

Mise à jour sur la planification familiale en Afrique subsaharienne

Cet exposé fournit aux défenseurs de la planification familiale des données et résultats de recherches sur la population et la planification familiale en Afrique subsaharienne. Il indique des sources d'information qui seront utiles à des fins de plaidoyer—présente la logique sous-entendue dans les messages et explique pourquoi la planification familiale est encore très nécessaire en Afrique en dépit des taux élevés de mortalité par le SIDA dans certains pays. Vous trouverez dans l'Annexe des données sur la population, sur l'usage de la contraception et sur la santé pour chaque pays.

Contexte démographique

L'Afrique subsaharienne n'a pas encore achevé sa «transition démographique», en d'autres termes, elle n'est pas encore parvenue à réduire ses taux de natalité et de mortalité. L'Afrique subsaharienne a le taux de fertilité le plus élevé au monde, avec en moyenne 5,2 naissances par femme. Ce taux est presque quatre fois plus que celui de l'Asie et représente près le quadruple de celui de l'Europe. Les taux de natalité sont tellement élevés qu'en dépit de la mortalité élevée due au SIDA dans certains pays, le nombre d'habitants de la région qui s'élevait à 778 millions à mi-2007 devrait atteindre 1,2 milliard d'ici 2025. Parmi les principaux facteurs contribuant à ce taux de natalité élevé, figure le faible usage de méthodes contraceptives modernes; en effet, seules 17% des femmes mariées en Afrique subsaharienne utilisent des méthodes modernes de planification familiale (se référer à l'Annexe 1 pour consulter les données spécifiques aux pays), contre 60% en Asie et 69% en Europe de l'Ouest.¹

Un usage accru de la planification familiale en Afrique subsaharienne permettrait d'améliorer considérablement la santé des mères et des enfants, le statut des femmes ainsi que le développement économique. Pour ces raisons, les professionnels de la santé et du développement en Afrique s'engagent à nouveau à s'assurer que la planification familiale soit mise à la disposition de tous ceux qui en ont besoin.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Les démographes et les professionnels de la santé utilisent l'expression «besoins non satisfaits» pour désigner le nombre ou le pourcentage de femmes mariées qui préfèrent éviter une grossesse sans pour autant utiliser de méthode de contraception. Les études confirment l'existence d'un nombre élevé de besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes africaines, tant en ce qui concerne l'espacement des naissances que la limitation du nombre de grossesses.

Le tableau 1 présente les pourcentages de femmes ayant des besoins non satisfaits dans les 32 pays africains où cet indicateur a été mesuré à partir d'enquêtes démographiques et de santé. Dans 26 de ces pays, au moins un cinquième des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans souhaitent soit espacer les naissances de leurs enfants d'au moins deux ans, soit cesser de procréer, mais n'utilisent aucune méthode de planification familiale. Dans cinq pays africains, plus d'un tiers des besoins de planification familiale des femmes ne sont pas satisfaits; c'est le cas au Rwanda (38%) et en Ouganda (41%). Un fait encourageant, l'analyse des données des enquêtes révèle qu'un nombre significatif de femmes aux besoins non satisfaits et qui n'ont encore jamais utilisé de méthode de planification familiale, ont l'intention de le faire;² c'est par exemple, le cas de 43% des femmes vivant en Tanzanie. Ceci appelle à renouveler les efforts visant à satisfaire les besoins des femmes en matière d'information et de services de haute qualité. Ces données n'incluent ni les adolescentes célibataires, ni les femmes plus âgées, qui ont également de besoins non satisfaits de planification familiale.

Les facteurs associés à la non satisfaction des besoins de planification familiale varient d'un pays à l'autre. Bien que l'accès aux méthodes de contraception modernes constitue parfois un problème, de nombreuses femmes ont invoqué d'autres raisons pour justifier leur non-utilisation de la

Tableau I : Besoins non satisfaits de planification familiale dans les pays disposant de données d'enquêtes démographiques et de santé

Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans

Pays (année)	Utilisant une méthode de contraception	Ayant des besoins non satisfaits de planification familiale		
		Total*	Désireuses d'espacer les naissances	Désireuses de limiter les naissances
Afrique Occidentale et Moyenne				
Bénin (2006)	17	30	18	12
Burkina Faso (2003)	14	29	22	7
Cameroun (2004)	26	20	14	6
Congo (2005)	44	16	13	3
Congo, Rép. Dém. du (2007)	21	24	19	5
Côte d'Ivoire (1998/99)	15	28	20	8
Gabon (2000)	33	28	20	8
Ghana (2008)	24	35	23	13
Guinée (2005)	9	21	13	8
Liberie ((2007)	11	36	25	11
Mali (2006)	8	31	21	10
Mauritanie (2000/01)	8	32	23	9
Niger (2006)	11	17	13	3
Nigeria (2008)	15	20	15	5
Sénégal (2005)	12	32	24	7
Tchad	3	23	19	4
Togo (1998)	24	32	21	11
Afrique de l'Est et Australe				
Afrique du Sud (1998)	56	15	5	10
Érythrée (2002)	8	27	21	6
Éthiopie (2005)	15	34	20	14
Kenya (2008/09)	46	26	13	13
Lesotho (2004)	37	31	11	20
Madagascar (2008/09)	40	19	10	9
Malawi (2004)	33	28	17	10
Mozambique (2003)	17	18	11	8
Namibie (2006/07)	55	21	9	12
Ouganda (2006)	24	41	25	16
Rwanda (2005)	17	38	25	13
Swaziland (2006/07)	51	24	7	17
Tanzanie (2004/05)	26	22	15	7
Ouganda (2006)	24	41	25	16
Zambie (2007)	41	27	17	9
Zimbabwe (2005-06)	60	13	8	5

Source: Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé (Calverton, MD : OCR Macro) *Les données totales sur les besoins non satisfaits incluent les femmes désireuses d'espacer ou de limiter les naissances de leurs enfants mais qui n'utilisent aucune méthode contraceptive. Le total des femmes désireuses d'espacer les naissances et celui de celles qui souhaitent les limiter ne se recoupent pas en raison de l'arrondissement des chiffres.

planification familiale³, parmi lesquelles:

- Elles ne pensaient pas être exposées à un risque de grossesse en raison de rapports sexuels peu fréquents, ou parce qu'elles étaient en phase de ménopause, ou encore parce qu'elles allaitaient. Mais ces situations n'offrent aucune protection contre la grossesse dans tous les cas.
- Elles n'avaient pas assez d'informations sur la planification familiale pour faire des choix avisés et craignaient aussi, que les méthodes contraceptives modernes puissent occasionner des problèmes de santé.
- Leurs maris, ou elles-mêmes, étaient opposés à la planification familiale pour des raisons religieuses ou culturelles.

Les programmes d'éducation en matière de planification familiale devraient atteindre les hommes comme les femmes, fournir des informations précises sur les risques de grossesse, les avantages de l'espacement des naissances, l'innocuité et les effets secondaires possibles de la contraception, de même qu'ils devraient encourager des attitudes positives à l'égard de la planification familiale.⁴

La planification familiale et la santé des femmes et des enfants

La non-satisfaction des besoins de planification familiale, associée à l'échec occasionnel des méthodes contraceptives, est responsable de millions de grossesses non prévues chaque année en Afrique subsaharienne.⁵ Les grossesses non prévues (qui représentent environ 30% du nombre total des naissances en Afrique subsaharienne) aboutissent soit à des avortements, soit à des naissances, deux scénarios pouvant causer de sérieuses répercussions sur la santé.

Avortement

Les femmes qui ne désirent pas tomber enceintes mais qui pour autant n'utilisent aucune méthode de contraception, peuvent parfois avoir recours à l'avortement, qu'il soit légal ou non. Cependant, les risques qui y sont associés sont graves dans les pays en voie de développement, tel que le démontrent les faits suivants:⁶

- La plupart des avortements dans les pays en voie de développement sont dangereux car ils sont réalisés dans des conditions insalubres et/ou par des individus non qualifiés, ce qui peut entraîner la mort ou des handicaps à long terme.
- Les avortements dangereux représentent 13% du

nombre total de décès maternels et les femmes africaines présentent le plus haut risque de décès des suites d'un avortement au monde.

- La femme africaine court quatre fois plus le risque de décéder par suite d'avortement qu'une femme asiatique et ce risque est également 650 fois plus élevé que pour une femme nord-américaine.

L'accès à des services de planification familiale de qualité peut réduire le nombre d'avortements de manière significative. Les recherches menées dans plusieurs pays démontrent que les femmes ayant accès à de bons services de planification familiale sont plus enclines à utiliser une méthode contraceptive, sont moins sujettes aux grossesses non prévues et ont donc moins recours à l'avortement.⁷ Là où il existe des services de planification familiale et où ils sont encouragés, les décès liés à l'avortement diminuent tandis qu'on assiste à un accroissement de l'usage de méthodes contraceptives.⁸

Les complications liées à la grossesse

En permettant d'éviter les grossesses non prévues, la planification familiale réduit le nombre des femmes risquant de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Au plan mondial, plus d'un demi-million de femmes meurent en raison de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, mais le taux de mortalité n'est pas uniformément réparti de par le monde (voir Tableau 2).⁹

Tableau 2: Risques de décès lié à la grossesse pour les femmes

Pays développés	1 sur 4,300
Pays en voie de développement	1 sur 120
Afrique subsaharienne	1 sur 31

Source: WHO/UNICEF/UNFPA/The World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*.

Le manque de planification familiale n'est pas le seul facteur contribuant aux décès liés à la grossesse. La pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la malnutrition et les niveaux d'éducation très faibles, jouent également un rôle important et doivent être abordés. Les urgences obstétricales ou néonatales peuvent entraîner la mort si la recherche ou l'accès aux soins prend trop de temps, ou si les soins appropriés ne sont pas dispensés dans un système de santé.

Grossesses des adolescentes

Les grossesses non prévues ont des répercussions importantes sur la santé des adolescentes. Elles peuvent par exemple présenter des risques plus élevés d'hypertension artérielle, d'anémie, de saignements excessifs, de dystocies, d'accouchement prématuré, ou de décès. En outre, les enfants nés de mères adolescentes encourent davantage le risque d'avoir un poids insuffisant à la naissance (associé à des problèmes neurologiques ou de retardement mental), le risque de naissance prématurée, de mort à la naissance et de mortalité néonatale. Le taux de grossesses chez les adolescentes africaines est le plus élevé du monde : 10 % des femmes africaines âgées de 15 à 19 ans mettent un enfant au monde chaque année, contre 5% au plan mondial et 2% dans les pays développés.¹⁰

Espacement des naissances

Les grossesses non prévues sont souvent associées à des intervalles courts entre les naissances, ce qui peut entraîner des conséquences mortelles pour les nourrissons et les enfants. De courts intervalles entre les naissances (<27 mois) engendrent un risque élevé de mortalité du nourrisson, néonatale et périnatale; un poids insuffisant à la naissance; une taille insuffisante par rapport à l'âge gestationnel; et des naissances prématurées.¹¹ Les femmes devraient espacer la naissance de leurs enfants d'au moins deux ans. L'éducation en matière de planification familiale, les conseils, ainsi que les services de contraception, peuvent contribuer à l'espacement des naissances selon des intervalles recommandés pour la santé de la mère et du bébé.

Planification familiale et SIDA

Bien que les programmes de prévention du VIH/SIDA et de planification familiale partagent le même objectif de santé sexuelle, la planification familiale a été considérablement négligée en tant que moyen de prévention de l'infection par le VIH ou d'identification des personnes infectées.¹² Pourtant, les services de VIH/SIDA offrent des opportunités et constituent un important point d'entrée pour la planification familiale, et ce, à bien des égards:

- **Prévenir les grossesses non prévues et réduire la transmission du VIH/SIDA—parvenir à une double protection.** L'expression «double protection» désigne la protection contre le risque de grossesse et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Les implants hormonaux et injectables, les dispositifs intra-utérins, ou la stérilisation, offrent la meilleure protection possible contre les grossesses, mais les préservatifs (masculins ou féminins) constituent la seule méthode connue, capable d'offrir à la fois une protection contre le

VIH ou autres maladies sexuellement transmissibles, et les grossesses.¹³ La double protection peut être obtenue soit par le seul usage de préservatifs, soit par l'usage de préservatif combiné à une autre méthode contraceptive.

L'objectif principal de la double protection—qu'il s'agisse de prévenir une grossesse ou une infection, ou les deux—influencera l'adoption de la stratégie de double protection. Il est particulièrement important de promouvoir la double protection chez les jeunes et au sein des groupes présentant de hauts risques de maladies sexuellement transmissibles tels que les prostituées et leurs clients. Des stratégies innovatrices sont nécessaires pour s'assurer que la question de double protection devienne une composante fondamentale dans la planification familiale et les programmes de prévention du VIH/SIDA.

De récentes études ont démontré que les personnes infectées par le VIH pouvaient, sans risques, utiliser davantage de types de méthodes contraceptives qu'on ne le pensait auparavant. Par exemple, la plupart des femmes infectées par le VIH peuvent utiliser des dispositifs intra-utérins et prendre des contraceptifs hormonaux, tout en suivant une thérapie antirétrovirale.¹⁴

- **Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).** Prévenir les grossesses non prévues chez les femmes infectées par le VIH représente à la fois un moyen de satisfaire les besoins de santé de la reproduction de cette population vulnérable, et un moyen efficace de prévenir la transmission de la infection de la mère à l'enfant. Les femmes infectées par le VIH désireuses d'éviter une grossesse, doivent bénéficier d'un accès facile à la planification familiale. Cependant, un examen des programmes de PTME a permis de constater que leurs gestionnaires ne considéraient pas la planification familiale comme une priorité, manquant ainsi une importante opportunité de répondre aux besoins des femmes infectées par le VIH.¹⁵
- **Dépistage du VIH/SIDA et services de conseils.** Tous les dépistages et services de conseils doivent répondre aux besoins en matière de planification familiale des individus, qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs. De même, les services de planification familiale peuvent jouer un rôle essentiel dans la lutte contre le VIH/SIDA en offrant aux femmes, aux hommes et aux couples, des dépistages et conseils volontaires et, dans certains cas, en leur fournissant des thérapies antirétrovirales.¹⁶



Planification familiale et développement économique

Bien que la relation entre la fertilité et le développement économique soit complexe et souvent réciproque, certaines recherches menées dans des pays en voie de développement ont prouvé que la diminution de la fertilité pouvait engendrer des avantages économiques, tant pour les ménages qu'au niveau national. Par exemple, un «bonus démographique» se produit lorsque la taille de la famille décroît rapidement et qu'il y a davantage de personnes en âge de travailler et moins d'enfants à charge. Certains pays asiatiques ont mis à profit leur bonus démographique avec succès. Dans ces pays, la diminution du nombre de jeunes enfants à charge dont il faut s'occuper, a permis aux gouvernements d'investir dans l'amélioration de la santé, l'allongement de la durée des études et la formation d'un grand nombre de personnes à des emplois modernes. L'économie de ces pays a bénéficié d'une main d'œuvre en meilleure santé, mieux instruite et plus qualifiée, ce qui les a rendus plus compétitifs au plan mondial.¹⁷ Le fait d'avoir une petite famille peut donner des avantages au foyer en termes d'amélioration de la santé des femmes et des enfants, de ressources totales plus importantes, et d'une plus large implication des femmes dans des activités en dehors du domicile.¹⁸

Planification familiale et statut des femmes

L'accès à la planification familiale est une condition préalable indispensable pour parvenir à l'amélioration du statut des femmes. Sans la possibilité d'espacer et de limiter les naissances de leurs enfants, les femmes seraient exposées à une piètre santé de la reproduction et leur capacité à devenir totalement autonomes serait difficile, voire impossible. D'après une importante étude sur les femmes du Zimbabwe, pays qui possède le second taux le plus élevé en ce qui concerne l'usage de contraceptifs en Afrique subsaharienne, les femmes qui ont commencé à avoir recours à la planification familiale à un

plus jeune âge, sont davantage enclines à travailler en dehors du domicile. Quatre-vingt-douze pour cent des femmes ayant pris part à cette étude ont affirmé que la planification familiale influençait favorablement la réussite des femmes.¹⁹ Inversement, une étude menée au Ghana a permis de constater que des taux de fertilité élevés renforçaient les rôles traditionnels dévolus à chaque sexe, les filles devant souvent abandonner leur scolarité pour aider à garder leurs plus jeunes frères et sœurs.²⁰

Planification familiale et Objectifs du Millénaire pour le Développement

La planification familiale est essentielle pour parvenir à atteindre des Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies, qui sont de : réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et encourager l'égalité entre les sexes. La planification familiale contribue également à réaliser les objectifs d'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim, d'éducation primaire pour tous, de lutte contre le VIH/SIDA, et d'environnement durable, puisque la croissance de la population aggrave la pollution et menace la fragilité des écosystèmes.

Secteurs d'action critiques

Comprendre les raisons pour lesquelles les besoins de planification familiale ne sont pas satisfaits, peut servir de guide quant à la conduite à adopter pour aider les femmes à choisir le nombre et le moment de la naissance de leurs enfants. Parmi les domaines critiques sur lesquels il faudra se concentrer figurent :

- Les services de sensibilisation et d'éducation en matière de santé de la reproduction, y compris les informations sur les avantages de la planification familiale sur la santé, ainsi qu'au niveau social et économique;
- L'éducation au niveau des méthodes contraceptives, leur innocuité et les effets secondaires courants;
- La fourniture de services de haute qualité, pratiques et accessibles, disposant d'un large éventail de méthodes adéquates;
- Des services de conseils répondant aux différents besoins des femmes, des hommes, des couples et des adolescents.

La liberté de choisir le nombre et l'espacement des naissances de ses enfants est reconnue comme un droit humain élémentaire depuis bien des années. Quel que soit l'endroit où ils vivent ou leur niveau de pauvreté, les femmes, hommes et couples ont droit à des services et des informations de planification familiale accessibles et abordables pour pouvoir faire valoir ce droit. Les décideurs, les leaders de la communauté, les médias, les organisations non gouvernementales, les fournisseurs de soins de santé et autres agents, ont un important rôle à jouer pour s'assurer de l'adéquation des ressources et de l'engagement accordés à la planification familiale.

Annexe: Indicateurs clés de la population et de la santé en Afrique

	Population mi-2007 (millions)	Taux d'accroissement naturel (%)	Population estimée (millions)		Taux de mortalité infantile	Taux de fertilité total	Population âgée < 15 (%)	Femmes mariées 15-49 ans utilisant la contraception (%)	
			Mi-2025	Mi-2050				Toutes les méthodes	Méthodes modernes
AFRIQUE	1,030	2.4	1,412	2,084	86	4.7	41	29	23
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	865	2.5	1,207	1,831	81	5.2	43	23	17
AFRIQUE DU NORD	209	1.9	262	329	42	3.0	33	49	44
Algérie	36.0	1.8	43.6	50.4	28	2.3	28	61	52
Égypte	80.4	2.1	103.6	137.7	28	3.0	33	60	58
Libye	6.5	1.9	8.1	9.8	18	2.7	30	42	20
Maroc	31.9	1.5	36.6	41.2	31	2.4	29	63	55
Soudan	43.2	2.2	56.7	75.9	81	4.5	41	8	6
Tunisie	10.5	1.2	12.1	13.2	18	2.1	24	60	52
Sahara occidental	0.5	2.5	0.7	1.2	63	4.5	40	-	-
AFRIQUE OCCIDENTALE	309	2.6	435	682	81	5.5	43	14	10
Bénin	9.8	3.0	13.6	22.1	89	5.6	45	17	6
Burkina Faso	16.2	3.4	25.4	47.4	81	6.0	46	17	13
Cap Vert	0.5	2.0	0.7	0.8	25	2.9	35	61	57
Côte d'Ivoire	22.0	2.4	30.8	47.2	97	4.9	40	13	8
Gambie	1.8	2.7	2.5	3.8	81	5.3	43	10	9
Ghana	24.0	2.2	31.8	44.6	50	4.0	39	24	17
Guinée	10.8	3.0	15.9	25.1	91	5.7	43	9	6
Guinée-Bissau	1.6	2.4	2.3	3.6	121	5.8	43	10	6
Libéria	4.1	3.3	6.1	10.0	95	5.9	44	11	10
Mali	15.2	3.1	22.3	35.6	116	6.6	48	8	6
Mauritanie	3.4	2.3	4.4	6.1	73	4.5	40	9	8
Niger	15.9	3.5	27.4	58.2	108	7.4	49	11	5
Nigeria	158.3	2.4	217.4	326.4	75	5.7	43	15	10
Sénégal	12.5	2.8	17.4	25.4	58	4.9	44	12	10
Sierra Leone	5.8	2.4	8.1	12.4	89	5.1	43	8	7
Togo	6.8	2.5	9.3	13.2	81	4.8	41	17	11
AFRIQUE DE L'EST	326	2.7	465	709	72	5.3	44	28	23
Burundi	8.5	2.1	11.6	16.8	98	5.4	41	9	8
Comoros	0.7	2.6	0.9	1.2	53	4.1	38	26	19
Djibouti	0.9	1.8	1.1	1.5	67	4.0	37	18	17

	Population mi-2007 (millions)	Taux d'accrois- -sement naturel (%)	Population estimée (millions)		Taux de mortalité infantile	Taux de fertilité total	Population âgée < 15 (%)	Femmes mariées 15-49 ans utilisant la contraception (%)	
			Mi- 2025	Mi- 2050				Toutes les méthodes	Méthodes modernes
Érythrée	5.2	2.9	7.4	11.8	54	4.7	42	8	5
Éthiopie	85.0	2.7	119.8	173.8	77	5.4	44	15	14
Kenya	40.0	2.7	51.3	65.2	52	4.6	42	46	39
Madagascar	20.1	2.7	28.6	42.7	48	4.8	43	40	29
Malawi	15.4	2.9	22.9	37.4	80	6.0	46	41	38
Iles Maurice	1.3	0.5	1.4	1.4	13	1.5	22	76	42
Mayotte	0.2	3.6	0.3	0.5	-	4.5	44	-	-
Mozambique	23.4	2.3	31.2	44.1	90	5.1	44	17	12
Réunion	0.8	1.3	1.0	1.1	8	2.4	26	67	64
Rwanda	10.4	2.9	15.8	28.3	102	5.4	42	36	27
Seychelles	0.1	1.0	0.1	0.1	11	2.3	22	-	-
Somalie	9.4	3.0	13.9	23.5	111	6.5	45	15	1
Tanzanie	45.0	3.0	67.4	109.5	58	5.6	45	26	20
Ouganda	33.8	3.4	53.4	91.3	76	6.5	49	24	18
Zambie	13.3	2.5	20.3	37.6	70	6.2	46	41	33
Zimbabwe	12.6	1.3	16.8	22.2	60	3.7	42	60	58
AFRIQUE CENTRALE	129	2.7	188	296	111	5.9	46	19	7
Angola	19.0	2.5	27.4	42.3	118	5.8	45	6	5
Cameroon	20.0	2.3	26.5	36.7	87	4.7	41	26	13
République centrafricaine	4.8	2.2	6.6	10.3	106	4.8	41	19	9
Congo	3.9	2.5	5.5	8.2	79	5.0	42	44	13
Rép. Dém. du Congo	67.8	2.9	101.4	166.2	114	6.4	48	21	6
Guinée équatoriale	0.7	2.3	1.0	1.4	103	5.5	42	-	-
Gabon	1.5	1.9	2.0	2.8	55	3.6	39	33	12
Sao-Tomé-et-Principe	0.2	2.9	0.2	0.3	45	4.9	44	38	34
Tchad	11.5	2.9	16.9	27.8	130	6.2	46	3	2
AFRIQUE AUSTRALE	57	1.0	63	68	48	2.5	32	59	58
Afrique du Sud	49.9	0.9	54.4	57.4	46	2.4	31	60	60
Botswana	1.8	1.9	2.2	3.0	48	3.2	33	44	42
Lesotho	1.9	0.9	2.0	1.9	91	3.3	34	47	46
Namibie	2.2	1.9	2.8	3.6	35	3.4	38	55	53
Swaziland	1.2	1.5	1.5	1.7	74	3.7	40	51	48

Source: 2010 World Population Data Sheet, Washington, DC, Population Reference Bureau.

Définitions

Taux d'Accroissement Naturel (TAN):

Le taux de natalité moins le taux de mortalité. C'est le taux annuel de croissance de la population, en excluant la migration. Le TAN s'exprime en pourcentages.

Estimation de la Population en 2025 et 2050:

Les projections de population sont basées sur des hypothèses raisonnables sur l'avenir de la fertilité, de la mortalité et de la migration. Les projections s'appuient sur les estimations officielles des pays, les statistiques publiées par l'ONU ou le Bureau de Recensement des États-Unis, ou les prévisions de PRB.

Taux de mortalité infantile (TMI):

Le nombre annuel de décès de nourrissons âgés de moins de 1 an pour 1000 naissances viables.

Taux de Fertilité Total (TFT):

Le nombre moyen d'enfants qu'une femme pourrait avoir en supposant que les taux de natalité actuels par tranche d'âge demeurent constants tout au long de ses années de procréation (la tranche d'âge généralement retenue est de 15 à 49 ans).

Usage de contraceptifs:

Le pourcentage de femmes mariées ou vivant en couple et en âge de procréer qui utilisent une méthode de contraception. Les méthodes « modernes » incluent les méthodes recommandées ou fournies par les centres médicaux, telles que la pilule, les dispositifs intra-utérins, les préservatifs et la stérilisation.

Références

1. 2010 World Population Data Sheet. Washington, DC, Population Reference Bureau.
2. Westoff C. *Unmet need at the end of the century*. Calverton, Maryland, ORC Macro, 2001 (DHS Comparative Reports No. 1).
3. Ashford L. *Unmet need for family planning: recent trends and their implications for programs*. Washington, DC, Population Reference Bureau, 2003, p 5.
4. Murphy EM. Promoting healthy behavior, 2005, Washington, DC, Population Reference Bureau, *Health Bulletin* 2:21-23.
5. Carr D, Khan M. The unfinished agenda: meeting the need for family planning in less developed countries. Washington, DC, Population Reference Bureau, 2004.
6. *Promises to keep: the toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world*. Washington, DC, Global Health Council, 2002.
7. Rahman M, DaVanzo J, Razzaque A. Do family planning services reduce abortion in Bangladesh? *The Lancet*, 2001, 358(9287):1051-1056.
8. Family planning prevents abortion, POP Briefs. Washington, DC, USAID, 2001.
9. Bernstein S. *Public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals*. New York, United Nations Development Programme, 2006, p 78.
10. United Nations Population Division. *World Population Prospects: The 2008 Revision*. New York, 2009.
11. World Health Organization. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing, Geneva, 13-15 June 2005*.
12. Engenderhealth. Preventing HIV/AIDS through family planning. 2004 (http://www.engenderhealth.org/aids/pdfs/tech-library/hiv/preventing_hiv_through_family_planning.pdf).
13. Wright K. Dual protection: best approach to recommend may vary. *Family Health International*, 2003, Network 22 (4).
14. Medical eligibility criteria for contraceptives. WHO *INFO Reports Updates*, 2003 (<http://www.infoforhealth.org/infoports/mec/mec.pdf>).
15. Rutenberg N, Baek C. *Review of field experiences: integration of family planning and PMTCT services*. New York, Population Council, 2004.
16. Family Health International. Integration of family planning and HIV/AIDS services. 2006 (<http://www.fhi.org/en/Topics/FPHIV.htm>, accessed 6 June 2006).
17. Bloom DE, Canning D. Booms, busts, and echoes, *Finance and Development*, September 2006.
18. Joshi S, Schultz T Paul. Family planning as an investment in development and female human capital: evaluating the long-term consequences in Matlab, Bangladesh. Paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, Los Angeles, 26 March 2006.
19. Family Health International. Zimbabwe: the impact of family planning on women's participation in the development process (<http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/wsp/fctshts/Zimbabwe1.htm>. Accessed 5 June 2006).
20. Lloyd CB, Gage-Brandon AJ. High Fertility and Children's schooling in Ghana: sex differences in parental contributions and educational outcomes, *Population Studies* 48(2):293-306.