

RIEN QU'EN CHIFFRES

Impact de l'aide internationale du Canada à la planification familiale



Le Canada a pris l'engagement ferme et audacieux de se poser en leader international de la santé, des droits et du bien-être des femmes et des filles. En 2017, Affaires mondiales Canada — le ministère du gouvernement canadien chargé de gérer l'aide internationale en vertu de la nouvelle Politique d'aide internationale féministe du Canada — a affecté 650 millions \$ CA (506 millions \$ US) sur une période de trois ans (2017–2020) à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles. Ce financement vient s'ajouter à l'engagement canadien pris pour la période 2015–2020, à hauteur de 3,5 milliards \$ CA (2,7 milliards \$ US), au soutien de la santé maternelle, néonatale et infantile et qui inclut déjà des composants de services et information relatifs à la santé sexuelle et reproductive.

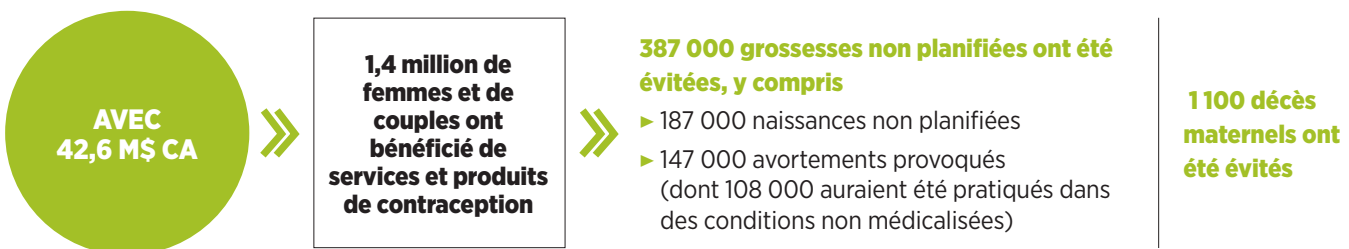
La santé et les droits sexuels et reproductifs sont essentiels au développement durable, à l'égalité des genres et au bien-être des femmes, à la santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente, ainsi qu'au développement économique et à la durabilité écologique¹. Une enveloppe complète de services de santé sexuelle et reproductive comprend, outre la contraception et les soins maternels et néonataux, des services indispensables tels que soins d'avortement sans risque, éducation complète à la sexualité, interventions contre la violence de genre et services qui répondent aux besoins des populations négligées, comme les adolescents et les personnes en situation de crise humanitaire. Il est crucial de répondre au plein éventail de besoins ayant trait à la santé et aux droits sexuels et reproductifs de toutes les personnes, tout au long de leur vie, si l'on veut assurer une société saine.

La planification familiale représente un aspect fondamental de la santé sexuelle et reproductive intégrale. Assurer aux femmes le contrôle de leur propre fécondité profite aux femmes, à leurs enfants et à leur famille. La décision autonome mène à la réduction des grossesses non planifiées — et souvent à risque — et des avortements, souvent pratiqués dans des conditions non médicalisées dans les régions et les pays en développement soumis à des législations restrictives. Elle favorise aussi la santé des mères, des nourrissons et des familles et porte ses fruits au niveau du foyer, de la société et de la nation.

La planification familiale fait partie du programme global canadien de promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Ce document analyse la composante « planification familiale » de l'engagement canadien et le potentiel d'élargissement de l'action et du rôle du Canada au rang de leader mondial de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

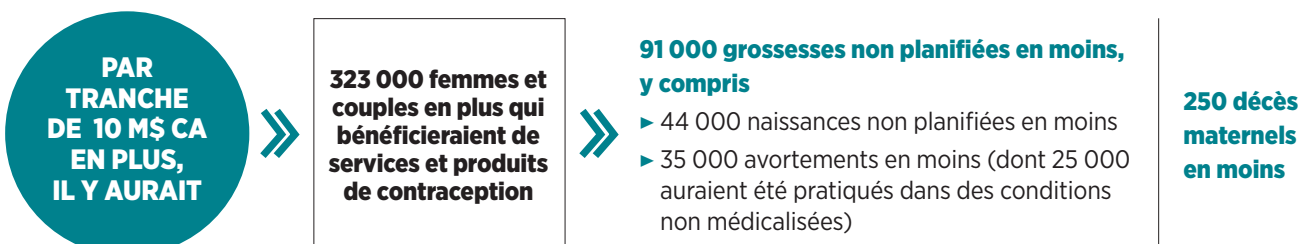
Avantages de l'aide internationale du Canada à la planification familiale

Durant l'exercice fédéral 2017/18, un total de 460 millions \$ CA (358 millions \$ US) a été affecté à l'aide internationale du Canada pour la santé et les droits sexuels et reproductifs, y compris 42,6 millions \$ CA (33,2 millions \$ US) à la planification familiale². Ce niveau de financement représente:



Un engagement accru améliorerait les résultats

L'accroissement du financement consenti amplifierait ces avantages. Un apport supplémentaire de 10 millions \$ CA (7,8 millions \$ US) d'aide internationale du Canada à la planification familiale produirait les résultats suivants:



Méthodologie et sources

L'apport du Canada aux allocations de planification familiale par pays et région comprend les montants bilatéraux répertoriés sous le code 13030 (Planification familiale) du Comité d'aide au développement (CAD), ainsi que le financement de base du Fonds des Nations Unies pour la population d'après son Rapport annuel 2017 et d'ONU Femmes d'après les estimations d'Affaires mondiales Canada (AMC), affecté à la planification familiale³. Les chiffres représentent l'exercice 2017/18 (du 1^{er} avril au 31 mars) en dollars canadiens. Les montants n'incluent pas les prestations d'assistance humanitaire à la planification familiale, répertoriées sous les codes CAD d'intervention d'urgence². La conversion en dollars américains repose sur la moyenne mensuelle 2017/2018 du CAD de l'OCDE (1,283497083 \$ CA pour 1 \$ US). AMC considère l'information de financement de l'exercice 2017/18 préliminaire, jusqu'à vérification finale en mars 2019. Les estimations de coût et d'impact reposent sur les définitions suivantes: **Nombres d'utilisatrices de la contraception moderne** — calculés par division des allocations de planification familiale aux pays et offices régionaux pour l'exercice 2017/18 par les coûts 2017 estimés au niveau du pays par utilisatrice, d'après l'analyse globale la plus récente des coûts et des avantages de la planification familiale dans les pays en développement⁴, révisée pour incorporer les nouvelles données de l'Inde^{5,6}. **Nombres de grossesses non planifiées et autres événements évités par les utilisatrices de la contraception moderne soutenues par les fonds canadiens** — différence entre le nombre annuel d'événements qui surviendraient si les femmes désireuses d'éviter une grossesse utilisaient les méthodes modernes et le nombre annuel d'événements qui surviendraient si elles pratiquaient les méthodes traditionnelles ou n'en pratiquaient aucune tout en restant sexuellement actives sans désirer de grossesse⁴⁻⁶. Les principales sources de données utilisées dans ces estimations sont les enquêtes nationales d'intention de grossesse et de pratique contraceptive des femmes^{5,7}, les coûts des services de contraception^{8,9}, les analyses d'échec contraceptif^{10,11}, les proportions de naissances non désirées au moment où elles étaient survenues ou jamais^{5,12}, les estimations des nombres de femmes s'étant fait avorter^{6,13} et les estimations des nombres et causes de décès maternels^{14,15}.

Remerciements

La réalisation de cette feuille d'information a bénéficié d'un don de la Fondation Bill et Melinda Gates. Les opinions exprimées sont celles des auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques du bailleur.

Références

1. Starrs AM et al., Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: rapport de la Commission Guttmacher-Lancet, *Lancet*, 391(10140):2642–2692.
2. Special tabulations of data from the Global Affairs Canada financial database.
3. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *United Nations Population Fund Statistical and Financial Review, 2016*, New York, États-Unis: ONU, 2017.
4. Guttmacher Institute, *Vue d'ensemble: investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale, 2017, Fiche d'information*, New York, États-Unis: Guttmacher Institute, 2017.
5. India: Standard Demographic and Health Survey (DHS), 2015–2016 dataset, DHS Program, ICF International.
6. Singh S et al., The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015, *Lancet Global Health*, 2018, 6(1):e111–e120.
7. Special analysis of data from Demographic and Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys, Performance Monitoring and Accountability 2020 and other national survey data files.
8. Special analysis of contraceptive commodity and supply costs from UNFPA, Reproductive Health Interchange database; Management Sciences for Health, *International Drug Price Indicator Guide*, 2015; et United Nations Children's Fund, Supply Catalogue, 2016.
9. Serje J et al., Global health worker salary estimates: an econometric analysis of global earnings data, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2018, 16:10.
10. Bradley SEK et al., Global contraceptive failure rates: Who is most at risk? Présentation à l'occasion de la réunion annuelle de la Population Association of America, Chicago, États-Unis, 27–29 avril 2017.
11. Trussell J, Contraceptive failure in the United States, *Contraception*, 2011, 83(5):397–404.
12. Bearak J et al., Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model, *Lancet Global Health*, 2018, 6(4):e380–e389.
13. Sedgh G et al., Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends, *Lancet*, 2016, 388(10041):258–267.
14. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Tendances de la mortalité maternelle: 1990–2015: Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies*, Genève, Suisse: OMS, 2015.
15. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global burden of disease study 2015 results, Seattle, WA, USA: IHME, 2016, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.