé reproductive.

**En Afrique subsaharienne, 24 % des femmes mariées ont un besoin insatisfait en matière de moyens contraceptifs. Ce besoin insatisfait est, en moyenne, plus faible chez les femmes mariées d'Asie du Sud et du Sud-Est (14 %), d'Afrique du Nord et d'Asie de l'Ouest (10 %), et d'Amérique latine et des Caraïbes (10 %).<sup>26</sup>**





## Des promesses à tenir

Il est indispensable que l'offre de contraceptifs à ceux qui les désirent s'accompagne d'un engagement politique et de plus grands engagements financiers à chaque étape de la chaîne logistique. Il est au moins aussi important de donner la priorité aux services de santé sexuelle et reproductive au sein des gouvernements nationaux et au niveau des districts que de recevoir le soutien des diverses parties prenantes internationales.

En l'absence des fonds nécessaires et d'un environnement politique qui soutient des discussions franches et ouvertes sur le sexe et la reproduction, avec les adolescents et les jeunes en particulier, les gains âprement acquis en matière de santé, d'éducation et d'autonomisation des femmes régresseront. Ces objectifs de santé et de développement à plus large échelle ne peuvent être satisfaits qu'à condition qu'il existe des politiques sociales positives. Ces politiques doivent notamment promouvoir une éducation complète sur la sexualité, l'autonomisation des femmes et la participation des hommes à la planification familiale et à la santé maternelle.

Au niveau international et régional, la communauté est parvenue à une sorte de consensus qui s'attache à donner la priorité à la santé sexuelle et reproductive et à ses droits pour réaliser les objectifs de développement internationaux, comme ceux de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 et du Programme d'action et les Objectifs de Développement du Millénaire. En 2006, l'Union africaine (les ministres de la santé et délégués de 48 pays africains) a ratifié le plan d'action de Maputo, qui consiste en un plan de mise en œuvre coûteux et détaillé veillant à garantir l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive en Afrique. Plus tard au cours de la même année, l'Assemblée des Nations Unies a adopté un deuxième objectif : « Assurer l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015 » dans le cadre de l'ODM 5, portant sur l'amélioration de la santé maternelle. Sur le plan régional, le plaidoyer de la Fondation Allemande pour la Population Mondiale (DSW), en collaboration avec Population Action International, a porté ses fruits en obtenant que l'offre de moyens de santé reproductive figure dans les stratégies et documents du Réseau est-africain de la santé reproductive et de la communauté est-africaine, pour ne citer que ces deux exemples. Bien que les gouvernements aient reconnu ce besoin et se soient engagés à y répondre, ils n'accordent toujours pas les ressources financières et politiques nécessaires aux services et aux moyens de planification familiale.

Dans les pays en voie de développement, la priorité est rarement donnée aux systèmes de santé, et en termes de dépenses sanitaires, la santé sexuelle et reproductive relève d'une priorité encore moindre. Les programmes de santé sexuelle et reproductive de bon nombre de pays en voie de développement opèrent pratiquement exclusivement grâce au soutien de donateurs. Qu'un pays renâcle à consacrer ses propres revenus à la santé sexuelle et reproductive de ses habitants atteste d'un manque d'engagement inquiétant à cet égard, en parfaite contradiction avec les déclarations publiques que ces pays peuvent faire sur la scène internationale. C'est à la société civile qu'il revient de tenir ses gouvernements responsables de traduire ces promesses en des services et des produits, pour faire en sorte que les femmes, les hommes et les jeunes aient tous accès à ces ressources vitales qui changent la vie. La société civile a un rôle de plus en plus important à jouer. Ce rôle ne se limite pas à veiller à l'existence d'un poste budgétaire consacré aux contraceptifs et à ce que ces postes budgétaires reçoivent les ressources qu'ils méritent. Elle doit également assurer un rôle de surveillance, pour que les gouvernements soient redevables de leurs dépenses sanitaires.

## Pakistan et Bangladesh : Dépenses sanitaires pour la vie des femmes

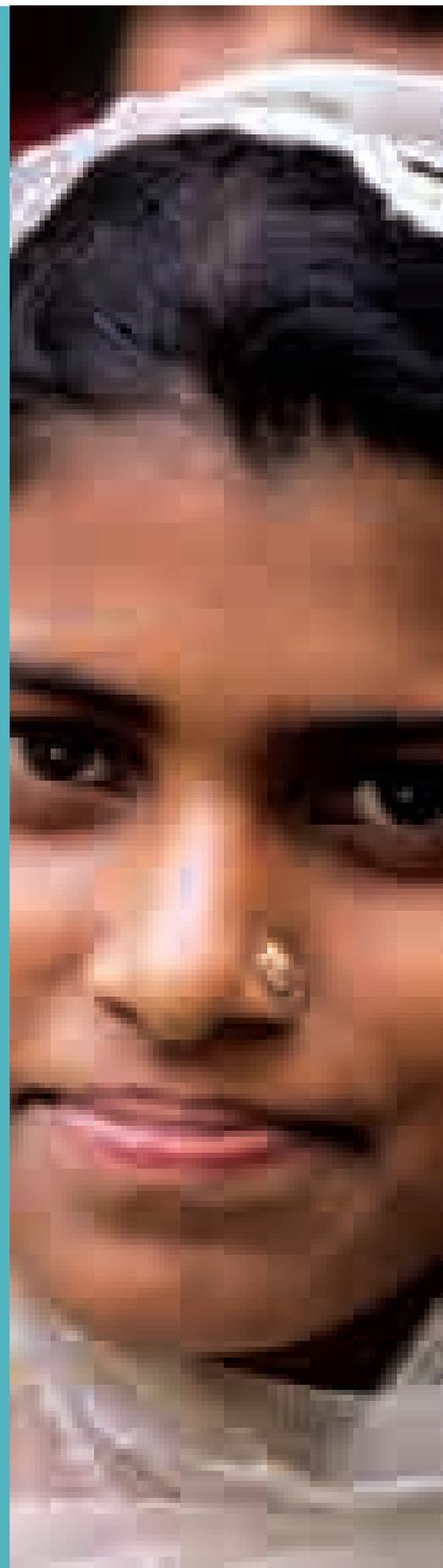
Le faible statut social des femmes dans bon nombre de pays retarde le progrès en termes de droits humains et de développement social et économique. Les dépenses gouvernementales dans les services de la santé, et plus particulièrement ceux de la santé sexuelle et reproductive, permettent de mesurer la priorité accordée à l'autonomisation et au développement humain des femmes.

Au Pakistan, les dépenses de santé du gouvernement s'élèvent au total à 49 US\$ par habitant, soit seulement 2,1 % du produit intérieur brut (PIB).<sup>34</sup> Bien que l'immense majorité de la population ait accès à des services sanitaires locaux, le fait est que moins de la moitié des femmes enceintes reçoivent des soins néonataux et moins de 20 % des accouchements sont effectués avec l'aide de personnel médical qualifié<sup>35</sup> : tout cela laisse supposer que les besoins de santé des femmes ne reçoivent pas la priorité qu'ils méritent.

Ces chiffres suggèrent que les normes culturelles au Pakistan sont ancrées dans le système sanitaire du pays. Au Pakistan, beaucoup de femmes ne connaissent pas leurs droits humains : elles s'en remettent aux membres de leurs familles pour prendre des décisions importantes et ne sont pas en mesure de remettre en question l'état de fait. C'est souvent le mari ou une femme plus âgée de la famille (comme une belle-mère par exemple) qui prend les décisions relatives à la planification familiale. Ce sont ces mêmes personnes qui contrôlent les ressources du ménage et influent sur la mobilité des membres de la famille de la

gente féminine, ce qui signifie que leur accès à la santé reproductive peut être limité. Dans un grand nombre de cas, les femmes n'ont pas la permission de faire leurs propres choix : c'est à ce moment là qu'elles cherchent à s'en remettre à des méthodes non détectables qu'elles peuvent garder secrètes. Si leur utilisation secrète de contraceptifs est portée au grand jour, elles courent le risque d'être battues ou violées. Un système de santé qui faillit à répondre aux besoins des femmes et des filles perpétue l'inégalité entre les sexes et pèse gravement sur la santé sexuelle et reproductive.

Malgré un revenu national brut moins élevé par habitant, le Bangladesh consacre plus à la santé plus que le Pakistan : 57 US\$ par habitant<sup>36</sup> et ces dépenses traduisent l'accent très net qu'accorde le gouvernement à la santé sexuelle et reproductive, tout particulièrement en ce qui concerne la planification familiale. Les conséquences en sont immédiatement visibles. Bien plus de la moitié des femmes du Bangladesh utilise des moyens contraceptifs, contre moins de 30 % des femmes au Pakistan<sup>37</sup>. Au Pakistan, 500 femmes meurent pour 100 000 naissances vivantes, jusqu'à parfois 800 dans certaines régions. Même si il reste élevé, le taux de mortalité maternelle au Bangladesh est nettement moindre, à 380 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes<sup>38</sup>. La capacité du Bangladesh à surmonter les normes traditionnelles, à donner davantage de priorité aux femmes et à mieux les apprécier, se reflète à tous les niveaux de son système sanitaire et de ses efforts de l'améliorer.

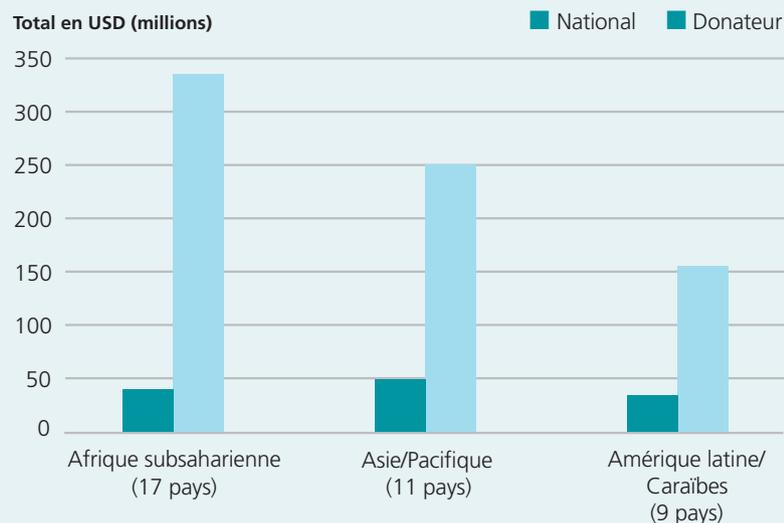




« Pour nous, disposer d'un poste budgétaire pour la santé sexuelle et reproductive dans ce pays est quelque chose de très positif. Nous en [sommes] ravis. »

Walter Mbunda, ancien Directeur exécutif d'Uzazi na Malezi Bora Tanzania (UMATI), Association membre de l'IPPF

Figure 4 Financement des donateurs et des pays pour des activités concernant la population\* par région, 2002<sup>33</sup>



\* Inclut financement pour le planning familial, la santé reproductive, le VIH et le sida (UNFPA/NIDI 2003)

Il est extrêmement difficile de lutter contre des traditions culturelles dont l'inégalité entre les sexes constitue une valeur essentielle, or il s'agit là d'un combat indispensable pour assurer la santé des femmes. Dans certaines sociétés, on attend des hommes qu'ils prouvent leur masculinité par leur virilité et leur fécondité : non seulement les femmes sont-elles contraintes d'avoir plus d'enfants qu'elles ne le souhaiteraient, et de s'en occuper, mais en plus de cela, il arrive que les hommes aient plusieurs partenaires sexuelles, ce qui accroît le risque d'infections sexuellement transmissibles, et notamment du VIH, à toutes ses partenaires et parfois à ses enfants. Lorsque les gouvernements, communautés, chefs de foyers masculins et féminins s'assureront que les femmes sont libres d'avoir recours à des services de santé sexuelle et reproductive et d'utiliser des moyens contraceptifs à leur guise, c'est la société dans son ensemble qui en sera la bénéficiaire.

# Le renforcement des systèmes de santé : Un lien direct avec la sécurité contraceptive

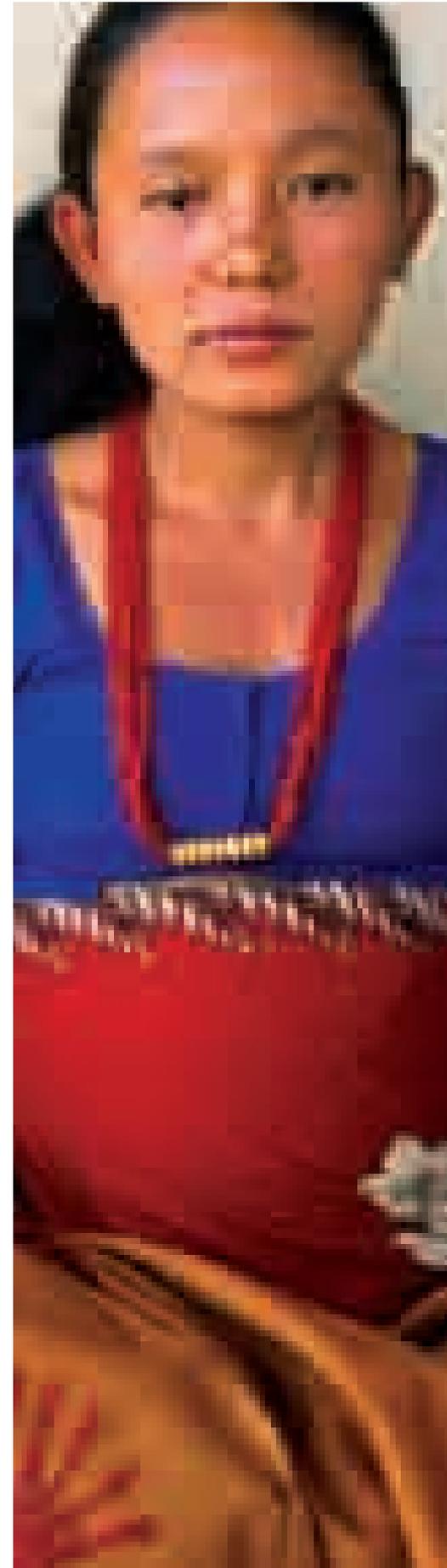
Il ne suffit pas que la demande de moyens contraceptifs reçoive un soutien et des financements adéquats. Ce n'est que lorsque des systèmes sanitaires fragiles et défaillants seront renforcés qu'il sera possible de répondre au besoin insatisfait de produits, d'informations et de services contraceptifs que demandent les hommes, les femmes et les jeunes, les plus pauvres et les plus marginalisés.

Les ressources financières, humaines et en infrastructures qui sont actuellement en place dans la plupart des nations en voie de développement ne suffisent pas pour répondre à la demande d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive. Pour assurer l'approvisionnement en moyens contraceptifs et pour mettre en œuvre de nouveaux programmes de prévention, il est indispensable d'accroître très nettement les ressources financières et humaines qui y sont accordées. Il faut également améliorer les systèmes de santé, en les dotant de systèmes de coordination efficaces de l'approvisionnement et de la distribution des contraceptifs et d'autres moyens.<sup>39</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit comme suit les éléments essentiels pour qu'un système de santé soit sûr : prestation de services effectifs du secteur de la santé, information, produits médicaux comme par exemple des fournitures contraceptives, financement, et enfin leadership et gouvernance.<sup>40</sup> Ce n'est que lorsque les services de santé bénéficient de personnels informés, d'informations exactes et pertinentes en matière de santé reproductive, de produits contraceptifs de bonne qualité, d'un bon leadership et d'une bonne gouvernance que l'accès aux services contraceptifs peut être assuré à tous ceux qui en ont besoin.

Au Mexique, les contraceptifs sont classifiés comme relevant d'un poste de dépense de sécurité nationale, ce qui signifie qu'un poste budgétaire leur est garanti. Le financement des contraceptifs est toutefois assuré au niveau du district, et dans certains états, les fonds alloués à ce poste budgétaire ne suffisent pas. Comme d'habitude, ce sont les pauvres et les indigènes qui se voient en premier refuser l'accès aux contraceptifs, car ils dépendent de produits subventionnés qui sont fournis par le système de santé publique. De nombreux pays en voie de développement affichent le même genre de problèmes au niveau de leurs systèmes de santé. MEXFAM, une association membre de l'IPPF, surveille de près les postes budgétaires accordés à la contraception dans deux états mexicains, Chiapas et Guerrero, et assure un service de plaidoyer auprès des responsables sanitaires du district pour veiller au respect des priorités nationales au niveau de l'état.

La prestation publique de contraceptifs signifie que le système sanitaire peut transgresser les barrières économiques, administratives et géographiques qui entravent souvent l'accès des femmes à des contraceptifs, lorsque celui-ci est assuré exclusivement par le secteur privé. Ce sont pratiquement toujours les femmes qui subviennent au coût des moyens contraceptifs. Il n'est donc pas rare que quand leurs propres revenus sont limités, ou lorsqu'elles n'ont guère accès aux ressources financières du foyer, elles évitent ces dépenses pour vêtir et nourrir leurs familles à la place. Si elles tombent enceintes, elles peuvent avoir recours à l'avortement, qu'il soit légal ou non, ou conduit dans un environnement hygiénique par des professionnels médicaux qualifiés ou non. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité représentent une cause majeure de mortalité et de handicap dans le monde en voie de développement. À l'échelle mondiale, la vie d'au moins 175 000 femmes



**« Nous pouvons vraiment faire quelque chose pour changer le monde. L'heure est venue de cesser les discours et de passer à l'action. Si tous ceux qui souhaitent mettre un terme à la pauvreté, à la faim et à la souffrance faisaient entendre leur voix, le bruit serait assourdissant. Les hommes politiques seraient contraints de les écouter. »**

L'évêque Desmond Tutu

Le Partenariat international pour la santé (IHP+) se donne pour but d'améliorer la manière dont les agences internationales, les donateurs et les pays en voie de développement travaillent ensemble pour élaborer et mettre en œuvre des plans de santé, en créant et en améliorant les systèmes de santé pour les pauvres et les marginalisés, afin d'offrir un

filet de sécurité aux plus vulnérables vivant dans les circonstances les plus vulnérables. Avec le soutien de donateurs, de gouvernements et d'agences, IHP+ s'engage à investir 14 milliards US\$ pour renforcer les systèmes de santé de 10 pays pilotes : Burundi, Cambodge, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Népal, Nigeria et Zambie.<sup>43</sup>

pourrait être sauvée si toutes avaient accès à des services contraceptifs.<sup>41</sup> Les fournitures contraceptives constituent non seulement un élément essentiel d'un système sanitaire solide : les investissements dans la santé reproductive contribuent à la pérennité des systèmes de santé en soulageant le fardeau financier dans d'autres domaines. Il est impossible de sous-estimer la rentabilité de la contraception : selon des estimations informées, chaque 1 US\$ investi dans la planification familiale fait économiser jusqu'à 31 US\$ en dépenses de santé, d'éducation, d'hébergement, d'eau, de services des eaux usées et autres services publics.<sup>42</sup>

Or, la qualité de la prestation de ce service constitue un aspect crucial pour renforcer le système de santé afin d'assurer la santé sexuelle et reproductive. Tous les efforts et toutes les dépenses consacrés à envoyer des produits aux prestataires et distributeurs de santé risquent de se voir anéantis s'il n'existe pas de prestataires de santé formés capables d'apporter des soins de bonne qualité : sans eux, l'adoption de contraceptifs et leur continuation s'en voient gravement limitées. En 1990, Judith Bruce a publié un cadre qui a depuis reçu une reconnaissance sur le plan international. Ce cadre mettait en exergue les six éléments de qualité des soins qu'un programme de planification familiale doit comporter. Il s'agit des éléments suivants : le choix de méthodes de chaque individu ; des informations complètes et exactes fournies à l'individu ; des relations interpersonnelles ; la compétence technique du prestataire ou du distributeur de service ; un mécanisme de suivi ; et la gamme appropriée de services.<sup>44</sup> À maintes et maintes reprises, il a été prouvé que la qualité des soins est un facteur important dans l'adoption et la continuation de prise de contraceptifs tant chez les hommes que chez les femmes.<sup>45</sup>

En se concentrant ne serait-ce que sur un seul élément de la qualité des soins, à savoir un éventail de méthodes contraceptives, il est possible d'en comprendre toute la pertinence. Très souvent, les femmes qui n'ont pas accès aux services préfèrent utiliser des implants ou des dispositifs intra-utérins. Les femmes qui ont eu du mal à obtenir de leurs partenaires d'utiliser un préservatif, y compris les travailleuses du sexe, opteront alors peut-être pour des préservatifs féminins afin de se prévenir d'infections sexuellement transmissibles. Les hommes et les femmes qui choisissent d'utiliser une double protection contre les grossesses et les infections sexuellement transmissibles doivent disposer d'une variété de méthodes. Il est impératif qu'y figure les préservatifs masculins et féminins, car

il s'agit là des seuls moyens contraceptifs capables d'empêcher une infection sexuellement transmissible. Avoir accès à des moyens contraceptifs qui lui conviennent peut être tout particulièrement important pour une femme, et très autonomisant, si elle vit dans un contexte d'urgence ou de conflit. En cas d'échec de moyens contraceptifs réguliers, ou en cas d'absence d'utilisation de contraceptifs pendant les rapports sexuels, les femmes peuvent empêcher une grossesse involontaire en ayant recours à une contraception d'urgence dans les 72 heures qui suivent. À ce titre, la contraception d'urgence permet d'éviter la nécessité d'avortements. Bien qu'elle soit souvent omise des listes nationales de médicaments essentiels et de la variété des moyens contraceptifs offerts par le système de santé, la contraception d'urgence est l'unique méthode capable d'être utilisée pour éviter une grossesse après des rapports sexuels forcés ou sous la contrainte et elle est primordiale pour les femmes victimes de violence sexuelle et sexiste. Comme pour toutes les autres méthodes, la distribution de la contraception d'urgence doit impérativement refléter les circonstances selon lesquelles elle est nécessaire, et c'est comme cela qu'elle sera efficace. Il est donc primordial que les femmes puissent se la procurer à faible coût, confidentiellement et rapidement.

Les clients sont des individus ayant des préférences et des besoins contraceptifs. Ces besoins doivent être respectés pour veiller à ce que les moyens offerts répondent à la demande de moyens contraceptifs. Il n'y a pas de doute qu'en fonction des régions et des pays, il se manifeste des préférences de méthodes de planification familiale par rapport à d'autres. Il est nécessaire d'engager des recherches plus approfondies sur ces préférences pour veiller à ce que la bonne panoplie de méthodes contraceptives soit offerte en fonction des besoins.



# Renforcer la chaîne logistique

On appelle chaîne logistique tous les processus et acteurs qui participent à la remise de contraceptifs entre les mains de ceux qui en ont besoin.

Les mécanismes à grande échelle sur le plan social et politique qui encouragent, ou entravent, le planning familial influent beaucoup sur la chaîne logistique, bien qu'en soi, la chaîne logistique soit une succession d'événements, depuis la sélection du produit jusqu'à sa distribution. Il est indispensable de prendre des mesures de toute urgence au niveau opérationnel dans de nombreux pays pour accorder à la chaîne logistique des ressources adéquates et résoudre les problèmes qui persistent. Le succès des politiques et programmes de planning familial en dépend.

La chaîne logistique devrait garantir que l'utilisateur reçoit :

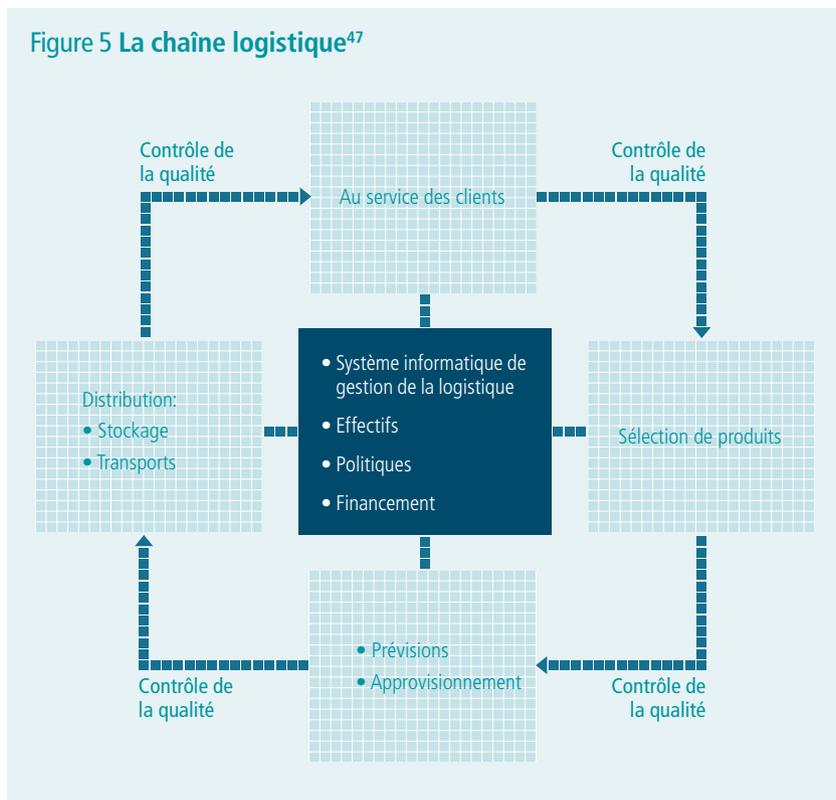
- le bon produit (c'est-à-dire une grande variété de produits doit être disponible pour que les clients aient un libre choix des méthodes)
- dans de bonnes quantités
- et en bon état (produits de bonne qualité, intacts et dans les limites de leur date de péremption)
- au bon endroit
- au bon moment
- au bon coût (y compris le coût des moyens contraceptifs et les coûts indirects, comme les services sanitaires, le transport, le manque à gagner, etc...)<sup>46</sup>

Lorsque toutes les garanties susvisées sont obtenues, la chaîne logistique est garante de la sécurité contraceptive. Le diagramme sur la page ci-contre illustre la complexité des facteurs qui s'enchaînent et influent sur l'accomplissement, ou non, de la sécurité contraceptive.

Chaque élément du processus retourne dans le cycle de l'offre et de la demande : c'est bien cela qui alimente la chaîne logistique et de ce fait il n'existe ni début ni fin. Les composants de la chaîne logistique sont étroitement liés entre eux : tout échec à un niveau de la chaîne se répercutera directement sur les autres événements, parfois même sur les cycles ultérieurs du processus dans son entier. Ce n'est que lorsque toutes les maillons de la chaîne logistique fonctionnent bien que tout le monde peut avoir accès à des moyens contraceptifs, au moment et à l'endroit où il en a besoin.

Il revient aux organismes réglementaires gouvernementaux de décider des types de contraceptifs qui peuvent être distribués dans le pays en donnant leur autorisation à leur utilisation publique. Il est fréquent que les gouvernements donateurs ne distribuent que des contraceptifs dont l'usage est approuvé aux États-Unis et en Europe, en partie pour des soucis de qualité et de sécurité. Or il est tout à fait possible que des contraceptifs fabriqués et autorisés d'utilisation dans les pays en voie de développement, à moindre coût, soient aussi sûrs et aussi efficaces que ceux fabriqués à l'étranger, mais la plupart des gouvernements donateurs se refusent à les distribuer. Le public obtient alors les contraceptifs soit par le biais de programmes nationaux de planification familiale (par exemple, via les prestataires de santé, l'IPPF ou les dispensaires d'autres ONG), soit en passant par des cliniques privées, des pharmacies et des magasins de vente au détail.<sup>48</sup> Pour que les clients puissent choisir le contraceptif qu'ils souhaitent utiliser (ce choix qui fait partie intégrante de la qualité des soins et de l'utilisation de contraceptifs), il faut non seulement que le gouvernement et/ou le donateur du contraceptif l'ait autorisé,<sup>49</sup> mais il faut en plus qu'il corresponde au type de contraceptifs que leur fournisseur, qu'il soit public, non-gouvernemental ou privé, choisit de distribuer. Plusieurs

Figure 5 La chaîne logistique<sup>47</sup>



« La sécurité de l’offre de santé reproductive ne sera jamais assurée par un petit groupe de donateurs réunis autour d’une table en Europe ou aux États-Unis. Pour résoudre le problème, des secteurs de plus en plus variés doivent se regrouper, y compris dans les pays en voie de développement : le secteur privé (en plus du public), la société civile ainsi que tout un éventail de parties prenantes. D’où l’expansion de la Coalition, dont le noyau en 2004 comptait moins de 20 membres pour en regrouper plus de 70 aujourd’hui. »

John Skibiak, Directeur, Reproductive Health Supplies Coalition

facteurs peuvent influencer sur cette décision, le bénéfice potentiel pour le fabricant n’étant pas le moindre (certains contraceptifs présentent une plus grande marge bénéficiaire que d’autres). Les entreprises pharmaceutiques se désintéressent de plus en plus de la production de contraceptifs à l’expiration du brevet, leur marge bénéficiaire diminuant de beaucoup à ce stade. Les choix des femmes, et particulièrement des femmes pauvres, sont dans une certaine mesure manipulés par les politiques gouvernementales qui, en fonction de la volonté politique du moment, ont le pouvoir de décider de fournir ou de cesser de fournir les fournitures subventionnées de santé reproductive.

Les prestataires de santé peuvent eux aussi peser sur le choix du patient en fonction des méthodes qu’ils décident de lui proposer. Beaucoup de femmes n’ont pas de liberté de choix, même lorsque la méthode qu’elles veulent est disponible. Il arrive ainsi que les prestataires de santé pratiquent la discrimination contre les femmes atteintes de VIH, en faisant pression sur elles pour qu’elles se fassent stériliser,<sup>50</sup> alors que dans les sociétés pronatalistes, il n’est pas rare que les administrateurs encouragent les prestataires de santé à offrir des moyens contraceptifs uniquement aux femmes qui ont atteint une certaine parité.<sup>51</sup>

Lorsque la chaîne logistique fonctionne bien, les points de distribution auront toujours suffisamment de contraceptifs en stock pour répondre à la demande, mais pas trop pour qu’ils ne dépassent pas leur date de péremption. Les

**« L'agent de santé communautaire s'est mis à rendre des visites moins fréquentes et il lui arrivait de ne pas avoir assez de contraceptifs. Au bout d'un moment, il a tout arrêté. Il n'y avait plus d'éducation et plus de contraceptifs. »**

Benjamin Baavugi, paysan du village de Boayili au Ghana, s'occupe de sa nièce et de son neveu en bas âge depuis la mort de leur mère après un avortement à risque, suite à l'arrêt du financement de contraceptifs par un donateur.

prestataires gouvernementaux, privés et non-gouvernementaux emploient tous des procédures de prévision afin d'anticiper les besoins de leur clientèle pour faire en sorte qu'ils commandent et maintiennent les quantités de fournitures appropriées.

Les prévisions s'appuient sur des hypothèses : taux futurs de prévalence contraceptive, nombres d'utilisateurs de contraceptifs, changements de sensibilisation et d'acceptabilité de la contraception, et tendances des préférences de méthodes de contraception.<sup>52</sup> Les prévisions pour les programmes nationaux de planification familiale sont généralement effectuées par le comité national de sécurité contraceptive, qui se compose de représentants du ministère de la santé, de la société civile, de donateurs et d'autres parties prenantes. Le comité travaille avec des experts de la santé du gouvernement pour assurer la sécurité contraceptive dans l'ensemble du pays et plaide en faveur de changements de politiques pour assurer cette sécurité contraceptive.

L'exactitude des prévisions est de toute première importance car elle se répercute sur la planification budgétaire, et tout particulièrement sur l'affectation de fonds pour des contraceptifs, mais aussi sur toutes les étapes ultérieures de la chaîne de logistique : approvisionnement, transport, stockage et distribution.

---

La lourdeur des procédures administratives du gouvernement tanzanien occasionne jusqu'à 24 mois de retard entre d'une part les prévisions et l'allocation des ressources, et d'autre part les dépenses réelles des ressources et la livraison du produit.<sup>53</sup> En clair, cela signifie que le gouvernement utilise les allocations budgétaires actuelles pour financer

l'utilisation future de contraceptifs. Cette lourdeur menace la sécurité contraceptive du pays : si la demande de contraceptifs augmente, il y aura en rupture de stock et les populations n'auront pas accès aux produits de base dont elles ont besoin pour empêcher les grossesses involontaires et les maladies sexuellement transmissibles.

---

Les prévisions doivent être corrélées aux calendriers d'approvisionnement, pour veiller à ce que les contraceptifs soient livrés aux entrepôts lorsqu'il y a de la place pour les recevoir, et pour renouveler les stocks dans les cliniques et les autres points de distribution en fonction des besoins. L'approvisionnement est le processus d'obtention de produits auprès des fournisseurs, fabricants, partenaires de développement ou agents d'approvisionnement. Les processus d'approvisionnement doivent tenir compte des pertes, c'est-à-dire du nombre de produits qui se perdent depuis leur expédition de chez le fabricant jusqu'à leur arrivée au point de distribution. Certaines fournitures seront endommagées, volées ou perdues dans le transport ou en entrepôt ; d'autres pourront être prélevées par des agents de douane comme échantillon de l'envoi à des fins de sécurité ; d'autres encore peuvent s'égarer (dans l'entrepôt par exemple) pour être retrouvées une fois passée leur date de péremption. Ces pertes pèsent beaucoup sur l'efficacité de la chaîne logistique. C'est aux responsables qu'il



incombe de gérer le flux de contraceptifs, en calculant les pertes et l'allure à laquelle les fournitures vont s'épuiser, et d'estimer les risques de retard des envois à un endroit ou à un autre pendant le transport et la livraison.<sup>54</sup>

Il est important que tous ces éléments se reflètent le plus fidèlement possible dans les systèmes informatiques, ou le système de gestion logistique, pour informer l'approvisionnement et la distribution. Le système de gestion logistique est un programme informatique qui suit le parcours d'un contraceptif à chaque étape de la logistique. L'efficacité du système dépend de plusieurs facteurs, et notamment de la capacité des responsables du programme à exploiter le système. Ce n'est que lorsque le système tombe en panne que les donateurs et les gouvernements se rappellent de la nécessité de former les effectifs du système de santé à la gestion du système. L'information est un bien aux conséquences exceptionnelles au niveau de la chaîne logistique : d'elle dépend le fonctionnement sans heurts de l'ensemble du système et l'inverse est vrai, elle peut à elle seule détruire le système dans son entier. Lorsque les informations saisies dans le système de gestion logistique ne correspondent pas à la réalité des stocks, des livraisons et des envois sur le terrain, deux scénarios risquent de se produire : soit des ressources précieuses vont être gâchées, soit les points de distribution seront incapables de faire face à la demande.<sup>55</sup> À cet égard, la gestion de toutes les données concernées nécessite des investissements élevés et une expertise approfondie.

La maintenance des entrepôts requiert elle aussi des personnels hautement qualifiés ainsi que d'autres ressources. L'entrepôt doit être suffisamment grand pour y abriter les quantités commandées, et il doit conserver les contraceptifs dans de bonnes conditions (en termes de température, d'humidité, etc...) pour en garantir la sécurité d'utilisation par le public. C'est là un problème de premier ordre dans les régions tropicales et maritimes.

La chaîne logistique dépend de l'efficacité de l'infrastructure de transport : des véhicules, des routes et des effectifs, pour amener les contraceptifs du fabricant à l'entrepôt, et depuis l'entrepôt jusqu'aux points de distribution. L'accès régulier aux contraceptifs dans les lieux isolés et dépourvus de bonnes connexions de transport peut être difficile. Si les prix du carburant et des véhicules augmentent, si les distances s'allongent en raison de la fermeture de cliniques ou d'entrepôts, si les routes ne sont pas bien entretenues, les ressources et le temps nécessaires pour transporter les contraceptifs s'accroissent d'autant. Les coûts de distribution peuvent, quant à eux, ajouter entre 15 à 20 % au coût du contraceptif.<sup>57</sup> À l'heure actuelle, de gros défis sont à surmonter pour assurer la livraison efficace des contraceptifs vers des zones isolées et rurales, vers des zones aux climats extrêmes et vers des zones qui connaissent des problèmes de sécurité. Il existe également des obstacles à livrer des contraceptifs aux marginalisés. Il est impératif de s'attaquer de toute urgence à ces problèmes de la chaîne logistique. Le réseau de distribution à base communautaire de l'IPPF est une intervention qui a fait d'énormes progrès pour essayer de résoudre ce problème.

Chaque maillon de la chaîne logistique s'accompagne de ses propres risques inhérents et problèmes potentiels. Pour s'attaquer à ces problèmes et garantir la sécurité contraceptive, toutes les parties prenantes de chaque maillon de la chaîne vont devoir faire preuve d'engagement, de ressources et de capacité.

**« L'inadéquation de la capacité logistique est un facteur de plus à limiter les fournitures contraceptives dans beaucoup de pays en voie de développement. Au niveau national, un système logistique solide est le garant de la distribution sans heurts de moyens contraceptifs et d'autres fournitures, afin que chaque dispensaire ait suffisamment de stocks pour répondre aux besoins des clients. »<sup>56</sup>**

Banque Mondiale

## L'autonomisation par le savoir : la clé de la demande

Même lorsqu'un soutien politique et financier en faveur de la planification familiale est présent dans un pays, s'il se résume à des services et produits sanitaires, les programmes de planification familiale sont effectivement sabordés.

L'éducation à la sexualité doit être dispensée à tous, y compris aux jeunes scolarisés et non-scolarisés, aux groupes de marginalisés et aux autres qui n'ont peut-être jamais eu accès à des informations complètes sur le sexe et la reproduction, et cette éducation doit constituer une partie essentielle de l'engagement des gouvernements vis-à-vis de la planification familiale. C'est là quelque chose de vital au fonctionnement de la chaîne logistique.

Les jeunes ont véritablement besoin d'avoir des informations et des services portant sur la santé reproductive et la planification familiale. A un moment où l'âge où les jeunes ont leurs premiers rapports sexuels baisse, le nombre de jeunes non mariés et sexuellement actifs augmente très nettement.<sup>58</sup>

Bien qu'ils affirment souvent le contraire, beaucoup d'adolescents n'ont que de maigres connaissances sur la contraception et les rapports sexuels sans risque.<sup>59</sup> Beaucoup de jeunes sont convaincus qu'une grossesse est impossible lors du premier rapport sexuel, ou si les rapports sexuels ont lieu debout.<sup>60</sup> En collaboration avec plusieurs organisations internationales de premier ordre, l'IPPF a récemment effectué une étude complète des mythes qui entourent la contraception, dont les résultats peuvent être consultés sur le site web de l'IPPF. C'est parce qu'ils ont des connaissances incomplètes sur la planification familiale que les adolescents sont vulnérables aux infections sexuellement transmissibles et à des grossesses non désirées. On estime au bas mot à entre 2,2 et 4 millions par an le nombre total d'avortements chez les adolescents dans les pays en voie de développement.<sup>61</sup> Les études montrent que dans beaucoup de régions, les besoins de contraception chez les adolescents sexuellement actifs, ceux qui expriment un désir d'éviter les grossesses mais n'utilisent pas de moyens contraceptifs, restent largement insatisfaits.<sup>62</sup>

Beaucoup de sociétés désapprouvent les relations sexuelles avant le mariage et considèrent déplacés les services portant sur la santé reproductive pour les jeunes. En conséquence de quoi, les parents, éducateurs et prestataires de services de santé rechignent souvent à donner aux jeunes les informations et les services dont ils ont besoin. Les lois et les politiques limitent l'accès des adolescents à ces services, par exemple en restreignant les services de planification familiale aux adolescents mariés<sup>63</sup> ou en y incluant des conditions, comme l'autorisation parentale ou du conjoint. Outre que cette ignorance en matière de santé sexuelle et reproductive et que des comportements sexuels dangereux se poursuivent jusqu'à l'âge adulte, les attitudes négatives à l'égard de la sexualité des jeunes ont de lourdes conséquences :

- stigmatisation à l'encontre des jeunes qui utilisent des contraceptifs ou en font la demande
- renforcement des restrictions locales à l'accès aux services s'appuyant sur des raisons culturelles ou religieuses
- réticence des prestataires de services à remettre des contraceptifs aux jeunes
- difficultés pour les jeunes d'insister sur l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires et d'accéder à des contraceptifs
- grossesses non désirées chez les adolescentes et les jeunes
- augmentation des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH

L'augmentation de l'accès à des moyens contraceptifs et l'amélioration de l'éducation des jeunes à la santé sexuelle et reproductive devraient relever d'une priorité immédiate. Même si beaucoup de jeunes ne sont pas sexuellement actifs, ils le seront un jour, et c'est à nous qu'incombe la responsabilité de les préparer à ce jour.

**« Parfois [des femmes] avec 7 ou 8 [enfants] viennent me voir pour pleurer. Elles me disent qu'elles auraient voulu en savoir plus sur la planification familiale avant, comme ça elles auraient pu attendre plus longtemps entre chaque enfant. Les femmes qui travaillent beaucoup ne veulent pas être tout le temps enceintes. »**

Agent de santé communautaire,  
marché d'Ouina, Ouganda





# La planification familiale face à l'opposition

L'opposition religieuse à la planification familiale et à la contraception représente un frein majeur à l'obtention d'un soutien politique, tant national qu'international.

Le Vatican s'oppose avec force à la contraception, allant même jusqu'à s'opposer à l'utilisation des préservatifs à titre de prévention contre le VIH. Il s'est servi de son influence et de ses ressources financières tant sur le plan national qu'international pour entamer les efforts de planification familiale, et porter atteinte à la santé des femmes et aux droits de homme fondamentaux.

D'autres groupes religieux, notamment les évangéliques intégristes et certaines sectes islamistes, s'opposent à la contraception et usent de leur influence au sein de certains pays et de certaines régions pour faire pencher dans leur sens les politiques gouvernementales en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris en ce qui concerne les produits de santé reproductive.

---

Les hommes et femmes des Philippines essaient de faire valoir leurs droits et s'engagent dans une lutte à la fois contre l'État et contre l'Église. Le 30 janvier 2008, 20 hommes et femmes ont intenté un procès devant la cour suprême des Philippines contre le

maire de Manille, affirmant que l'interdiction de la contraception qui frappe la ville depuis 8 ans a été gravement et irrémédiablement préjudiciable pour leurs vies et leur santé, et celle de la majorité des femmes de Manille.

---

## Les Philippines : Le combat pour le droit à la planification familiale

Malgré les premiers succès du programme de planification familiale aux Philippines, les femmes et les couples philippins doivent se battre de plus en plus pour défendre leur droit à la contraception. Le gouvernement national orchestre une campagne coordonnée contre la contraception sous l'influence de l'Église catholique.

En 2002, le président Arroyo a déclaré que le gouvernement allait suspendre le financement d'approvisionnement en contraceptifs, en soutenant que la planification familiale naturelle était la plus efficace des méthodes contraceptives. Tous les ans, 27 % des femmes qui utilisent comme planification familiale la méthode du retrait (pratique courante dans cette région) tombent enceintes, par rapport à seulement 3 % des femmes qui utilisent des contraceptifs mensuels injectables ou 8 % de celles qui prennent des contraceptifs oraux.<sup>64</sup> Peu de temps après que le président ait annoncé l'arrêt du financement des moyens contraceptifs, USAID, qui jusque-là avait répondu à la majorité des besoins contraceptifs des Philippines, annonça cette même année l'abandon progressif de son soutien aux contraceptifs cette même année, l'abandon définitif devant avoir lieu en 2007. Pour les femmes pauvres qui dépendaient des dispensaires de services

publics pour obtenir des moyens contraceptifs abordables, ces décisions ont eu des conséquences dévastatrices.

En 2000, on estimait à 78 900 le nombre de femmes hospitalisées pour recevoir des soins de post-avortement, 473 400 d'entre elles se sont fait avorter et le taux annuel d'avortement s'élevait à 27 pour 1 000 femmes âgées entre 15 et 44 ans.<sup>65</sup> La guerre contre la contraception que l'Église catholique a menée aux Philippines est devenue visiblement une guerre contre les Philippines pauvres.

L'Église catholique continue d'exercer une pression sur les élus pour limiter les politiques en matière de contraception. Au début 2008, l'Église catholique a menacé de refuser la communion aux politiciens qui soutiennent des mesures visant à accroître l'accès à la contraception. À l'automne 2008, le parlement philippin a entamé des débats et étudie un projet de loi sur la santé reproductive (HB 5043) qui garantirait la prestation d'un éventail complet de services et de programmes de santé sexuelle et reproductive. L'Église catholique, comme on pouvait s'y attendre, s'y est opposée et continue d'exercer de la pression sur les parlementaires pour refuser cet avant-projet.

**Le recul de la disponibilité des contraceptifs et de leur accès s'assimile à « un acte de violence contre les femmes du genre le plus pernicieux qui soit, un acte qui prive les femmes et les filles d'informations et de services élémentaires portant sur la santé reproductive, qui s'insinue progressivement partout et dont les coûts sont tout aussi dévastateurs. »**

Dr Alcantara, Directeur exécutif de l'Association de planification familiale des Philippines, IPPF



# Injustice en matière de contraception : Entrave à la réduction de la pauvreté

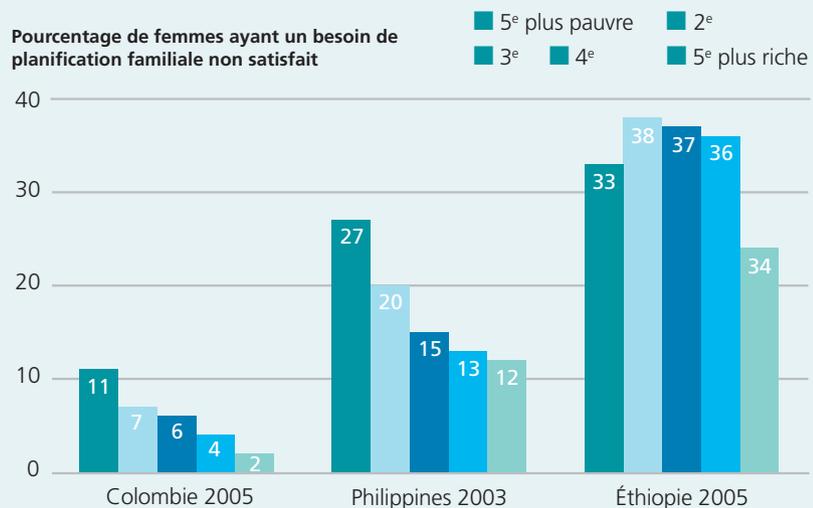
Malgré des gains impressionnants dans le monde entier, l'adoption et l'usage de moyens contraceptifs se distinguent par des inégalités entre les régions du monde, entre les pays et entre les groupes socio-économiques au sein de ces pays.

En moyenne, les femmes les plus riches sont quatre fois plus susceptibles d'utiliser des moyens contraceptifs que les plus pauvres. Dans certains pays, ce rapport va jusqu'à 12. L'accès varie en fonction de facteurs multiples : revenus, éducation, ethnicité, proximité de cliniques et efficacité des services de planification familiale.

Pour concrétiser les Objectifs de Développement du Millénaire, il est indispensable d'avoir un accès complet à des méthodes contraceptives sans risque et abordables. La contraception améliore l'égalité entre les sexes, la santé maternelle, les taux de survie infantile ; la planification familiale peut, de son côté, contribuer à réduire la pauvreté et à promouvoir la croissance économique.<sup>67</sup> En leur limitant l'accès à des moyens contraceptifs, cela revient à priver les femmes d'opportunités de se sortir, elles-mêmes et leurs familles, de la pauvreté, avec des conséquences profondes sur leurs vies et la vie de leurs enfants. Ce sont les pauvres qui ont le plus à gagner de programmes de planification familiale, mais trop souvent, ce sont eux les moins susceptibles de pouvoir accéder à ces services.

Ce n'est pas une coïncidence que les progrès d'un grand nombre des pays les plus pauvres du monde ont été lents ces 30 dernières années pour accroître l'accès aux contraceptifs.

Figure 6 Besoin insatisfait de planification familiale en fonction de la richesse<sup>69</sup>



---

### Compte à rebours 2015 : Campagne pour les produits de santé reproductive

Des organisations internationales et des groupes de la société civile s'inquiètent de plus en plus que les objectifs de développement internationaux et les engagements des gouvernements en matière de santé sexuelle et reproductive ne seront pas atteints. Le réseau européen de l'IPPF anime un consortium de 10 ONG européennes qui, à elles toutes, constituent le comité de campagne de Compte à rebours 2015. La campagne Compte à rebours 2015 a pour mission de renouveler la priorité et l'attention sur un certain nombre d'engagements et d'objectifs internationaux. Les voici :

- le programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement de 1994, qui a été édifié sur les principes fondamentaux d'égalité entre les sexes, d'élimination de la violence à l'encontre des femmes et de garantir aux femmes la possibilité de contrôler leur propre fécondité

- les huit objectifs de développement du millénaire, axés sur la réduction de moitié de la pauvreté d'ici 2015
- « l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015 » : le nouvel objectif 5b dans le cadre de l'ODM 5, qui a été ratifié par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2006
- un ensemble d'indicateurs assurant le suivi des progrès pour atteindre l'objectif 5b de l'ODM 5, portant sur l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015
- l'objectif de l'accès universel à des programmes complets de prévention du VIH et du sida, aux traitements, aux soins et à une prise en charge d'ici 2010, qui a été ratifié en 2006 par l'Assemblée Générale des Nations Unies<sup>70</sup>

Compte à rebours 2015 souligne la réalité sur le terrain : aucun des objectifs sélectionnés ne sera atteint à moins que des mesures urgentes ne soient prises pour assurer la disponibilité des produits de santé reproductive.

**« Derrière les mots se cache une vérité crue : les MDG sont condamnés à la faillite tant que l'inégalité entre les sexes subsistera. »**

Stephen Lewis, Envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/sida en Afrique

# Afrique : Les plus vulnérables tenus en échec

L'échec aussi dramatique qu'inquiétant d'assurer la disponibilité de moyens de contraception modernes se traduit par un grand besoin insatisfait chez les hommes et les femmes de nombreuses régions de l'Afrique subsaharienne : dans 21 pays, le besoin de moyens contraceptifs de la population est insatisfait à 25 %, dans 7 pays, ce besoin s'élève à un tiers de toutes les femmes mariées ou en couple.<sup>71</sup> En conséquence, les femmes dans 15 pays continuent d'avoir en moyenne plus de 6 enfants dans leur vie.<sup>72</sup> Dans la plupart des cas, elles auront d'autres grossesses, des avortements (tant involontaires que provoqués) et d'autres naissances.

En l'absence de moyens contraceptifs pour éviter des grossesses non désirées et pour espacer les naissances, le taux de mortalité et de maladie chez les femmes et les enfants reste extrêmement élevé. Une femme dans un pays en voie de développement est confrontée à une chance sur 76 de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement, alors que dans les pays industrialisés, le risque est d'un pour 8 000.<sup>73</sup> L'injustice que ressentent les femmes dans les pays et les communautés les plus pauvres de la planète est inexcusable.

## Ouganda

L'Ouganda est un exemple de pays où la planification familiale reste inaccessible, et cela malgré des politiques gouvernementales qui y sont de plus en plus favorables. Le besoin insatisfait de planification familiale chez les femmes mariées

est maintenant de 41 %.<sup>74</sup> Le gouvernement a identifié la santé reproductive comme étant une priorité. La contraception figure désormais sur la liste nationale des médicaments indispensables. Cependant, l'Ouganda s'en remet lourdement à des financements externes pour les activités de santé sexuelle et reproductive et la planification familiale ne fait pas partie des services de santé primaires. Même si les prestataires non-gouvernementaux reçoivent les contraceptifs gratuitement, la logistique de la livraison des produits comporte des failles majeures, surtout au niveau du district : celles-ci se traduisent par des ruptures de stock fréquentes et la livraison de stocks de mauvaise qualité ou expirés.

Reproductive Health Uganda, une association membre de l'IPPF, travaille de pair avec les agences gouvernementales et des organisations de la société civile en vue d'élaborer un plan sur le long terme d'amélioration de la santé infantile et maternelle. Elle plaide auprès du gouvernement pour qu'il consacre un poste budgétaire dédié à des services de santé sexuelle et reproductive. La campagne qu'elle a menée a produit des résultats très encourageants.

Lors d'une réunion de sensibilisation à l'offre de santé reproductive en Ouganda, Reproductive Health Uganda a collaboré avec des partenaires de la société civile, des députés et des experts techniques en vue d'organiser une campagne de plaidoyer coordonnée. Les députés présents à la réunion se sont engagés à plaider auprès

de leurs confrères pour qu'ils soutiennent l'approvisionnement en produits contraceptifs ; ils ont présenté devant le Parlement des informations sur les liens qui existent entre santé reproductive et santé maternelle. Après un débat houleux, le ministre des Finances s'est engagé à accorder des fonds supplémentaires à la santé reproductive et les produits de santé reproductive sur un prêt pour la santé à hauteur de 100 millions US\$ accordé par la Banque Mondiale. Cette augmentation de 13 % atteste bien du pouvoir dont dispose la société civile pour influencer sur le processus décisionnel des gouvernements et pour veiller à ce que la santé sexuelle et reproductive reçoive la priorité qu'elle mérite. Toutefois, dans un pays qui compte 28,5 millions d'habitants, cet argent n'ira pas loin.

À un moment où les dirigeants mondiaux et les ministres de la santé nationaux font de plus en plus de déclarations publiques affichant leur soutien au planning familial, les échecs de financement pour la santé sexuelle et reproductive à travers l'Afrique entière menacent d'inverser les gains acquis par la contraception. Il n'est donc nullement étonnant que 50 % du total mondial de décès de femmes et filles suite à des avortements à risque se produisent en Afrique, bien qu'elle n'abrite que 14 % de la population mondiale.<sup>75</sup> La société civile a un rôle important à jouer pour veiller à ce que les services et les produits de santé sexuelle et reproductive soient correctement financés et livrés.

---

« Il arrive parfois que des donateurs livrent des produits de [santé sexuelle et reproductive], dans des quantités bien supérieures aux taux de consommation à ce moment donné, et à la place pour les stocker dans les magasins médicaux. Nous savons bien que cela coûte moins cher de livrer en gros mais cela ne sert à rien que les [magasins médicaux nationaux] s'approvisionnent en gros quand, au bout du compte, ces médicaments ont une date d'expiration. Et puis il faut

penser aux financements : aujourd'hui, nous recherchons 800 millions\*, pour nous débarrasser des médicaments arrivés à expiration. [Ces] 800 millions ne vont pas être utilisés pour fournir des médicaments, des biens, dans mon district. Utiliser [cet argent] pour se débarrasser de médicaments arrivés à expiration, c'est un vrai gâchis dans un pays comme le nôtre. »

Hon Silvia Ssennabulya, Député,  
Ouganda

**« En termes de prévalence de l'usage de contraceptifs modernes, l'écart qui existe entre les pauvres absolus et le reste de la population dans les pays en voie de développement est en train de se creuser sur la durée, et a tendance à s'accroître dans les pays à revenus plus élevés... Cet écart toujours plus grand, exacerbé par des inégalités nationales accrues au niveau des revenus, est une question de priorité politique pour la contraception et, au sens plus large, pour les services de santé reproductive. »<sup>68</sup>**



\* 800 millions de shillings ougandais équivalent à 493 000 US\$.



## Amérique latine et Caraïbes : Un succès qui se transforme en échec ?

Tout au long des années 1990, les gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes ont lourdement investi pour accroître le nombre de dispensaires, améliorer la qualité et distribuer gratuitement les préservatifs dans les dispensaires du gouvernement. Les organisations non-gouvernementales (ONG) ont accru le marketing social des contraceptifs, ce qui a permis de renforcer l'accès aux contraceptifs par l'ajout de forces de ventes mobiles et l'élargissement du réseau de dispensaires et d'agents de santé communautaires.

À première vue, l'Amérique latine et les Caraïbes peuvent paraître comme un succès en matière de prestation de services contraceptifs. Sur le plan régional, l'usage contraceptif (UCR) a atteint 71 %, chiffre satisfaisant par rapport aux régions les plus développées. Le nombre de dispensaires et le nombre de femmes ayant accès à ces services ont eux aussi augmenté. Or les moyennes régionales sont trompeuses : elles dissimulent en fait des iniquités à travers la région et d'un pays à l'autre. Si le Brésil et la Colombie affichent des taux de prévalence contraceptive de près de 79 %, celui de Haïti n'est que de 25 %.<sup>76</sup> Dans l'ensemble de l'Amérique latine, les femmes des campagnes, celles les moins éduquées, les adolescentes et certains groupes ethniques sont bien moins susceptibles que les femmes urbaines et de classe moyenne d'avoir accès à des moyens contraceptifs ou de les utiliser. Ce sont chez les femmes les plus pauvres que l'écart entre la fécondité réelle et désirée est le plus important.

Cette utilisation de moyennes régionales et nationales pour évaluer les besoins contraceptifs est sans doute en partie responsable du nombre croissant de donateurs qui choisissent de réduire leur soutien, et leur financement, à des services contraceptifs pour la région. À moins que les gouvernements nationaux ne soient disposés et capables de payer les services et les fournitures après le départ des donateurs, les populations des pays les plus pauvres continueront de se voir privées du droit à la planification familiale.

Il est indispensable que beaucoup de pays d'Amérique latine prennent dès maintenant des mesures urgentes pour ne pas faire reculer les gains réalisés en matière de planning familial. Ils doivent réfléchir aux options qui leur sont abordables et ils doivent identifier des sources de financement et d'approvisionnement de contraceptifs qui sont différentes de celles de leurs donateurs ordinaires. À long terme, il leur faudrait construire sur le plan national des usines capables de fabriquer, produire et livrer tout un éventail de contraceptifs de grande qualité, pour pouvoir s'appuyer sur des stocks prévisibles et variés.

## Nicaragua : Contrer des politiques restrictives par des solutions commerciales et audacieuses

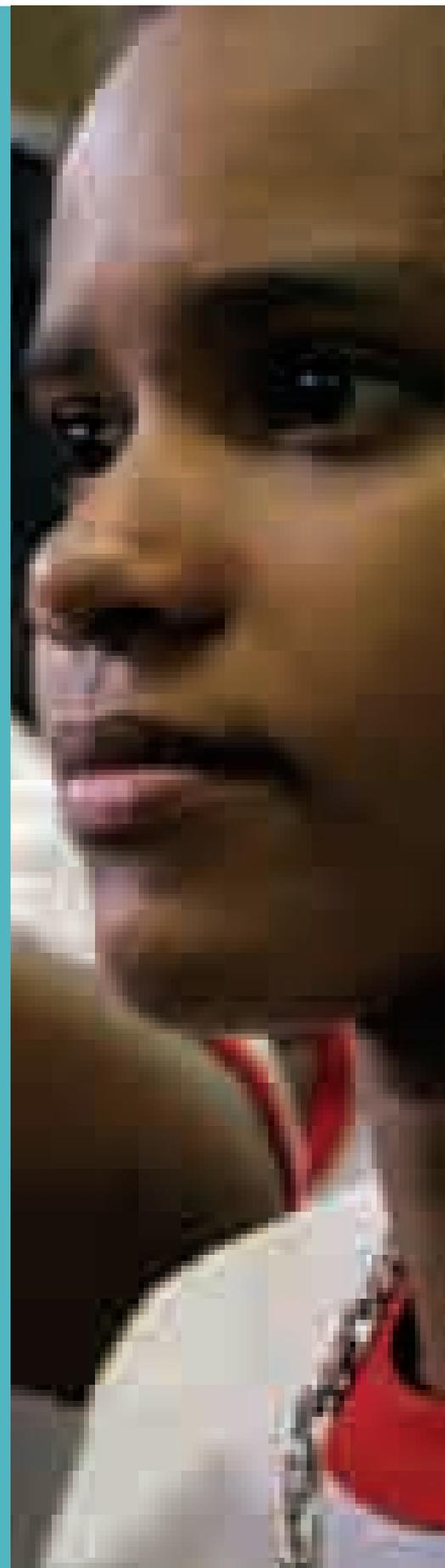
Ces dernières années, le gouvernement nicaraguayen a changé les politiques qui régissent la manière dont les organisations non-gouvernementales (ONG) se procurent et distribuent les contraceptifs obtenus sous forme de dons. Depuis 2007, les ONG, dont Profamilia, l'association membre de l'IPPF, n'ont le droit d'accepter de contraceptifs obtenus sous forme de dons que si elles les fournissent à leurs clients à titre gratuit. Ce changement de politique ébranle le fondement des opérations de Profamilia, et porte atteinte à l'ensemble du système de livraison de contraceptifs à ses clients.

Jusqu'à-là, les ONG comme Profamilia pouvaient accepter les dons et les vendre aux clients moyennant un faible coût pour subvenir à leurs frais de distribution (les coûts de stockage, d'administration et de transport) et pour subventionner d'autres services, plus coûteux.

Au Nicaragua, pays de 5,6 millions d'habitants <sup>77</sup>, le poste budgétaire que le gouvernement consacre aux contraceptifs en 2008 est d'environ

560 000 US\$, dont 300 000 US\$ est assuré sous la forme de dons. Il est loin de suffire à la demande. Pour s'assurer que les contraceptifs sont à la disposition de toutes les personnes qui en ont besoin et qui en veulent, des prestataires de services comme Profamilia dépendent de dons de produits et d'un environnement de politique qui leur permette de livrer ces fournitures à leurs clients.

En réponse au changement législatif, Profamilia a décidé de créer une filiale privée, PROFACSA, qui lui servira de partenaire d'approvisionnement et de distribution de contraceptifs. PROFACSA permettra à Profamilia non seulement de récupérer le coût des produits auprès de ses clients, mais aussi de distribuer des produits à partir de points de vente au détail. Tous les bénéfices seront réinvestis dans Profamilia pour renforcer ses programmes et les services qu'elle offre aux populations pauvres et marginalisées. Profamilia prévoit que PROFACSA sera opérationnelle en 2009.





## Des produits pour tous

Dans une large mesure, la demande de planification familiale ne peut être satisfaite que par la disponibilité de produits qui sont au diapason avec les attentes culturelles et les besoins particuliers des individus concernés. La demande de nouveaux produits peut émaner des usagers eux-mêmes, d'universitaires, de prestataires de santé, voire d'experts de la santé.

Après avoir reçu le soutien et le financement requis, il faut parfois des décennies pour entreprendre les travaux de recherche et développement nécessaires afin de prouver qu'un nouveau contraceptif est sûr et efficace. L'accès ou non des femmes et des hommes des pays en voie de développement aux produits de santé et aux types de produits souhaités, dépend en très grande partie des décisions de l'industrie pharmaceutique.

Depuis les années 1950, les grandes avancées dans le domaine de la contraception sont attribuables aux travaux de recherche et développement réalisés par le secteur privé. Toutefois, dans les années 1970, des voix se sont soulevées, remettant en question la volonté de l'industrie pharmaceutique à fournir des produits aux pays en voie de développement, ou à élargir son portefeuille pour proposer des produits de rechange offrant des choix plus larges et plus acceptables. Dans ce contexte, trois grandes organisations du secteur public se sont engagées dans des travaux de recherche et développement portant sur des méthodes contraceptives, pour veiller à ce que les nouveaux développements s'intéressent de près aux besoins des pauvres et des autres segments du marché qui sont moins rentables. Il s'agit des organisations suivantes : Population Council, le programme spécial du PNUD/du FNUAM/de l'OMS/et de la Banque Mondiale de recherche, de développement et de Formation à la recherche en reproduction humaine (OMS/HRP), et CONRAD, un institut de recherche.

La plus ancienne d'entre elles est le Population Council, qui a été établi il y a une cinquantaine d'années de cela. Par l'intermédiaire de son Comité international de recherche sur les méthodes contraceptives (ICCR), établi en 1970, il a mis au point quatre produits contraceptifs qui ont été commercialisés : deux contraceptifs implantables, dont Norplant, et deux dispositifs intra-utérins (DIU).

Depuis son établissement en 1972, le programme spécial du PNUD/FNUAP/OMS/Banque Mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (OMS/HRP) a travaillé sur de nombreuses approches de la contraception. Celles-ci englobent tout un éventail de méthodes contraceptives, depuis l'administration intra-nasale d'hormones jusqu'à l'immunocontraception. À l'exception de certains types de produits injectables et de la contraception d'urgence, ces travaux de recherche n'ont toutefois pas abouti à la commercialisation de beaucoup de produits. En revanche, le programme a fortement contribué à accroître la disponibilité de produits mis au point par des tiers. Ses études cliniques et épidémiologiques ont aussi aidé à établir des codes de bonne pratique pour évaluer la sécurité et l'efficacité des méthodes existantes, en s'intéressant tout particulièrement aux pays en voie de développement.

En 1995, CONRAD a mis sur pied le Consortium pour la collaboration industrielle en recherche contraceptive (CICCR) afin de revitaliser l'engagement de l'industrie pharmaceutique à développer de nouveaux contraceptifs. CONRAD accorde la priorité à l'élaboration de barrières chimiques pour les femmes, qui empêchent la grossesse et/ou les infections sexuellement transmissibles ; des méthodes hormonales pour les hommes ; des méthodes non hormonales pour les femmes et les hommes ; et des barrières mécaniques pour les femmes.

Bien que beaucoup de femmes optent pour des implants, des DIU et des contraceptifs injectables mensuels (dans une mesure plus ou moins grande, en fonction du pays et du contexte), les contraceptifs oraux sont, eux, ce qui intéresse le plus le secteur privé. Malgré les efforts déployés pour accroître la disponibilité de différents genres de contraceptifs pour les hommes et les femmes pour lesquels

des contraceptifs oraux ne conviennent pas ou ne sont pas préférables, les contraceptifs oraux représentent près de 50 % des ventes de contraceptifs dans le monde entier.

Du fait de l'importance du marché des contraceptifs oraux, les très grandes entreprises pharmaceutiques ne se résignent pas introduire les nouveaux produits qu'elles ont développés. Elles craignent de sacrifier ce marché qui s'avérait déjà extrêmement lucratif. En 2004, le nombre de grandes entreprises pharmaceutiques présentes dans ce domaine a fortement chuté, principalement à la suite de fusions et d'acquisitions, et donc la concurrence a été farouche.

Le marché contraceptif a changé ces dernières années, en partie du fait de la taille croissante des fabricants de contraceptifs oraux génériques. Deux entreprises en particulier, Barr et Watson Pharma, ont commercialisé des contraceptifs oraux génériques de qualité, avec pour effet d'écarter du marché les grands acteurs traditionnels des contraceptifs oraux. Ce n'est que lorsque les « quatre grands » des entreprises pharmaceutiques, à savoir Organon, Ortho, Schering et Wyeth, se sont rendu compte qu'ils perdaient des parts de marché sur les contraceptifs oraux qu'ils se sont sérieusement intéressés à de nouveaux produits. Depuis, pour tenter de retenir une part du marché contraceptif hormonal, les « quatre grands » ont introduit un anneau vaginal, des patches contraceptifs et des implants, ainsi qu'un DIU. Ces produits sont disponibles en Europe et aux États-Unis mais sont pratiquement inabordables au grand public dans le monde en voie de développement.

La tendance aux fusions et acquisitions au sein de l'industrie pharmaceutique a créé des remous au sein de l'industrie contraceptive, ce qui s'est traduit par des hauts et des bas successifs pour les activités de recherche, de développement et de marketing des contraceptifs et d'autres produits de santé pour les femmes. Wyeth tout comme Ortho ont réduit de beaucoup leurs activités contraceptives, et lorsque Schering-Plough a racheté Organon en 2007, elle aussi a revu à la baisse ses activités contraceptives. L'exception dans tout cela a été Schering. Schering a été racheté par Bayer en 2006 et Bayer a maintenu son rôle dans le domaine de la contraception hormonale. Schering, qui s'appelle désormais Bayer-Schering, est le dernier des « quatre grands » à maintenir un programme de recherche et de développement et à participer à la fourniture de contraceptifs oraux aux pays en voie de développement. Organon a récemment manifesté un regain d'intérêt pour le marché contraceptif, qui reste néanmoins limité.

Ainsi donc, des « quatre grands » il ne reste plus que « l'unique grand ». Bayer-Schering fabrique certes des produits de grande qualité, mais l'absence de concurrence pose un gros problème pour les agences d'approvisionnement. Sans choix d'autres fournisseurs, les agences d'approvisionnement sont contraintes de payer le prix fort imposé par le fabricant, quel qu'il soit. De plus, le type de produits proposés dépend de ce que le fabricant en question décide de vendre, et parfois de ce que les gouvernements donateurs sont disposés à donner comme produits.<sup>78</sup> Tout ceci se répercute sur la possibilité qui est donnée aux hommes et femmes de pays en voie de développement d'avoir accès, ou non, au produit de leur choix. Avant même la montée en puissance des fabricants génériques et la série de fusions et d'acquisitions qui ont transformé le paysage de la contraception, les diverses parties prenantes avaient commencé à se demander si les industries pharmaceutiques des pays en voie de développement ne pourraient pas combler le fossé et fournir des produits de qualité garantie à un prix abordable.

## « Personne ne devrait mourir pour avoir eu des rapports sexuels. »

Hilary Benn, ancien Secrétaire d'État pour le Développement international (R-U)



Il existe deux grandes opinions sur l'industrie pharmaceutique dans les pays en voie de développement. D'aucuns pensent que nous devrions apporter notre soutien aux fabricants et aux gouvernements pour qu'ils bâtissent des usines dans les pays afin de développer et de réglementer les contraceptifs ; ce serait également l'occasion pour les producteurs locaux de développer leurs propres marchés à l'exportation.<sup>79</sup> D'autres en revanche soutiennent que les actuels fournisseurs de contraceptifs suffisent et que ça ne vaut pas la peine de créer de nouvelles usines pour répondre à la demande de fournitures de contraceptifs hormonaux. Nous devrions plutôt, disent-ils, concentrer notre attention à développer un réseau parmi les fabricants actuels de produits pharmaceutiques génériques dans les pays à faible et moyen revenu qui pourraient fournir des produits aux populations du monde en voie de développement. À condition, bien entendu, que ces produits génériques soient de bonne qualité, qu'ils soient abordables et accessibles.<sup>80</sup>

Une étude récente a évalué 47 fabricants de contraceptifs hormonaux oraux et injectables dans 15 pays à revenu faible et moyen.<sup>81</sup> Comme le déclare un résumé des résultats :

**« Bien que les 47 usines visitées observent toutes des règles relatives aux bonnes pratiques de fabrication (BPF), il est probable que moins de 35 % d'entre elles seraient susceptibles de répondre aux exigences actuelles en matière de BPF imposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Schéma de coopération pour l'Inspection pharmaceutique (PIC/S) ou de toute autre autorité réglementaire stricte au cours des deux années à venir. Une autre tranche de 30 % d'entre elles pourrait éventuellement être conformes, sous réserve d'investissements importants et de très nettes améliorations en matière de gestion de la qualité et de bonne pratique. Les 35 % restants des usines visitées fabriquent des produits dans des conditions qui sont très préoccupantes. »**

On s'attendait à ce que 15 de ces entreprises auraient pu, d'ici là, satisfaire aux exigences du programme de préqualification de l'OMS, or aucune n'y est parvenue pour le moment. Il y en a toutefois deux ou trois qui sont très proches de le faire, et des évaluations indépendantes, dont une effectuée par l'UNFPA, ont démontré que les produits de ces entreprises répondent bien aux exigences strictes nécessaires à la fabrication de produits de qualité assurée. Ainsi donc, à la fin de 2008, il y a « le grand » et les « trois petits » fabricants de contraceptifs hormonaux de qualité. Il existe un groupe de trois ou quatre entreprises qui ont obtenu de l'aide technique externe pour améliorer leur compétence de fabrication. Par ailleurs, le FNUAP a préqualifié, comme répondant aux normes appropriées, un DIU en cuivre et des préservatifs qui sont produits par un groupe de fabricants implantés dans des pays en voie de développement.

Au bout de 50 ans de contraception moderne, nous avons encore du mal à fournir des produits appropriés de qualité garantie à un prix abordable aux populations du monde entier. Les gouvernements, les donateurs et tous ceux concernés par l'amélioration de l'accès à la contraception continuent d'y voir là un défi à surmonter.

# Responsabiliser les populations pour qu'elles mènent des vies productives et autonomes

Trois forces se conjuguent et infligent des pressions excessives et intenable sur les services de planification familiale et les moyens de contraception dans le monde entier.

Tout d'abord, les insuffisances de financement pour la santé reproductive de la part des donateurs et des gouvernements de pays en voie de développement ; ensuite, la plus grande population de jeunes arrivant à maturité sexuelle de toute l'histoire de la planète ; et pour finir, la demande croissante de protection contre la transmission du VIH dans le monde en voie de développement. Sans action immédiate, ces pressions causeront des souffrances inutiles et indues. Ce n'est que lorsqu'elles sont en mesure de choisir si elles veulent des enfants, à quel moment et à quels intervalles, ou si elles veulent des rapports sexuels pour le plaisir sans craindre de tomber enceinte, que les femmes peuvent jouer un rôle toujours plus important dans leurs sociétés et obtenir le respect de leurs droits. Leur santé, leurs moyens de subsistance et leur avancée pédagogique se voient menacés par le manque d'investissement accordé à l'une des interventions les plus rentables et les plus fiables en termes de santé et de développement que le monde ait jamais connue : la contraception

Plus de 200 millions de femmes n'ont pas accès aux services contraceptifs dont elles ont besoin.<sup>81</sup> Il se produit tous les ans plus de 80 millions de grossesses non désirées, plus de la moitié d'entre elles se terminent en un avortement, et tous les ans près de cinq millions de femmes et de filles meurent ou restent handicapées suite à un avortement à risque.<sup>82</sup> Près de la moitié de la mortalité concerne des filles et des jeunes femmes âgées de moins de 25 ans.<sup>83</sup>

La planète compte 1,5 milliard de jeunes qui approchent de la maturité sexuelle,<sup>84</sup> des jeunes qui vont manifester une demande sans précédent de moyens contraceptifs pour lesquels le monde n'est singulièrement pas préparé. Alors qu'ils sont parfaitement prévisibles et évitables, des dizaines de millions de grossesses involontaires, d'avortements à risque, de décès chez la mère et l'enfant continueront de se produire. Cela portera un coup fatal aux efforts mondiaux déployés pour améliorer la santé, faire valoir les droits des femmes et des jeunes et pour faire sortir des milliards de gens de la pauvreté.

L'épidémie de VIH et de sida fait d'ores et déjà des ravages considérables aux quatre coins du monde, mais plus particulièrement en Afrique subsaharienne, et principalement chez les jeunes d'Afrique subsaharienne.<sup>85</sup> Plus de 40 % des nouvelles infections au VIH dans le monde entier se produisent chez les jeunes : l'endiguement de la transmission du VIH chez cette population pourrait changer le cours de l'épidémie de sida.<sup>86</sup> Un jeune est infecté du VIH toutes les 14 secondes, la majorité d'entre eux étant des jeunes femmes.<sup>87</sup>

Pour inverser la tendance, pour autonomiser les femmes, les hommes et les jeunes en leur remettant les moyens dont ils ont besoin pour s'assurer leur propre santé sexuelle et reproductive, et pour réaliser leurs droits humains, les gouvernements doivent prendre des mesures claires, fondées sur des données avérées.





# Recommandations

Il est temps d'agir désormais. Sur les 40 dernières années, la planification familiale a amélioré la vie de millions de personnes. Il faut préserver son rôle majeur dans la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la santé, le développement humain et les droits humains. Ne pas le faire reviendrait à refuser, aux peuples des pays en développement, le droit à bénéficier d'avantages considérés comme acquis dans les pays développés.

1. Les donateurs et les pays en voie de développement doivent augmenter leur soutien financier aux produits de santé reproductive
  - Les pays en développement doivent maîtriser eux-mêmes les enjeux de santé et droits sexuels et reproductifs de leurs citoyens, en consacrant des fonds nationaux aux produits contraceptifs, par une ligne budgétaire spécifique.
2. L'offre en produits contraceptifs doit constituer un élément essentiel des initiatives de renforcement du système de santé. Elle doit être intégrée dans le plan national de santé et budgétée en conséquence.
  - Les initiatives de renforcement du système de santé, et les plans nationaux de santé doivent inclure des dispositions pour gérer l'approvisionnement et la distribution des produits contraceptifs.
  - Les ressources financières et humaines doivent être nettement renforcées, pour assurer la distribution des produits contraceptifs et les services et programmes de santé sexuelle et reproductive.
3. Les gouvernements doivent augmenter leur collaboration avec les parties prenantes du secteur privé, dont les ONG et les entreprises pharmaceutiques, afin de garantir l'accès des produits contraceptifs à tous, et pas seulement à ceux qui représentent les segments de marché les plus rentables.
4. Développer la capacité et investir dans la gestion de la chaîne logistique dans les pays en voie de développement
  - Investir dans des installations de stockage au niveau national et municipal, et investir dans un système de gestion de logistique (LMS), en prévoyant la formation et le support nécessaires pour que les effectifs puissent s'en servir efficacement.
  - Fournir des ressources aux comités nationaux de sécurité contraceptive, pour veiller à ce qu'ils tiennent des réunions régulières et qu'ils aient des adhérents de divers horizons, notamment des représentants du ministère de la santé, du ministère des finances, de la société civile, des technocrates, des donateurs et des prestataires de service de santé.
  - S'assurer qu'un large assortiment de produits de santé reproductive figure dans la liste nationale de médicaments essentiels. Cet assortiment doit être cohérent avec la Liste Inter-institutions des Médicaments Essentiels pour la Santé Génésique. La liste nationale doit être mise à jour régulièrement, et de façon transparente, pour garantir la prise en compte des nouveaux produits et techniques.
5. Simplifier et harmoniser les prévisions et les procédures d'approvisionnement
  - Accroître l'harmonisation entre les donateurs et les ministères de la santé dans les pays en voie de développement, afin de coordonner les dons, l'approvisionnement et la distribution de fournitures de santé reproductive.
  - Simplifier les procédures d'enregistrement des produits, pour faire en sorte que les produits soient mis sur le marché plus rapidement et de manière plus rentable.

6. Créer un environnement favorable à la santé et aux droits sexuels et reproductifs

- Rendre obligatoire l'éducation sur la sexualité pour les jeunes dans les écoles, et soutenir l'accès universel à des programmes d'éducation à la sexualité pour les jeunes non-scolarisés.
- Garantir l'accès universel à l'information, à l'éducation et à la communication sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, avec notamment des informations sur les méthodes contraceptives.
- Développer et renforcer pour la distribution de produits contraceptifs, des structures et actions institutionnelles, qui préservent l'égalité des sexes et impliquent des groupes souvent marginalisés et insuffisamment pris en compte.
- Développer la capacité pour des soins de qualité parmi les professionnels de la santé qui dispensent des produits, notamment les prestataires de soins, les pharmaciens et les infirmières.
- Renforcer la participation de la société civile (prestataires de services et défenseurs) dans les processus d'établissement budgétaire à l'échelon national et sub-national.
- Mettre en œuvre des stratégies destinées à accroître la participation des hommes, à réduire la violence et la coercition sexuelles, et éliminer le mariage forcé des enfants.



# Références

1. United Nations Population Fund (ND) Contraceptives Save Lives, Women are Dying Every Day. [www.who.int/pmnch/events/2008/contraceptive.pdf](http://www.who.int/pmnch/events/2008/contraceptive.pdf) Consultation le 21 juillet 2008.
2. United Nations Population Fund (ND) Support Adolescents and Youth. [www.unfpa.org/adolescents/index.htm](http://www.unfpa.org/adolescents/index.htm) Consultation le 12 juillet 2008.
3. UNAIDS (2008) Executive summary. *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS.
4. Sedgh, G, Singh, S, Bankole, A, Hussain, R and Wind, R (2007) *New Evidence to Address Unmet Need for Contraception*. New York: Guttmacher Institute.
5. Reuters (2008) World Bank urges more focus on contraception. 10 July 2008. [www.reuters.com/article/healthNews/idUSN0937238520080710?pageNumber=2&virtualBrandChannel=0](http://www.reuters.com/article/healthNews/idUSN0937238520080710?pageNumber=2&virtualBrandChannel=0) Consultation le 12 juillet 2008.
6. Sedgh, G, Hussain, R, Bankole, A, and Singh, S (2007) *Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method*. Occasional Report no.37. New York: Guttmacher Institute.
7. Britannica (2008) Charles Goodyear. *Encyclopædia Britannica*. [www.britannica.com/EBchecked/topic/238848/Charles-Goodyear](http://www.britannica.com/EBchecked/topic/238848/Charles-Goodyear) Consultation le 12 août 2008.
8. Wellings, K (1986) Trends in contraceptive usage since 1970. *British Journal of Family Planning*. 12 (2), pp. 15-22.
9. Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health (2000) Helping Women Use the Pill. *Population Reports*. 28 (2) Series A, 10.
10. Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health (2005) New Attention to the DIU. *Population Reports*. 23 (5), Series B, 7.
11. Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health (1999) The Condom Gap: A Health Crisis. *Population Reports*. 27 (1) Series H, 9.
12. World Health Organization (2008a) *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Switzerland: WHO.
13. United Nations Population Fund (ND) Reducing risks by offering contraceptive services. [www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm](http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm) Consultation le 28 juillet 2008.
14. World Health Organization (2007) *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Fifth ed. Switzerland: WHO.
15. Faundes, A and Barzelatto, J S (2006) *The Human Drama of Abortion: A Global Search for Consensus*. Nashville, USA: Vanderbilt University Press.



16. Hale, L, DaVanzo, J, Razzaque, A and Rahman, M (2006) Why Are Infant and Child Mortality Rates Lower in the MCH-FP Area of Matlab, Bangladesh? *Studies in Family Planning*, 37 (4), pp. 281-292.
17. Gates, B (2003) 'Bill Moyers interviews Bill Gates about his mission – addressing the problematic state of global health'. *Now: Science and Health*, PBS, 05/09/2003. [www.pbs.org/now/transcript/transcript\\_gates.html](http://www.pbs.org/now/transcript/transcript_gates.html) Consultation le 13 août 2008.
18. PATH and United Nations Population Fund (2006) *Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs*. Seattle: PATH/UNFPA.
19. Ki-moon, Ban (2008) Discours : *Family Planning is a Fundamental Component of Reproductive Health*. A l'occasion de la Journée Mondiale de la Population, Vienne, le 11 juillet 2008.
20. Center for Reproductive Rights (2003) International Family Planning and Reproductive Health. Disponible à : [www.reproductiverights.org/pub\\_fac\\_ifp.html](http://www.reproductiverights.org/pub_fac_ifp.html) Consultation le 29 septembre 2008.
21. Setty-Venugopal, V, Jacoby, R, and Hart, C (2002) Family Planning Logistics: Strengthening the Supply Chain. *Population Reports*. Winter. Series J, No. 51. [www.infoforhealth.org/pr/j51/j51chap1\\_1.shtml](http://www.infoforhealth.org/pr/j51/j51chap1_1.shtml) Consultation le 10 juillet 2008.
22. United Nations Population Fund (ND) Support Adolescents and Youth. Ibid.
23. United Nations Population Fund (ND) Facts and Figures 2: No woman should die giving life. [www.unfpa.org/safemotherhood/mediakit/documents/fs/factsheet2\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/safemotherhood/mediakit/documents/fs/factsheet2_eng.pdf) Consultation le 29 juillet 2008.
24. RAND (1998) Population matters: Policy Brief. *International Family Planning*. RAND Program of Policy-Relevant Research Communication. [www.rand.org/pubs/research\\_briefs/RB5022/index1.html](http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB5022/index1.html) Consultation le 21 juillet 2008.
25. John Snow Inc. (forthcoming) *Meeting the Challenge: Contraceptive Projections and the Donor Gap*. London: JSI.
26. Guttmacher Institute (2007) *Unmet Need for Contraception in Developing Countries*. New York: Guttmacher Institute. [www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/FB\\_unmetNeed.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/FB_unmetNeed.pdf) Consultation le 10 juillet 2008.
27. United Nations Population Fund (2008) *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2007*. Ibid.
28. Ibid.
29. United Nations Population Fund (2008) *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2007*. New York: UNFPA. [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/681\\_filename\\_dsr\\_2005.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/681_filename_dsr_2005.pdf) Consultation le 28 juillet 2008.
30. Ibid.
31. United Nations Population Fund (2008) *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2007*. Ibid.



32. Cohen, S (2006) The Global Contraceptive Shortfall: US Contributions and US hindrances. *Guttmacher Policy Review*. 9 (2). [www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/2/gpr090215.html](http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/2/gpr090215.html) Consultation le 10 juillet 2008.
33. United Nations Population Fund and NIDI (2003) *Resource Flows, Index*. New York: UNFPA. [www.resourceflows.org/index.php/articles/c31/](http://www.resourceflows.org/index.php/articles/c31/) Consultation le 10 juillet 2008.
34. World Health Organization (2008b) *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO.
35. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (2005) Country profiles: Pakistan. [www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=pak](http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=pak) Consultation le 21 novembre 2008.
36. World Health Organization (2008b) *World Health Statistics 2008*. Ibid.
37. Population Reference Bureau (2007) *2007 World Population: Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
38. United Nations Population Fund (2007) *State of World Population 2007*. New York: UNFPA.
39. USAID (2006) No Product, No Program: Financing, Procurement and Distribution of Reproductive Health Supplies. [www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/news/issue\\_briefs/supplies.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/news/issue_briefs/supplies.html) Consultation le 12 août 2008.
40. World Health Organization (ND) Strengthening health systems to deliver reproductive health. [www.who.int/reproductive-health/healthsystems/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/healthsystems/index.html) Consultation le 24 juillet 2008.
41. UNFPA (ND) Reducing Risks by Offering Contraceptive Services. [www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm](http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm) Consultation le 4 décembre 2008.
42. PATH and United Nations Population Fund (2006) Ibid.
43. Department for International Development, UK (2007) The International Health Partnership Launched Today. UK. [www.dfid.gov.uk/news/files/ihp/default.asp](http://www.dfid.gov.uk/news/files/ihp/default.asp) Consultation le 21 juillet 2008.
44. Population Council (ND) Quality of Care. [www.popcouncil.org/qoc/qocfundamentals/index.html](http://www.popcouncil.org/qoc/qocfundamentals/index.html) Consultation le 29 septembre 2008; RHRC Consortium (ND) Quality of Care in Service Delivery Programmes. New York: Columbia University Mailman School of Public Health and Heilbrunn Department of Population and Family Health. [www.rhrc.org/resources/general\\_fieldtools/toolkit/64b%20QOC%20What%20is%20it%20and%20](http://www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/toolkit/64b%20QOC%20What%20is%20it%20and%20) Consultation le 21 septembre 2008.
45. Newcomer, S (2002) What's a Successful Device: Acceptability. *Special Report: The Diaphragm Renaissance Meeting*. Seattle, Washington, 9-10 septembre 2002. RHO Cervical Cancer. [www.rho.org/html/cont\\_diaphragm\\_renaissance.htm](http://www.rho.org/html/cont_diaphragm_renaissance.htm) Consultation le 30 septembre 2008.

46. USAID DELIVER Project (1): Why is logistics important: <http://deliver.jsi.com/dhome/topics/supplychain/logistics/logisticsimportant> Consultation le 20/10/08; European Commission (2007) *Reproductive Health Commodity Security Study: Key findings and recommendations for the European Commission*. Final report. Brussels: European Commission.
47. Family Planning Logistics Management (2000) *Contraceptive forecasting handbook for family planning and HIV/AIDS prevention programs*. Arlington, Virginia, FPLM/John Snow, Inc., 2000. 204 p.
48. INFO Project (2005) *New contraceptive choices. (Population reports)*, Series M 19. [www.infoforhealth.org/pr/m19/m19chap1.shtml#1\\_1](http://www.infoforhealth.org/pr/m19/m19chap1.shtml#1_1) Consultation le 20 octobre 2008.
49. Deen, T (ND) *Development: Tied Aid Strangling Nations, Says UN*. Available at: <http://ipsnews.net/interna.asp?idnews=24509> Consultation le 23 octobre 2008.
50. Human Rights Watch (2004) *A Test of Inequality: Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic*. UK: Human Rights Watch; International Community of Women Living with HIV/AIDS (2008) 'Overview of ICW's Work to End the Forced and Coerced' [www.icw.org/node/381](http://www.icw.org/node/381) Consultation le 21 septembre 2008; Open Society Institute, Public Health Program (2008) *Human Rights and HIV/AIDS: Now more than ever*. [www.hrw.org/pub/2008/hivaids/HR.delegates.guide.pdf](http://www.hrw.org/pub/2008/hivaids/HR.delegates.guide.pdf) Consultation le 20 septembre 2008.
- 51a. Demeny, P (1986) *Pronatalist Policies in Low-Fertility Countries: Patterns, Performance, and Prospects*. New York: Population Council
- 51b. Speizer, I. S., Hotchkiss, D.R., Magnani, R J, Hubbard, B and Nelson, K (2000) *Do Service Providers in Tanzania Unnecessarily Restrict Clients' Access to Contraceptive Methods? International Family Planning Perspectives*. 26 (1) [www.guttmacher.org/pubs/journals/2601300.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2601300.html) Consultation le 30 décembre 2008.
52. Info Project, *Population Reports, Series J No 51, 2002* [www.infoforhealth.org/pr/j51/j51chap5.shtml#5\\_1](http://www.infoforhealth.org/pr/j51/j51chap5.shtml#5_1) Consultation le 20 octobre 2008.
53. Population Action International (Forthcoming) *Tanzania: Project RMA country study*.
54. Disease Control Priorities Project, *Ensuring Supplies of Appropriate Drugs and Vaccines* [www.dcp2.org/pubs/DCP/72/Section/10419](http://www.dcp2.org/pubs/DCP/72/Section/10419) Consultation le 20 octobre 2008.
55. USAID DELIVER Project 3, *supply chain essentials* <http://deliver.jsi.com/dhome/topics/supplychain> Consultation le 20 octobre 2008.
56. World Bank (2007) *Population Issues in the 21st Century, The Role of the World Bank*. World Bank Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington, DC: World Bank.

57. USAID DELIVER Project 2 (ND), Family Planning Commodities <http://deliver.jsi.com/dhome/topics/health/famplan#Introduction> Consultation le 20 octobre 2008.
58. National Research Council (2006) *Growing up global: The changing transitions to adulthood in developing countries*. Washington, DC: National Academies Press.
59. Bankole, A, Ahmed, F, Neema, S, Ouedraogo, C, and Konyani, S (2007) Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in Sub-Saharan Africa. *Africa Journal of Reproductive Health*. 11 (3), pp. 197-220.
60. Boonstra, H (2007) Young People Need Help in Preventing Pregnancy and HIV; How Will the World Respond? *Guttmacher Policy Review*. 10 (3) New York: Guttmacher Institute. [www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/3/gpr100302.html](http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/3/gpr100302.html) Consultation le 10 juillet 2008.
61. Olukoya, A A, Kaya, A, Ferguson, B J and AbouZahr, C (2001) Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 75, pp. 137-147.
62. Djamba, Y (2004) Sexual Behavior of Adolescents in Contemporary Sub-Saharan Africa. *Studies in African Health and Medicine*. Nombre 11.; McDevitt, T, Adlakha, A, Fowler, T and Harris-Bourne, V (1996) Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World. Washington, DC: U.S. Department of Commerce.
63. PATH and United Nations Population Fund (2006) Ibid.
64. World Health Organization (2007) Ibid.
65. Juarez, F, Cabigon, J, Susheela, S and Hussain, R (2005) The incidence of induced abortion in the Philippines: Current level and recent trends. *International Family Planning Perspectives*. 31 (3) [www.guttmacher.org/pubs/journals/3114005.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3114005.html) Consultation le 30 April 2008.
66. World Bank (2007) Ibid.
67. Hobcraft, J (2003) Towards a Conceptual Framework on Population, Reproductive Health, Gender and Poverty Reduction. In UNFPA, ed. *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*. Population and Development Strategies Series. Nombre 8, pp. 127-135. [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/191\\_filename\\_PDS08.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/191_filename_PDS08.pdf) Consultation le 1er juillet 2008.
68. Gakidou, E, and Vayena, E (2007) Use of Modern Contraception by the Poor is Falling Behind. *PLoS Med* 4 (2): e31.
69. Population Reference Bureau and USAID (2007) *Population and Economic Development Linkages: 2007 Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.



70. United Nations General Assembly (2006) Resolution adopted by the General Assembly: 60/262. Political Declaration on HIV/AIDS. Sixtieth session, agenda item 45. [http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615\\_HLM\\_PoliticalDeclaration\\_ARES60262\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf) Consultation le 23 juillet 2008.
71. United Nations Department of Economic and Social Affairs (2005) *World Contraceptive Use*. Geneva: United Nations.
72. Population Reference Bureau (2007) Ibid.
73. United Nations Childrens Fund (2008) *Progress for Children: A Report Card on Maternal Mortality*. New York: UNICEF.
74. Population Reference Bureau (2008) *Family Planning Worldwide: 2008 Data Sheet*. Washington, DC: PRB.
75. Population Reference Bureau (2007) Ibid.
76. Population Reference Bureau (2008) Ibid.
77. Population Reference Bureau (ND) Data by geography: Nicaragua. [www.prb.org/Datafinder/Geography/Summary.aspx?region=79&region\\_type=2](http://www.prb.org/Datafinder/Geography/Summary.aspx?region=79&region_type=2) Consultation le 20 août 2008.
78. Deen, T. (ND) Ibid.
70. Beer, K and Armand F (2006) *Assessment of India's Locally Manufactured Contraceptive Product Supply*. Bethesda, USA: Abt Associates.
80. Hall, P (2005) *What has been achieved, what have been the constraints and what are the future priorities for pharmaceutical product-related R&D relevant to the reproductive health needs of developing countries? Switzerland: WHO; Armand, F (2006) Improving Hormonal Contraceptive Supply: The Potential Contribution of Manufacturers of Generic and Biosimilar Drugs*. Washington: USAID.
81. United Nations Population Fund (ND) Contraceptives Save Lives, Women are Dying Every Day.
82. World Health Organization (2007) Ibid.
83. World Health Organization (2007) Ibid.
84. United Nations Population Fund (ND) Support Adolescents and Youth. Ibid.
85. Biddlecom, A, Hessburg, L, Singh, S, Bankole, A and Darabi, L (2007) *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy*. New York: Guttmacher Institute.
86. Biddlecom, A, Hessburg, L, Singh, S, Bankole, A and Darabi, L (2007) Ibid.
87. United Nations Population Fund (2003) *State of the World Population 2003*. New York: United Nations Population Fund.



## La contraception à un carrefour – Crédits photo

Photographie de couverture:  
IPPF/Chloe Hall/Éthiopie

Quatrième de couverture, de gauche à droite:	10	IPPF/Chloe Hall/Indonésie	29	IPPF/Paul Bell/Ouganda
IPPF/Chloe Hall/Éthiopie	12	IPPF/Peter Caton/Népal	30	IPPF/Chloe Hall/Indonésie
IPPF/Chloe Hall/Indonésie	14	IPPF/Chloe Hall/Portugal	32	IPPF/Peter Caton/Népal
IPPF/Chloe Hall/Gambie	14	IPPF/Peter Caton/Népal	35	IPPF/Chloe Hall/Syrie
	15	IPPF/Chloe Hall/Gambie	35	IPPF/Paul Bell/Ouganda
Pages intérieures:	17	IPPF/Sarah Shaw/Tanzanie	36	IPPF/Jon Spaul/Colombie
2	17	IPPF/Sarah Shaw/Tanzanie	37	IPPF/WHR/Pedro Meyer/Brésil
2	18	IPPF/Peter Caton/Inde	38	IPPF/Chloe Hall/Indonésie
3	19	IPPF/Jenny Matthews/Bangladesh	40	IPPF/Chloe Hall/Gambie
4	20	IPPF/Chloe Hall/Indonésie	41	IPPF/Chloe Hall/Éthiopie
5	21	IPPF/Jenny Matthews/Népal	42	IPPF/Peter Caton/Inde
5	23	IPPF/Chloe Hall/Gambie	43	IPPF/Chloe Hall/Gambie
6	23	IPPF/Jane Mingay/Rwanda	43	IPPF/Paul Bell/Thaïlande
6	24	IPPF/Chloe Hall/Bulgarie	45	IPPF/Peter Caton/Inde
6	27	IPPF/Chloe Hall/Indonésie	46	IPPF/Peter Caton/Népal
7	28	IPPF/Peter Caton/Inde	49	IPPF/Chloe Hall/Gambie
8	29	IPPF/Chloe Hall/Indonésie	50	IPPF/Chloe Hall/Gambie



# La contraception à un carrefour

Publication en décembre 2008 par la  
Fédération internationale pour le  
planning familial

**IPPF**

4 Newhams Row  
London SE1 3UZ  
United Kingdom

**Tél. :** +44 20 7939 8200

**Fax :** +44 (0)20 7939 8300

**e-mail** [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)

**web** [www.ippf.org](http://www.ippf.org)

Œuvre de bienfaisance britannique  
enregistrée sous le n° 229476



Imprimé sur du papier à 75 %  
recyclé, sans chlore, produit  
recyclé agréé NAPM.

**« Les femmes ne meurent pas à cause de maladies que nous ne saurions pas traiter... elles meurent parce que les sociétés n'ont pas encore pris la décision que leurs vies méritaient d'être sauvées... »**

Dr Mahmoud Fathalla, Professeur d'Obstétrique et de Gynécologie, Égypte

Partout dans le monde, il y a au moins 200 millions de femmes qui voudraient accéder à des méthodes sûres et efficaces de contraception, mais ne le peuvent pas. Il y a environ 19 millions d'avortements à risques chaque année, par suite de grossesses non planifiées et non désirées. Le paradoxe est que, au moment même où le monde se focalise plus que jamais sur la réduction de la pauvreté, il marginalise et néglige une des méthodes les plus fiables, les plus rentables, les plus vérifiées, de réduction de la pauvreté.

Ce document *La contraception à un carrefour* met en évidence les principaux problèmes de fond qui empêchent les produits de santé, notamment les produits contraceptifs, de parvenir à ceux qui en ont le plus besoin. Si nous accordons une priorité claire, et des ressources, à l'offre de produits contraceptifs, et si nous nous attaquons au changement des systèmes et processus inefficaces, nous avons une chance d'atteindre les objectifs actuels du Développement et d'améliorer la vie de millions de personnes.

Le monde se trouve à un carrefour en matière de contraception : la direction que nous choisirons sera cruciale pour la vie des femmes, des hommes et des jeunes gens, et ce pour les générations à venir.