

Ceci est un ancien rapport. Les estimations récentes peuvent être trouvées à: <https://www.guttmacher.org/adding-it-up>

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Un investissement qui en vaut la peine



SOMMAIRE EXÉCUTIF Santé sexuelle et reproductive: un investissement qui en vaut la peine

Un investissement durable et accru dans les services de santé sexuelle et reproductive des pays en développement offre la promesse d'immenses avantages pour les femmes, les familles et les sociétés. Outre l'amélioration de la santé, ces services contribuent à la croissance économique, à l'équité sociétale et entre les sexes, et à la gouvernance démocratique. Pour mieux apprécier le rendement substantiel des investissements consentis à la santé sexuelle et reproductive, les décideurs doivent disposer, d'une part, d'un décompte de ces bienfaits plus complet que ceux publiés à ce jour et, d'autre part, d'une information plus détaillée concernant les coûts.

Les services de santé sexuelle et reproductive couvrent trois grands domaines: les services contraceptifs, les services de santé maternelle et les services relatifs aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA et les autres problèmes de nature gynécologique et urologique. Leurs bienfaits tombent dans deux grandes catégories: médicale et non médicale.

Les avantages médicaux d'une santé sexuelle et reproductive améliorée sont les plus évidents et, peut-être, les plus faciles à mesurer.

- Les problèmes de santé sexuelle et reproductive représentent un tiers de la charge mondiale de maladie parmi les femmes en âge de procréer, et un cinquième de cette charge dans l'ensemble de la population.
- Le VIH/SIDA représente 6% de la charge mondiale de maladie.
- Le besoin de services de santé sexuelle et reproductive, partant l'avantage potentiel à tirer de la satisfaction de ce besoin, est le plus grand parmi les femmes, hommes et enfants les plus pauvres des pays du monde disposant des plus faibles revenus.
- Répondre au besoin non satisfait de services contraceptifs dans les pays en développement permettrait d'éviter 52 millions de grossesses non planifiées par an, de sauver ainsi plus d'un million et demi de vies et d'éviter, pour 505.000 enfants, la perte de leur mère.
- Le coût de l'apport de services contraceptifs aux 201 millions de femmes présentant un besoin non satisfait dans les pays en développement (celles qui recourent aux méthodes traditionnelles ou qui n'en pratiquent aucune) serait de USD 3,9 milliards par an.

Pour comprendre le plein avantage des services de santé sexuelle et reproductive, il faut en examiner, au-delà des résultats médicaux, les bienfaits plus larges au niveau de l'individu, de la famille et de la société.

- L'amélioration de la santé sexuelle et reproductive étaye tous les Objectifs du Millénaire pour le développement.
- En gardant les jeunes adultes productifs et en bonne santé, en permettant aux parents d'avoir moins d'enfants et de consacrer dès lors plus de temps et de ressources financières à chacun, et en réduisant les dépenses publiques nécessaires à l'éducation, aux soins de santé et à d'autres prestations sociales, les services de santé sexuelle et reproductive contribuent à la croissance économique et à l'équité.
- En permettant aux jeunes femmes de différer leur maternité après avoir atteint leurs objectifs d'éducation et de formation et en prévenant les conditions médicales stigmatisantes, les services de santé sexuelle et reproductive contribuent à l'amélioration de la condition sociale des femmes et à leur participation accrue à la collectivité et à la vie politique.

Pour faire échec à la pandémie du VIH/SIDA, aider les femmes à équilibrer leur vie professionnelle et familiale et éviter les décès maternels, de nouvelles ressources doivent être mobilisées au soutien des services de santé sexuelle et reproductive.

- Plus de trois quarts des ressources allouées à la santé sexuelle et reproductive proviennent actuellement de particuliers, de gouvernements et d'organisations non gouvernementales des pays en développement.
- Les donateurs des pays développés, en particulier, ont fait largement défaut à leurs engagements pris à la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement. En 2000, ces pays ont affecté USD 2,6 milliards aux services de santé sexuelle et reproductive—moins de la moitié du montant promis pour l'année.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Un investissement qui en vaut la peine

Susheela Singh
Jacqueline E. Darroch
Michael Vlassoff
Jennifer Nadeau



REMERCIEMENTS

Ce rapport, Santé sexuelle et reproductive: un investissement qui en vaut la peine, repose sur les travaux de nombreux membres du personnel de l'Alan Guttmacher Institute (AGI). La recherche a été menée par Jacqueline E. Darroch, vice-présidente directrice et vice-présidente à la science, et Susheela Singh, directrice de la recherche à l'institut AGI, et par Michael Vlassoff, consultant indépendant. Akinrinola Bankole, directeur adjoint à la recherche internationale, et Rubina Hussain, première assistante à la recherche, ont contribué aux analyses de données, avec le soutien d'Erin Carbone, associée à la recherche. Rédigé par Jennifer Nadeau, directrice des communications, le texte du rapport a été révisé par Alex Marshall, consultant indépendant, et Patricia Donovan, directrice des publications. Kathleen Randall s'est chargée de la production du rapport, avec l'assistance de Michael Greelish et Judith Rothman. Rose MacLean a assuré le soutien à la rédaction.

Merci à Sara Seims, pour son aide à l'élaboration du rapport, et aux membres de l'AGI Ann Biddlecom, Susan Cohen, Beth Fredrick, Dore Hollander et Cory Richards, pour leurs révisions et commentaires des premières versions. Les auteurs tiennent aussi à exprimer leur gratitude à leurs collaborateurs membres des organismes suivants, pour leur révision d'un avant-projet antérieur et leurs précieuses suggestions: Arnab J. Acharya, Research Triangle Institute; David Bloom, Harvard University; Kwesi Botchwey, Harvard University; Lynn Freedman, Columbia University; Barbara Janowitz, Family Health International; et Thomas Merrick, Banque mondiale.

Merci aussi aux collaborateurs chargés de la révision d'un avant-projet du texte de Vlassoff M et al., *Costs and Benefits of Providing Sexual and Reproductive Health Services: A Review*, Occasional Report, New York: The Alan Guttmacher Institute, 2004, No. 11 (à

paraître), où l'on trouvera le fondement méthodologique de ce rapport: John Stover, The Futures Group International; John Bongaarts, Population Council; Rodolfo Bulatao, consultant indépendant; et John Ross, The Futures Group International, que les auteurs remercient tout particulièrement aussi pour ses conseils, données et informations sur les estimations présentées au chapitre 3.

Les auteurs apprécient du reste les conseils, l'information et la documentation reçus de: Lori Bollinger, The Futures Group International; John Cleland, London School of Hygiene and Tropical Medicine; Helga Fogstad, Organisation mondiale de la santé; Gaverick Matheny, Johns Hopkins University; Bill McGreevey, The Futures Group International; Anthony Measham, Banque mondiale; Anne Mills, London School of Economics; Philip Musgrave, George Washington University; Malcolm Potts, University of California at Berkeley; Iqbal Shah, Organisation mondiale de la santé; Eva Weissman, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA); George Zeidenstein, Harvard University; et Hania Zlotnik, Division de la population de l'ONU.

Un grand merci, enfin, à Stirling Scruggs (UNFPA), dont l'initiative et la vision ont été essentielles à la réalisation de ce rapport, et à Stan Bernstein (UNFPA), pour son assistance à la planification du rapport, la révision de ses versions successives et ses inestimables conseils et données.

La recherche et la préparation et publication de ce rapport ont été rendues possibles par une subvention de l'UNFPA. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement les vues de l'UNFPA, des Nations Unies et de ses organismes affiliés.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1: Introduction	4
Chapitre 2: Approches existantes de la mesure des coûts et des bénéfices	9
Chapitre 3: Rentabilité de l'investissement dans les services contraceptifs	19
Chapitre 4: Une approche plus large de la mesure des coûts et des bénéfices	25
Chapitre 5: Récapitulatif et conclusions	32
Références	36
Appendix: Définitions, méthodologie et sources des données	39

INTRODUCTION

Les stratégies projettent généralement les coûts et les bénéfices des interventions qu'ils envisagent, pour permettre les comparaisons et optimiser l'investissement de leurs ressources limitées. Il n'est cependant pas toujours possible de comparer les coûts d'interventions tarifées sans uniformité, et les bénéfices sont parfois difficiles à cerner, dans le domaine de la santé surtout: ils peuvent être de nature sociale plutôt que médicale ou économique, et ils ne s'expriment pas tous aisément en termes monétaires. Les services de santé sexuelle et reproductive ont un impact social particulièrement vaste. Dotés de meilleurs outils, les stratégies pourraient mieux évaluer et comparer leurs interventions.

Ce rapport cherche à combler le vide. De meilleures méthodes d'interprétation et d'utilisation des études existantes y sont proposées pour l'évaluation des investissements consentis à la santé sexuelle et reproductive. Une approche plus large et diversifiée est également préconisée pour la mesure des coûts et du rendement de ces investissements. Le rapport expose systématiquement un large éventail de bienfaits offerts par les services de santé sexuelle et reproductive; certains n'ont pas encore été quantifiés ou ne peuvent peut-être pas l'être. Une meilleure approche des filières existantes et l'adoption de nouvelles méthodologies permettront vraisemblablement d'en saisir la substance.

Ce rapport s'adresse aux décideurs et aux responsables de l'allocation des ressources de tous niveaux: autorités gouvernementales locales et nationales, donateurs bi- et multilatéraux et ONG. Il les

invite à tenir compte des bienfaits plus larges des interventions de santé sexuelle et reproductive au moment d'établir les priorités de leurs investissements dans la santé et le développement.

Le rapport examine les coûts et les bénéfices de l'investissement dans les trois grandes branches d'intervention pour la santé sexuelle et reproductive:

- les services contraceptifs, qui permettent aux couples d'éviter les grossesses non planifiées et de gérer ainsi leur fécondité;
- les services de santé maternelle (hygiène de la grossesse, services obstétricaux, soins post-partum et services liés à l'avortement*); et
- la prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida, et les autres soins de nature gynécologique et urologique.

Dans le cadre de cette vaste analyse des interventions de santé sexuelle et reproductive, le rapport se concentre tout particulièrement sur les services contraceptifs. Il tire parti des données existantes pour illustrer une approche globale souple d'évaluation de l'investissement dans ces services, et il propose différentes manières d'en mesurer les résultats.

*Les services liés à l'avortement comprennent la gestion des complications de l'avortement non médicalisé, le conseil de planification familiale après l'avortement et (dans la mesure autorisée par la loi) l'avortement sans risques.

L'investissement dans les services de santé, y compris ceux liés à la santé sexuelle et reproductive, peut être utile aux objectifs plus vastes du développement.

Les interventions de santé sexuelle et reproductive offrent une promesse de bienfaits médicaux et autres.

L'être humain valorise la santé en soi. Les stratégies y voient aussi un véhicule essentiel à la réalisation d'objectifs de développement plus larges, tels de plus hauts niveaux d'éducation, d'équité sociale, de croissance économique et de productivité.

Les services de santé ne sont pas, à eux seuls, le gage d'une population en bonne santé. Au niveau le plus élémentaire, la santé humaine dépend d'un apport de nourriture, d'eau et d'abri adéquat. Au niveau des politiques, les systèmes juridiques doivent reconnaître le droit de chacun à des soins de santé, sans discrimination de sexe, d'âge ou de revenu. Dans la pratique, cela veut dire que les services doivent être à la fois disponibles et accessibles. D'autres critères, moins tangibles, doivent également être considérés: les normes sociales doivent décourager la discrimination et encourager les comportements sains, y compris le recours aux services de santé.

Même en l'absence de ces conditions, l'investissement dans les services de santé, y compris ceux liés à la santé sexuelle et reproductive, peut être utile aux objectifs plus larges du développement. Ainsi, la planification familiale permet aux femmes d'atteindre, outre un niveau d'éducation plus élevé, un meilleur équilibre entre la famille et le travail. L'hygiène de la grossesse et les soins obsté-

tricaux, tout en protégeant la santé des mères et de leurs enfants, consolident aussi la famille. La sensibilisation aux IST, y compris le VIH/sida, favorise quant à elle l'épanouissement d'une population active saine et allège le fardeau que ces infections imposent aux collectivités.

Il importe tout particulièrement, lors de l'évaluation des services contraceptifs, de mesurer leurs bienfaits tant non médicaux que médicaux, car la condition qu'ils servent à prévenir – la grossesse – n'est pas un état pathologique et la procréation, pas une maladie. Idéalement, souvent d'ailleurs, faire un enfant est un acte sain planifié, accompli volontairement par une femme et son partenaire dans leur désir de fonder une famille. La contraception n'en confère pas moins certains avantages de santé: elle protège femmes et nourrissons contre les risques médicaux de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum – dans le cas, surtout, des grossesses non planifiées, rapprochées ou de femmes très jeunes.

La contraception permet du reste d'éviter de lourds frais économiques, sociaux et psychologiques, résultant de grossesses inopportunes ou non désirées surtout. De nature non médicale, ces frais peuvent limiter les horizons ouverts aux femmes et miner le bien-être des familles. Cela sans compter le retard et les obstacles qu'ils opposent au développement socioéconomique et aux efforts d'égalité entre les sexes et de réduction de la pauvreté.

OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT POUR LE MILLÉNAIRE

Dans la Déclaration du Millénaire, les dirigeants du monde ont adopté, en septembre 2000, un vaste ordre du jour exprimant leur désir de réduire la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'encontre des femmes. Dès 2002, cet ordre du jour était formulé en huit objectifs concrets, assortis, chacun, d'un ensemble de cibles quantifiables. L'amélioration de la santé sexuelle et reproductive sous-tend directement les objectifs 3 à 8; elle affecte aussi indirectement les objectifs 1 et 2¹.

1. «Réduire l'extrême pauvreté et la faim»

Les familles moins nombreuses et les intervalles génésiques plus longs, sous l'effet de la pratique contraceptive, permettent aux familles d'investir davantage dans la nutrition et la santé de chaque enfant, contribuant de ce fait aussi à la réduction de la pauvreté et de la faim pour tous les membres du ménage. Au niveau national, la baisse de la fécondité peut favoriser un développement social et économique accéléré.

2. «Assurer l'éducation primaire pour tous»

Les familles moins nombreuses et dont les enfants sont moins rapprochés peuvent investir davantage dans l'éducation de chacun. Les filles, dont l'éducation est parfois secondaire à celle des garçons, bénéficient tout particulièrement de cette situation. Mieux encore, les filles qui ont accès à la contraception sont moins susceptibles de se retrouver enceintes et de quitter l'école.

3. «Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes»

Avoir ou non des enfants et décider du moment de leur naissance représentent un aspect critique de l'autonomisation des femmes. Aptes à planifier le moment et le nombre de leurs grossesses, les femmes disposent aussi de meilleures possibilités d'emploi, d'éducation et de participation à la vie sociale hors du foyer.

4. «Réduire la mortalité infantile»

Les soins d'hygiène de la grossesse et la réduction des accouchements à hauts risques (quand la mère est très jeune ou que les naissances se suivent de près, par exemple) permettent d'éviter les décès infantiles et postinfantiles. Les enfants de familles nombreuses ne bénéficient souvent que de soins de santé limités et ceux non désirés ont moins de chances de survie.

5. «Améliorer la santé maternelle»

La prévention des grossesses non planifiées et à hauts risques et les soins de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sauvent autant de vies de femmes.

6. «Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies»

Les soins de santé sexuelle et reproductive couvrent la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Les soins de santé reproductive peuvent du reste introduire les patientes dans le système des soins de santé, favorisant ainsi le diagnostic et le traitement d'autres affections et maladies.

7. «Assurer un environnement durable»

L'apport de services de santé sexuelle et reproductive, de même que la prévention des naissances non désirées, peuvent contribuer à la stabilisation des milieux ruraux, au ralentissement de la migration urbaine et à l'équilibre entre l'exploitation des ressources naturelles et les besoins de la population.

8. «Mettre en place un partenariat mondial pour le développement»

L'offre de médicaments à prix abordable pour le traitement du VIH/sida et l'assurance d'un approvisionnement sûr en contraceptifs renforceront grandement les programmes de santé reproductive et sont indispensables dans les pays les moins développés.

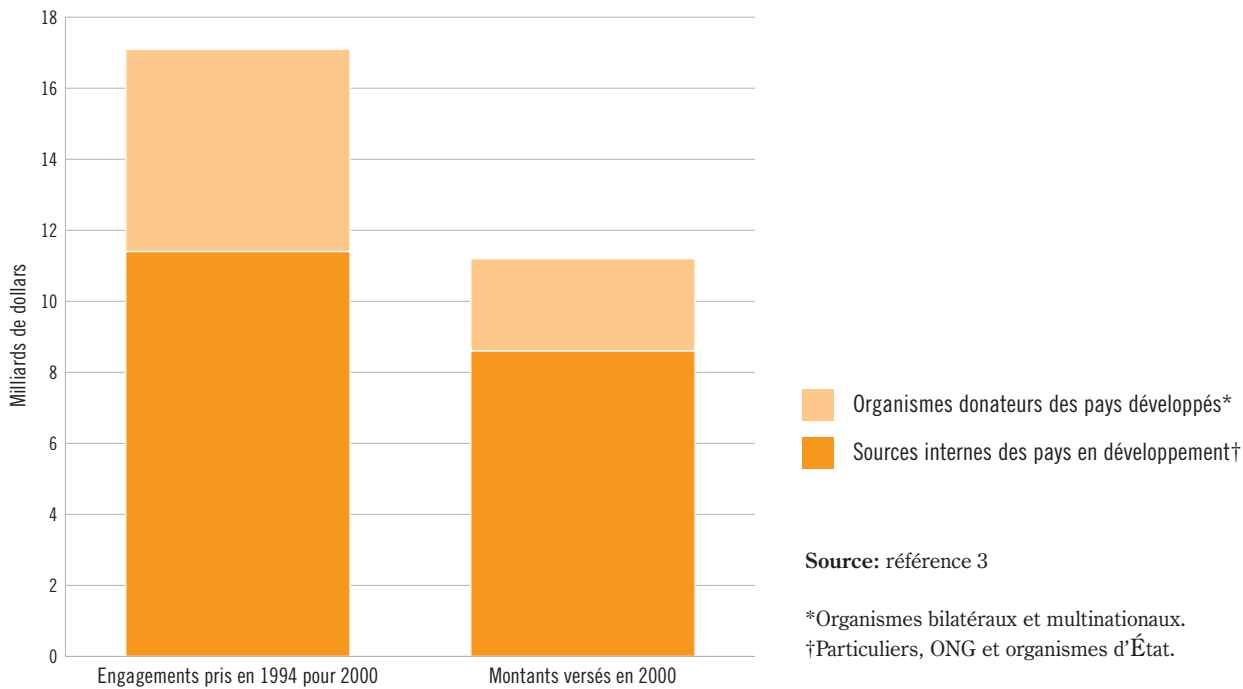
Un rapport fondé sur d'amples recherches et analyses.

Au début des années 1990, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé, entre autres éminents organismes, se sont mis en devoir d'évaluer, d'une part, le fardeau sociétal représenté par la maladie et la mauvaise santé et, d'autre part, le coût de la prévention et du traitement. Le riche produit de leurs travaux établit la valeur des interventions de santé, y compris en matière de sexualité et de reproduction. Presque toutes les études réalisées adoptent cependant une perspective strictement médicale, mesurant l'efficacité en termes d'amélioration de la santé seulement. Sur le plan socioéconomique, elles omettent ou sous-estiment les facteurs susceptibles de contribuer à la maladie ou d'inhiber le recours aux soins de santé et elles négligent l'incidence des améliorations de la santé.

Plusieurs obstacles viennent compliquer l'analyse exhaustive des coûts et des bénéfices¹. Il n'est tout d'abord pas toujours possible de prédire tous les bénéfices. Éviter une naissance non désirée, par exemple, peut s'accompagner de diverses implications d'ordre social, économique et de santé au niveau de la personne, du ménage et de la société. Ce rapport expose dans leurs grandes lignes les bienfaits personnels, familiaux et sociétaux des services de santé sexuelle et reproductive.

Autre obstacle à l'analyse, certains avantages ne se traduisent pas aisément en termes monétaires. Aussi difficile qu'il soit d'attribuer une valeur monétaire à la santé, quantifier les bienfaits non médicaux des interventions de santé relève véritablement du défi. Ce rapport propose et illustre, dans la mesure du possible, différentes méthodes de quantification d'issues positives, à l'aune de valeurs monétaires (le dollar) et d'unités physiques (années de vie sauvées ou d'incapacité évitées, par exemple). Il aborde aussi les résultats moins quantifiables de productivité accrue, vie plus satisfaisante, participation supérieure à la vie sociale et meilleure équité entre les sexes et les classes.

Enfin, il peut être difficile de saisir les retombées, dans d'autres domaines, d'un investissement particulier. Ainsi, dans de nombreux pays, un test de Papanicolaou est proposé aux femmes à l'occasion de leurs consultations de planification familiale. Ce test permet le dépistage précoce et le traitement du cancer du col de l'utérus ou des lésions précancéreuses. Les analyses mesurent pourtant rarement les réductions de ce cancer parmi les avantages de l'investissement dans les services contraceptifs. De même, la résolution d'un problème social particulier peut exiger un investissement dans plusieurs domaines. Souvent, pourtant, les analyses n'attribuent la solution qu'à un seul. D'après les bienfaits secondaires observés (plusieurs sont décrits dans ce rapport), l'efficacité de certains services de santé sexuelle et reproductive est optimale lorsque ces services font partie d'un ensemble intégré.



Source: référence 3

*Organismes bilatéraux et multinationaux.

†Particuliers, ONG et organismes d'État.

FIGURE 1.1 Le soutien aux services de santé sexuelle et reproductive est très inférieur aux engagements pris par la communauté internationale.

Les coûts directs d'une intervention sont généralement plus prévisibles, plus limités dans le temps et plus faciles à mesurer que ses avantages. Lors de la comparaison d'interventions potentielles, il importe toutefois de mesurer uniformément les coûts. Les estimations existantes des coûts de différentes interventions de santé sexuelle et reproductive sont largement inégales quant à la portée de la mesure et aux méthodes d'évaluation. Les comparaisons en sont d'autant moins aisées². Les coûts indirects et d'opportunité sont, eux aussi, difficiles à quantifier et les analystes n'y ont guère prêté attention. Quelques aspects fondamentaux à considérer lors de l'évaluation des coûts sont exposés dans ce rapport.

Les services de santé sexuelle et reproductive sont essentiels à la réalisation des objectifs de développement.

Le Programme d'action adopté en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) reconnaît l'importance capitale, pour le bien-être humain, de la santé sexuelle et reproductive. En 1999, une session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU a réaffirmé et développé le consensus de la CIPD.

En 2002, les États membres des Nations Unies ont entériné un vaste ensemble d'objectifs—les «*Objectifs du Millénaire pour le développement*»—appelés à définir les priorités internationales de développe-

ment des années à venir. Bien que ne figurant pas explicitement parmi les buts à atteindre, l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive sera essentielle à leur réalisation (voir l'encadré).

D'aucuns craignent que l'absence de cibles de santé sexuelle et reproductive spécifiques parmi les Objectifs du Millénaire pour le développement ne limite les ressources allouées aux programmes qui lui sont consacrés. Leur inquiétude tient, en partie, à l'échec de la communauté internationale à faire face aux engagements monétaires pris en 1994 à la CIPD. Ainsi, en 2000, les investissements consentis à la santé sexuelle et reproductive par les pays en développement eux-mêmes et par les donateurs des pays développés (sous forme d'assistance bi- et multilatérale) se sont avérés largement inférieurs aux montants promis pour l'année (Figure 1.1)³. À travers la quantification de certains avantages à tirer des investissements dans la santé sexuelle et reproductive et par la description d'autres aspects bénéfiques, ce rapport souligne l'importance de ces investissements pour la réalisation des Objectifs du Millénaire et d'autres buts de développement fondamentaux.

Guide du rapport.

Destiné au grand public, ce rapport s'inspire d'un document technique plus détaillé⁴. Le chapitre 2 examine et évalue les approches actuellement adoptées pour la mesure des coûts et des bénéfices de l'investissement dans les services de santé. Les limites de ces

approches sont également décrites. Le chapitre 3 présente le décompte le plus complet réalisé à ce jour des coûts et bénéfices des services contraceptifs. Ces estimations quantitatives combinent une série de mesures et d'unités: décès maternels, décès infantiles et cas d'incapacité évités; naissances non planifiées et avortements évités; et nombres d'enfants qui grandiraient sinon sans leur mère.

Le chapitre 4 expose le vaste ensemble d'avantages et de coûts qu'il conviendrait idéalement de mesurer dans chacune des trois grandes branches de la santé sexuelle et reproductive. L'exposé démontre l'importance de la satisfaction des besoins de santé sexuelle et reproductive pour la qualité de la vie et les perspectives d'avenir des pays pauvres, et pour les segments les plus pauvres de la société dans tous les pays. Le chapitre 5 examine le rôle fondamental de la santé sexuelle et reproductive dans l'accès aux Objectifs du Millénaire pour le développement et la réalisation d'autres buts de développement, concluant à la nécessité d'un investissement accru dans les services qui la favorisent.

APPROCHES EXISTANTES DE LA MESURE DES COÛTS ET DES BÉNÉFICES

Durant les années 1990, plusieurs grandes études ont réalisé d'importants progrès vers la quantification de l'impact médical de diverses maladies et affections, ainsi que des avantages médicaux de l'investissement dans différentes interventions de prévention et de traitement. Ces études ont également commencé à mesurer les coûts socioéconomiques de la mauvaise santé et les avantages de la prévention.

Leurs principales observations, en ce qu'elles touchent aux interventions de santé sexuelle et reproductive surtout, et certaines lacunes de l'analyse sont exposées ci-dessous.

Diverses approches ont été adoptées pour mesurer l'impact des interventions de santé.

L'initiative Charge mondiale de morbidité, produit d'une collaboration entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Banque mondiale et la faculté de Santé publique de l'Université de Harvard, offre la première estimation de l'impact sanitaire mondial représenté par toutes les grandes maladies et affections, y compris celles liées aux comportements sexuels et reproductifs. Le projet a quantifié, pour 1990 puis, de nouveau, pour l'année 2001, l'impact de plus de 100 maladies et affections en termes de coûts médicaux, calculés en années de vie perdues pour cause d'incapacité ou de décès prématuré¹. Dans le cadre d'un effort complémentaire, le projet de la Banque mondiale sur les «priorités en matière de contrôle des maladies dans les pays en voie de développement» a estimé la rentabilité de différentes interventions de prévention et de traitement de

maladies et affections particulières. Les observations en ont été publiées en 1993²; une mise à jour est en cours.

Le rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde, World Development Report 1993: Investing in Health, combine les deux approches, recommandant un ensemble d'interventions rentables aptes à améliorer la qualité de la dépense publique³. Parmi ses priorités, ce rapport prévoyait l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive.

D'autres initiatives se sont concentrées sur les avantages économiques des interventions de santé. Plusieurs études nationales spécifiques ont notamment mesuré les économies de services sociaux qui pourraient résulter de familles moins nombreuses. Adoptant une perspective plus large, la Commission Macroéconomie et Santé, en collaboration avec un groupe d'experts de l'université de Harvard, de l'OMS, de la Banque mondiale et d'ailleurs, a estimé dans un rapport publié en 2001 l'impact économique de l'amélioration de la santé en termes de gains de productivité et d'augmentation du revenu national⁴.

Concentré sur les services contraceptifs seulement, le Women's Studies Project de Family Health International (FHI) a documenté, durant la seconde moitié des années 1990, un éventail de résultats plus large encore, de l'amélioration des possibilités d'emploi pour les femmes aux meilleures relations avec leur partenaire et à un sentiment de bien-être accru. Le projet a également examiné les

Les problèmes de santé sexuelle et reproductive représentent 18% de la charge mondiale totale de morbidité, et 32% de la charge parmi les femmes du monde en âge de procréer.

aspects moins positifs, tels les effets secondaires des différentes méthodes et la désapprobation des familles⁵.

Dans son examen des coûts économiques des interventions dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) a estimé les ressources nécessaires à la réalisation de ses objectifs⁶. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a compilé les données relatives aux coûts, par pays et moyens, d'une série d'interventions de santé sexuelle et reproductive⁷. Enfin, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a estimé les coûts de 25 interventions clés dans la lutte contre le VIH/sida⁸.

Les bienfaits médicaux des interventions de santé sexuelle et reproductive sont considérables.

Les bénéfices médicaux des interventions sanitaires s'expriment souvent en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI ou DALY, en anglais), une mesure définie dans le projet Charge mondiale de morbidité, largement utilisée dans l'évaluation des interventions potentielles de santé (voir l'encadré, page 11). Selon les estimations réalisées par l'OMS en 2001, les problèmes de santé sexuelle et reproductive représentent 18% de la charge mondiale totale de morbidité, et 32 % de la charge parmi les femmes du monde en âge de procréer (15 à 44 ans)^{9*}:

- Les affections maternelles (hémorragie ou septicémie résultant d'un accouchement, obstruction du travail, maladies hypertensives liées à la grossesse et avortement non médicalisé) représentent 2% du total d'AVCI perdues (13% parmi les femmes en âge de procréer).
- Les affections périnatales (insuffisance pondérale à la naissance, mort apparente du nouveau-né et traumatisme à la naissance) représentent 7% du total d'AVCI perdues.
- Le VIH/sida en représente 6% (14% parmi les femmes de 15 à 44 ans).
- Les autres affections liées à la santé sexuelle et reproductive en représentent 3% (5% parmi les femmes en âge de procréer)[†].

Par comparaison, les maladies respiratoires représentent 11% du total d'AVCI perdues; les maladies cardiovasculaires, 10%; et les affections neuropsychiatriques (troubles dépressifs, alcoolisme et toxicomanie, schizophrénie, troubles bipolaires et démences), 13% (Tableau 2.1, page 12)¹⁰.

Tandis que le projet Charge mondiale de morbidité se penchait sur les avantages potentiels (en termes d'AVCI sauvées) de l'élimination de

*Une révision des estimations d'AVCI est en cours. Les résultats préliminaires révèlent une légère baisse des AVCI imputables au VIH/sida, globalement et parmi les femmes en âge de procréer.

†IST autres que le VIH/sida, anémie ferriprive parmi les femmes de 15 à 44 ans, cancer du sein, de l'ovaire, du col de l'utérus et de l'utérus, et maladies génito-urinaires autres que la néphrite et le syndrome néphrotique.

ANNÉES DE VIE CORRIGÉES DE L'INCAPACITÉ (AVCI/DALY)

L'AVCI est un instrument de mesure d'impact médical. Les AVCI perdues pour cause de maladie, blessure ou problème de santé représentent la somme de deux composantes:

- le nombre cumulé d'années perdues pour cause de décès prématuré (déterminé par soustraction des années vécues de l'espérance de vie normale présumée de 82,5 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes); et
- le nombre cumulé d'années de santé perdues pour cause d'incapacité. (Pour calculer cet indicateur, un coefficient de gravité compris entre 0 (parfaite santé) et 1 (équivalent à la mort) est attribué à chaque incapacité. La stérilité, par exemple, a un coefficient de 0,18, ce qui veut dire que l'on soustrait 0,18 AVCI de chaque année vécue par une personne en état de stérilité. Le poids de l'incapacité ne considère que l'incapacité fonctionnelle; il ne tient pas compte des facteurs sociaux, culturels ou économiques.

Les AVCI sont du reste corrigées en fonction de l'âge et du stade de vie auquel la maladie ou l'incapacité apparaît. Le calcul accorde davantage de poids aux années de vie saine perdues par les jeunes adultes que par les enfants et les personnes âgées, et aux incapacités immédiates ou survenant rapidement qu'à celles qui se manifestent beaucoup plus tard.

certaines maladies et affections, celui de la Banque mondiale sur les priorités en matière de contrôle des maladies dans les pays en développement évaluait plutôt les coûts et les bénéfices d'interventions préventives et thérapeutiques spécifiques. Ainsi, le rapport 1993 Disease Control Priorities examine la rentabilité des services de planification familiale et de soins obstétricaux améliorés¹¹. À l'aide de modèles hypothétiques, il mesure le coût de différentes interventions par rapport au nombre de décès maternels et infantiles, entre autres événements indésirables (naissances non désirées, mauvaise santé maternelle et infantile et insuffisance pondérale à la naissance), que chacune permettrait d'éviter.

Selon les conclusions du rapport, un accroissement de la pratique contraceptive de 0 à 20%, sous l'effet de l'apport de services de planification familiale dans un contexte de mortalité et fécondité élevées (en Afrique subsaharienne, par exemple), serait fort rentable en termes de prévention de plus d'un événement indésirable. Le coût a été estimé, pour éviter les décès maternels et périnataux, la morbidité maternelle et l'insuffisance pondérale à la naissance, à environ 140 dollars par événement (moyenne calculée sur tous ces événements, en dollars de 1993*)¹². Outre les vies sauvées et la prévention de la maladie et de l'incapacité, cette dépense s'accom-

*Beaucoup des montants cités dans ce rapport le sont en dollars de 1993. Pour mettre ces montants en perspective, on notera que le taux d'inflation global aux États-Unis est de 24,5% pour la période de 1993 à 2002. Source: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Consumer Price Index 1913-2003, Sept. 16, 2003, <<http://ftp.bls.gov/pub/special.requests/cpi/cpiiai.txt>>, consulté le 13 octobre 2003.

pagnerait d'autres avantages médicaux, tels le prolongement de l'allaitement maternel entre deux naissances et la réduction du risque d'anémie.

Le rapport compare aussi différentes approches de réduction des infections sexuellement transmissibles (IST), en dollars par AVCI sauvée. Il n'est guère surprenant de voir combien les programmes ciblant les groupes à haut risque se révèlent plus rentables que ceux destinés à la population générale. Ainsi, les programmes éducatifs visant à accroître l'usage du préservatif dans les groupes à haut risque ne coûtent que quelques centimes par AVCI sauvée, alors qu'ils représentent, dans la population au sens large, plusieurs dollars par AVCI sauvée. Le risque de contraction et de propagation des IST est en effet, en moyenne, largement moindre dans la population générale¹³.

Le World Development Report 1993 de la Banque mondiale se concentre sur les interventions de santé et présente un ensemble de services—l'«essential health package»—aptes à assurer l'usage le plus efficace de maigres ressources sanitaires. La planification familiale, les soins de santé maternelle et la prévention et le traitement des IST, y compris le VIH/sida, figurent tous, en raison de leur haute rentabilité, dans la formule préconisée pour les pays à faible et moyen revenu¹⁴.

Problème de santé	% d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues, 2001	
	Population totale	Femmes 15 à 44 ans
Affections de santé sexuelle et reproductive	17,8	31,8
Affections respiratoires	10,7	4,1
Affections cardiovasculaires	9,8	4,3
Affections neuropsychiatriques	13,0	25,4
Blessures	12,2	12,4
Autres affections transmissibles	19,6	8,8
Autres affections non transmissibles	16,8	13,2
Total	100,0	100,0

Source: référence 10.

N.B.: Les totaux n'atteignent pas tous exactement 100,0 pour cause d'arrondissement.

TABLEAU 2.1 Une grande partie de la charge mondiale de morbidité est imputable à la mauvaise santé sexuelle et reproductive.

Le rapport présente une plage de coûts, variables selon le contexte. Le coût de chaque AVCI sauvée y est estimé entre 15 et 150 dollars pour les services de planification familiale; il représente 30 à 250 dollars pour les soins prénatals et d'accouchement; 1 à 250 dollars pour la prévention des IST/VIH; et 50 à 100 dollars pour la prévention du cancer du sein et du col utérin. À titre comparatif, le coût par AVCI sauvée d'autres interventions de santé est estimé entre 5 et 20 dollars pour la prévention des carences en fer, vitamine A et iode, entre 5 et 250 dollars pour la prévention du paludisme, et entre 1.600 et 3.500 dollars pour la gestion environnementale de la dengue. Ces plages de coûts sont extraites du rapport sur les priorités en matière de contrôle des maladies, également source des coûts moyens d'une plage plus large d'interventions préventives et thérapeutiques (Figure 2.1, page 13)¹⁵.

Comme le dit le proverbe, mieux vaut prévenir que guérir: la prévention du cancer du col utérin, par exemple, coûte 100 dollars par AVCI sauvée, par rapport à 2.500 dollars pour le traitement. De même, la prévention des affections cardiovasculaires revient à 150 dollars par AVCI sauvée, et le traitement, à 2.000 à 30.000 dollars¹⁶. Bien que la prévention et le traitement soient tous deux indispensables, en Afrique subsaharienne, les interventions de prévention du VIH sont au moins 28 fois plus rentables que le traitement antirétroviral¹⁷.

Une autre étude encore a mesuré les bienfaits, en termes de vies sauvées, d'un accroissement de l'assistance à la planification fami-

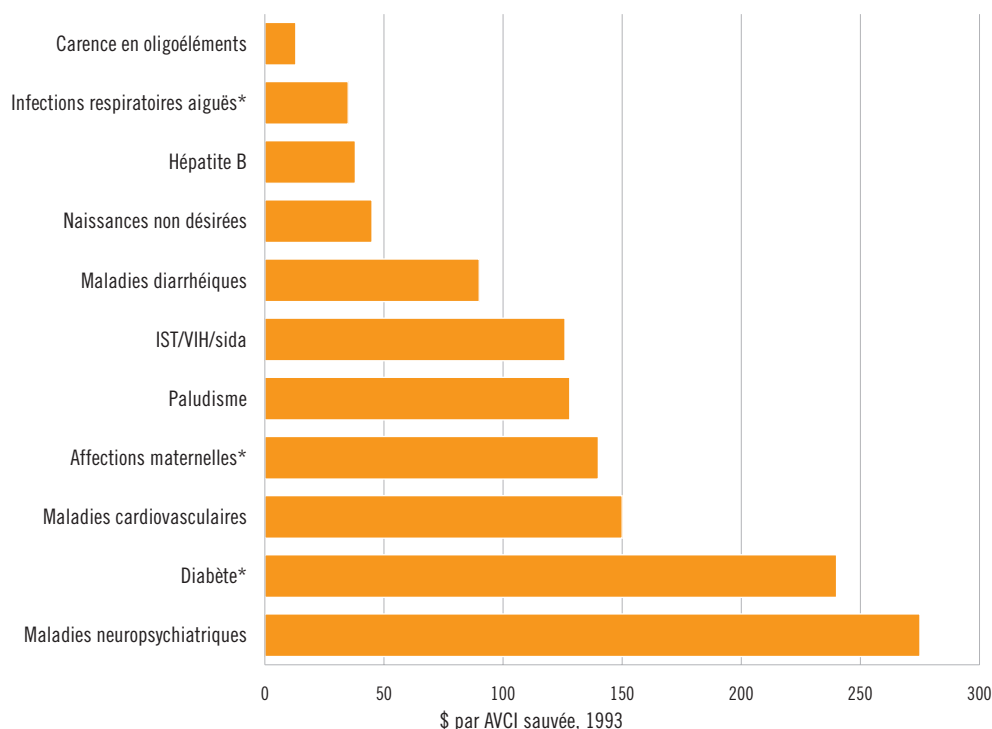
liale par l'organisme américain USAID. Selon ses estimations, une augmentation de 169 millions de dollars des subventions de 2001 aurait permis de sauver la vie de 15.000 femmes (8.000 des suites d'un avortement non médicalisé et 7.000 d'autres causes liées à la grossesse), ainsi que celle de 92.000 nourrissons¹⁸.

Les interventions de santé, planification familiale comprise, offrent aussi des avantages d'ordre économique.

Outre les avantages médicaux, le rapport de 1993 sur les priorités en matière de contrôle des maladies a mesuré quelques bienfaits économiques des services contraceptifs dans des contextes hypothétiques types, estimant les économies qui pourraient être réalisées sur les services d'éducation primaire et secondaire et de santé financés par l'État si les naissances non planifiées étaient évitées.

Dans un pays d'Afrique type caractérisé par de hauts taux de mortalité et de fécondité, le coût d'une seule naissance évitée grâce à la planification familiale a été calculé à 368 dollars, pour une économie des deniers publics estimée à 440 dollars. Les coûts sont en l'occurrence élevés car les programmes de planification familiale sont généralement en phase initiale dans cette région, avec de hauts coûts d'infrastructure de mise en route et peu d'utilisatrices.

Le coût par utilisatrice diminue à mesure de l'implantation des pro-



Source: référence 15.

*Interventions thérapeutiques; toutes les autres sont des interventions préventives.

FIGURE 2.1 La rentabilité des interventions de santé varie largement.

grammes et de l'élargissement de leur clientèle, comme en Amérique latine, où, par rapport à l'Afrique, l'État dépense généralement plus en services d'éducation et de santé par personne. Le coût d'une naissance non désirée évitée dans un pays d'Amérique latine type à faible fécondité a été estimé à 133 dollars, pour une économie de 1.600 dollars: pour chaque dollar consenti à la planification familiale, l'État économiserait ainsi 12 dollars en coûts de santé et d'éducation seuls¹⁹.

D'autres analyses démontrent les bénéfices réels de l'investissement dans la planification familiale et autres services connexes. Certaines datent d'au moins 10 ans déjà, mais elles n'en apportent pas moins quelques-uns des meilleurs exemples disponibles. Ces études se limitent, elles aussi, à la mesure de quelques avantages seulement (dans le domaine de la santé et de l'éducation, généralement) et les estimations sont larges car elles dépendent d'une variété de facteurs: nombre de services couverts, efficacité des dépenses publiques et méthodologie employée.

Au Mexique, il a ainsi été établi que pour chaque peso du système de la sécurité sociale mexicaine dépensé en services de planification familiale entre 1972 et 1984, neuf pesos avaient été épargnés aux postes du traitement des complications d'avortements non médicalisés et des soins maternels et infantiles²⁰. De même, chaque dollar investi dans le programme de planification familiale thaïlandais a permis à l'État d'économiser plus de 16 dollars²¹. Mieux encore, selon une analyse effectuée en Égypte, chaque dol-

lar alloué à la planification familiale s'y est traduit par une épargne publique de 31 dollars²²! Cette projection couvre les dépenses publiques affectées aux services d'éducation, d'alimentation, de santé, de logement, d'eau et d'égouts.

Au Vietnam, une étude a déterminé qu'à long terme, chaque dollar investi dans la planification familiale permettrait d'économiser environ 8 dollars en services de santé, d'éducation et autres prestations sociales²³. L'analyse, basée en partie sur l'expérience vécue du pays et, pour le reste, sur des projections, couvre une période de 31 ans, de 1979 à 2010. Les bénéfices commencent à dépasser les coûts en 1995. Le plus gros (90%) des économies estimées s'inscrit dans le secteur de l'éducation, suivi des soins maternels et infantiles, des services sociaux et de la sécurité sociale.

Au-delà des avantages de réduction des dépenses gouvernementales, le rapport de 2001 de la Commission Macroéconomie et Santé préconise un investissement accru dans la santé pour la réalisation de gains plus conséquents sur le plan économique²⁴. Ayant évalué l'impact direct de la perte d'AVCI sur le revenu national en termes de productivité réduite et d'amoinissement du PNB, la commission a porté l'argument plus loin encore: quand la mortalité est élevée, les parents sont susceptibles d'avoir un plus grand nombre d'enfants mais d'investir moins dans la santé et l'éducation de chacun, entravant ainsi les perspectives économiques. La commission soutient enfin que la maladie chronique et la faible productivité découragent les investissements extérieurs directs dans le com-

merce et l'infrastructure. Et de conclure qu'une dépense accrue dans les interventions de santé prioritaires allégerait les trois problèmes et se traduirait par des avantages macroéconomiques substantiels.

Le programme de santé de la commission reflète largement celui proposé par la Banque mondiale, à la différence près qu'il souligne davantage la prévention du paludisme, l'amélioration de la nutrition et le traitement du VIH/sida. La commission inclut les conditions maternelles et périnatales parmi ses huit zones d'intervention prioritaires. Contrairement à celle de la Banque mondiale, sa formule de services essentiels ne couvre cependant ni les services contraceptifs, ni, spécifiquement, les IST autres que le VIH. Le rapport de la commission n'en reconnaît pas moins l'importance de la planification familiale: «L'une des démarches sanitaires les plus importantes consiste à accorder une attention accrue à la santé génésique, non seulement pour freiner la transmission des maladies sexuellement transmissibles (MST) telles que le VIH/sida, mais aussi pour limiter la fécondité au moyen de la planification familiale, y compris la contraception²⁵.»

Les prémisses mêmes de la commission veulent qu'à mesure de l'amélioration des conditions de santé et du déclin des taux de mortalité, les ménages choisiront de limiter leurs naissances afin d'investir davantage dans chaque enfant. La disponibilité des services contraceptifs doit, à cette fin, être assurée.

Certains avantages sociaux des interventions de santé sexuelle et reproductive ont également été documentés.

Dans son évaluation des avantages féminins de la pratique contraceptive, le projet Women's Studies de Family Health International (FHI) a documenté les améliorations spécifiques à l'autonomisation et à la qualité de la vie des femmes²⁶. Les Boliviennes qui pratiquent la contraception moderne se sont par exemple révélées plus susceptibles d'occuper un emploi rémunéré, de même d'ailleurs que les Indonésiennes utilisatrices de méthodes à long terme. Le projet s'est également penché sur certains coûts, pour les femmes, de la pratique contraceptive: effets secondaires (réels et présumés), notamment, et peur du mari et des autres parents opposés à la contraception²⁷.

De nombreuses recherches ont évalué les contributions relatives des programmes de planification familiale et du développement socioéconomique au déclin de la fécondité. Les études transnationales globales révèlent un rapport complexe, indiquant toutefois l'interaction entre le développement socioéconomique et l'apport de services de planification familiale, d'une part, et, d'autre part, leurs effets indépendants sur la réduction des indices de fécondité²⁸. L'expérience de Matlab, au Bangladesh, en présente un exemple particulièrement convaincant: l'apport intensif de services de haute qualité, dans le cadre d'un programme pilote, s'y est traduit par un recours accru à la contraception et par une réduction de

Les études transnationales globales révèlent un rapport complexe, indiquant toutefois l'interaction entre le développement socioéconomique et l'apport de services de planification familiale, d'une part, et, d'autre part, leurs effets indépendants sur la réduction des indices de fécondité.

la fécondité, en dépit d'un niveau de développement extrêmement faible²⁹. Une analyse a démontré que les programmes de planification familiale étaient responsables de 43% du déclin de fécondité entre 1960–65 et 1980–85³⁰. Bien que certaines études aient mis en doute ces observations³¹, le consensus actuel est que les programmes de planification familiale offrent une politique publique efficace d'accroissement de la pratique contraceptive et de réduction de la fécondité³².

D'autres études ont mesuré les coûts des interventions de santé sexuelle et reproductive.

Plusieurs analyses se concentrent exclusivement sur l'estimation des coûts financiers de l'apport de services de santé sexuelle et reproductive. La portée de ces études varie largement: les unes, de niveau mondial, ont pour but d'informer les pays donateurs des besoins globaux; les autres, plus localisées, visent à aider les gestionnaires dans la planification de leurs prestations.

L'UNFPA et d'autres experts en la matière ont estimé les coûts de l'apport universel de soins de santé sexuelle et reproductive, à l'intention du Programme d'action de la CIPD. Leurs estimations couvrent quatre domaines: les services de planification familiale; les autres services de santé reproductive; la prévention du VIH/sida; et la recherche élémentaire sur les questions de population.

Pour l'année 2000, le coût mondial de l'apport de services de plani-

fication familiale a été estimé à 10,2 milliards de dollars (en dollars de 1993). Soixante-cinq pour cent de ce coût (6,6 milliards de dollars) concernaient l'entretien et l'amélioration de l'infrastructure de prestation, dont bénéficieraient tous les aspects des soins de santé sexuelle et reproductive. Le coût des autres programmes de santé reproductive entrepris dans le cadre des soins primaires a du reste été évalué à 5 milliards de dollars pour l'an 2000, et celui de la prévention du VIH/sida (efforts médiatiques, d'éducation scolaire et de distribution de préservatifs), à 1,3 milliard de dollars³³.

Plus récemment, l'UNFPA a révisé et synthétisé l'information relative au coût des services de santé sexuelle et reproductive, rassemblant les données de plus de 500 études publiées ou inédites en une seule et même base de données³⁴. L'information disponible varie largement suivant la région et le type de service. Les études divergent aussi selon qu'elles mesurent ou non toutes les sous-catégories de coûts (médicaments et fournitures, main-d'œuvre, frais généraux et dépenses d'investissement) et suivant la manière dont elles mesurent les coûts. Leur révision n'en produit pas moins une riche source d'information sur les coûts de la planification familiale, des soins de santé maternelle et de la prévention et du traitement des IST.

En dépit de profonds écarts suivant le niveau de développement de chaque pays, les données des différentes études peuvent être normalisées moyennant l'addition des coûts indiqués pour chacun des principaux aspects d'une consultation de prestataire. Ainsi, le coût

La sexualité et la reproduction...sont fondamentales à l'identité et à l'épanouissement de la personne, de même qu'à la qualité des relations familiales et sociales. Les services de santé sexuelle et reproductive aident les personnes et les sociétés à atteindre un large éventail d'objectifs sociaux et économiques.

(en dollars de 2001) d'une première visite effectuée par une femme en vue de l'obtention de contraceptifs oraux est estimé, en moyenne, à 8 dollars: 1 dollar de médicaments et fournitures, 0,50 dollar de main-d'œuvre et 6,50 dollars de frais généraux (dépenses d'investissement comprises). Pour un accouchement vaginal sans complications, le coût moyen est calculé à environ 28 dollars: 5 dollars de médicaments et fournitures, 6 dollars de main-d'œuvre, 11 dollars de frais généraux (dépenses d'investissement comprises) et 6 dollars de frais d'hospitalisation.

Les estimations par l'ONUSIDA des coûts de 25 interventions clés nécessaires à l'accès aux objectifs internationaux de lutte contre le VIH/sida couvrent 135 pays à revenu faible ou moyen, pour la période de 2001 à 2007. Ces estimations tiennent compte de la couverture maximale réalisable dans l'état actuel de l'infrastructure matérielle et des ressources humaines. Le coût total mondial estimé de la prévention et du traitement passe de 3,2 milliards de dollars en 2001 à 10,5 milliards en 2005 et à 15 milliards en 2007. La plus grande partie (environ 50% du total) revient aux soins et traitement du SIDA, suivis de la prévention du VIH/sida (environ 44%). Une part beaucoup moins importante (environ 3% en 2001 et 6% ou 900 millions de dollars en 2007) permettrait de soigner les enfants orphelins du sida³⁵.

Les études existantes sous-estiment les bienfaits des services de santé sexuelle et reproductive.

La recherche a réalisé d'importants progrès vers l'établissement d'un fondement rationnel à l'allocation de ressources à certaines interventions spécifiques. Les principales études traitent la santé sexuelle et reproductive tel un élément clé de la santé globale et qualifient généralement de hautement rentables les interventions qui la concernent. La plupart des analyses ne quantifient toutefois que les bienfaits médicaux des interventions sanitaires. Elles tendent à sous-estimer ou omettre même les aspects économiques, sociaux et psychologiques pourtant fondamentaux de la santé sexuelle et reproductive.

Plus important encore, les unités adoptées par le projet Charge mondiale de morbidité et les autres approches de mesure—les AVCI sauvées—ne couvrent pas tout le champ des avantages médicaux, économiques, sociaux et psychologiques offerts par les services de santé sexuelle et reproductive. Le moment est venu de définir une approche conceptuelle distincte. La valeur de la santé sexuelle et reproductive ne peut en effet pas toujours s'exprimer en termes de résultats quantifiables. Comment chiffrer, par exemple, la valeur de la capacité d'avoir un enfant? D'autres bienfaits—l'éducation accrue des enfants de familles moins nombreuses et les gains de productivité qui s'ensuivent, notamment—pourraient éventuellement être mesurés mais le sont rarement car ils exigent des données approfondies à long terme.

Peut-être aussi les AVCI définissent-elles trop étroitement les bienfaits des interventions médicales. Pour estimer les AVCI perdues à chaque maladie ou affection, un groupe d'experts a déterminé la gravité de l'incapacité fonctionnelle ultérieure uniformément à l'échelle du monde. La pondération des experts ne reflète cependant pas nécessairement la manière dont les populations de différents pays et contextes vivent les issues considérées étant donné l'importance des facteurs culturels, économiques et de qualité de vie*. Ainsi, dans certaines sociétés, la prévention de la stérilité ou de la fistule obstétricale aurait des avantages sociaux supérieurs même à leurs bienfaits physiques et médicaux. Si ces avantages ne sont pas pris en compte, une intervention potentielle ne peut être estimée à sa juste valeur.

Même dans l'expression de bénéfices strictement médicaux, les AVCI peuvent sous-estimer les interventions de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, les estimations de la Charge mondiale de morbidité n'attribuent jamais décès et incapacité à plus d'une cause. Beaucoup de problèmes de santé résultent pourtant de plusieurs causes interdépendantes: la grossesse, par exemple, peut causer ou aggraver les complications du diabète. Les estimations devraient en l'occurrence attribuer les AVCI en partie au diabète et

*L'OMS travaille à l'établissement de coefficients de pondération régionaux, non encore totalement définis. Les estimations disponibles pour ce rapport ne sont dès lors pas pondérées par région.

en partie à la grossesse. La saisie de ces effets rendrait les AVCI plus utiles à l'évaluation de la rentabilité et à la conception d'interventions appropriées.

De même, une intervention de santé particulière peut être profitable à certains aspects sanitaires extérieurs à son centre d'action principal. Lorsque ces bienfaits secondaires ne sont pas pris en considération, l'intervention ne bénéficie pas du plein crédit de ses avantages. Ainsi, les préservatifs distribués dans le cadre d'un programme de prévention des IST peuvent aussi prévenir les grossesses non planifiées. Cet avantage indirect n'est cependant pas nécessairement attribué à l'apport de services IST.

Sans se limiter aux avantages strictement médicaux, la Commission Macroéconomie et Santé ne tient compte non plus ni des effets économiques d'une meilleure santé pour la personne, le ménage et la communauté, ni de ses bienfaits sociaux et personnels. En abordant certaines de ces perspectives plus larges, le projet Women's Studies Project de FHI marque un bon point de départ dans la direction de la mesure de l'impact des services contraceptifs sur la vie des femmes. Il reste beaucoup à déterminer sur les bienfaits des services contraceptifs au niveau de la personne, du ménage et de la société, de même que sur l'impact des deux autres grands aspects des interventions sexuelles et reproductives: les soins de santé maternelle et les services relatifs aux IST et autres soins de nature gynécologique et urologique.

À l'image des bénéfiques, la mesure des coûts varie largement dans les études existantes, selon les aspects considérés ou non. La comparaison s'en avère d'autant plus difficile³⁶. Les coûts calculés pour les services se limitent souvent aux frais directs de main-d'œuvre et de matériel, avec omission des frais généraux et des dépenses d'investissement. Le coût d'opportunité pour les clientes potentielles est, lui aussi, rarement considéré de manière adéquate. Pour une femme à faible revenu dans un pays en développement, une visite à la clinique peut être extrêmement coûteuse en termes de temps perdu et de pression culturelle. Fécondité différée, séropositivité au VIH et usage du préservatif peuvent rendre les femmes, comme les hommes d'ailleurs, vulnérables à l'opprobre social.

Enfin, alors que certaines approches ne mesurent que les coûts des interventions de soins et que d'autres n'en considèrent que les avantages, relativement peu cherchent à évaluer la rentabilité globale d'un programme en mesurant et en analysant les deux.

Les analyses existantes se sont concentrées sur les avantages médicaux et, dans une moindre mesure, macroéconomiques de l'investissement dans la santé. Parfaitement efficace quant au soutien des stratégies de lutte contre la maladie, cette approche ne saisit cependant pas le plein bénéfice personnel, social et économique des soins de santé, en ce qui concerne les services de santé sexuelle et reproductive surtout. Car la sexualité et la reproduction représen-

tent bien plus qu'une simple question de santé ou qu'un simple facteur de croissance macroéconomique: elles sont fondamentales à l'identité et à l'épanouissement de la personne, de même qu'à la qualité des relations familiales et sociales. Les services de santé sexuelle et reproductive aident les personnes et les sociétés à atteindre un large éventail d'objectifs sociaux et économiques.

RENTABILITÉ DE L'INVESTISSEMENT DANS LES SERVICES CONTRACEPTIFS

Malgré leurs limites, les méthodes existantes de mesure des coûts et des bénéfices offrent un bon point de départ à la démonstration, pour les stratèges et autres responsables de l'allocation des ressources, de la valeur des investissements dans les programmes de santé sexuelle et reproductive. Pour l'illustrer, ce chapitre fait appel aux données disponibles pour estimer les coûts et les bénéfices, dans le domaine de la santé, de l'apport de services contraceptifs à toutes les femmes qui en ont besoin dans les pays en développement.

L'accent est mis sur les pays en développement car, tandis que s'accroît la préférence pour les familles moins nombreuses et que la population continue de croître, le besoin non satisfait de services contraceptifs y demeure élevé et augmente même dans certains cas. Les pays en développement ne peuvent répondre seuls à ce besoin. Même avec l'assistance des pays donateurs et des organismes internationaux, il leur est difficile d'assurer les services contraceptifs requis, sans compter les autres soins de santé sexuelle et reproductive et ceux de santé primaires en général.

L'apport contraceptif est souvent sous-estimé dans les évaluations

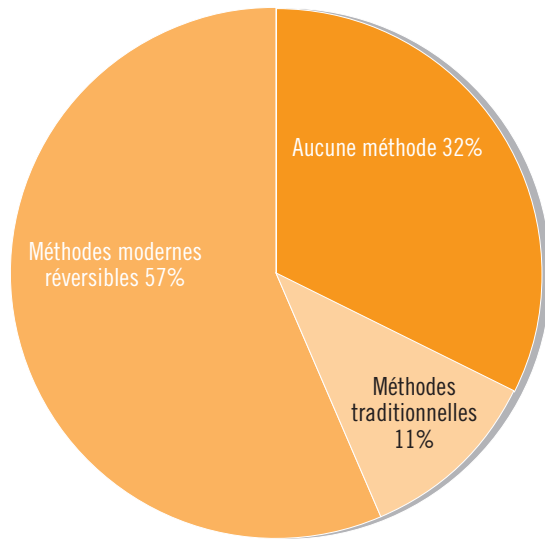
*Les pays sont groupés par région selon le classement de l'ONU et par revenu selon celui de la Banque mondiale (faible, intermédiaire—tranches inférieure et supérieure—et élevé). Source: ONU, Classification of countries, developing countries in the regional aggregates, <http://www.undp.org/hdr2003/pdf/hdr03_backmatter_2.pdf>, consulté le 16 oct. 2003; et Banque mondiale, Country classification, classification of economies, <<http://www.worldbank.org/data/countryclass/countryclass.html>>, consulté le 16 oct. 2003.

de bénéfiques. La raison en est que la grossesse non planifiée—que la contraception sert à prévenir—n'est pas une maladie et que les mesures de l'état de santé ne saisissent pas les avantages socioéconomiques considérables accessibles lorsque les couples disposent d'une meilleure maîtrise du moment de la naissance et du nombre de leurs enfants. Il n'existe, certes, pas encore de méthodes de mesure adéquates de tous ces bienfaits. Les résultats de santé sont pourtant bien réels et mesurables: la pratique contraceptive évite des décès d'enfants et de mères, de même que la mauvaise santé imputable à la grossesse, par exemple. L'estimation de leurs coûts et bénéfices peut aider les stratèges des pays donateurs comme de ceux en développement à apprécier la valeur de la prestation de services.

Ce chapitre est consacré à la mesure des grossesses non planifiées (naissances non désirées ou inopportunes et avortements) évitées grâce à la pratique contraceptive. Les avantages en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) sont également présentés. (Les sources de données et les méthodes utilisées pour la production de ces estimations sont décrites en annexe, à la page 42.) Les variations internes au monde en développement, d'une région à l'autre et d'une catégorie de pays à l'autre en fonction du niveau de revenu*, sont prises en compte, dans la mesure où ces variations ont trait à l'importance du besoin d'assistance et de soutien extérieur.

Les estimations couvrent les coûts et les bénéfices relatifs à toutes les femmes courant un risque de grossesse non planifiée: celles qui

FEMMES EXPOSÉES AU RISQUE DÉSIREUSES D'ESPACER LEURS GROSSESSES (234 MILLIONS)



FEMMES EXPOSÉES AU RISQUE DÉSIREUSES DE LIMITER LEURS GROSSESSES (471 MILLIONS)

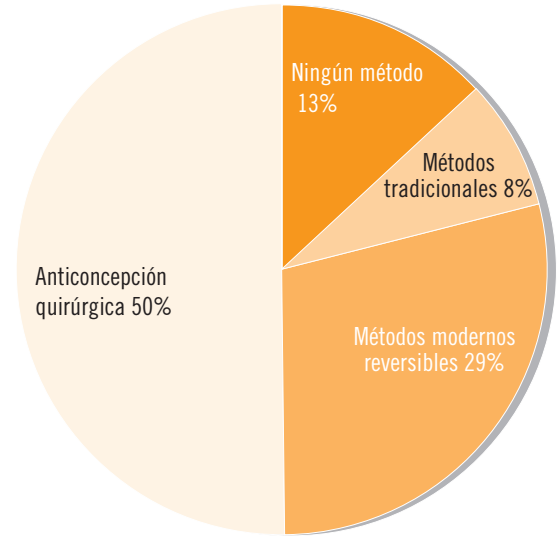


FIGURE 3.1 Les femmes des pays en développement qui désirent espacer leurs grossesses sont plus susceptibles que celles désireuses de les limiter de ne pratiquer aucune méthode ou d'en pratiquer une traditionnelle. **Source:** référence 2. **N.B.:** Estimations pour 2003.

pratiquent déjà une méthode de contraception moderne et celles qui présentent un besoin non satisfait de contraception efficace car, bien que sexuellement actives, capables de concevoir et ne désirant pas avoir d'enfant, à long terme ou dans les deux années à venir, elles pratiquent une méthode traditionnelle ou n'en pratiquent aucune.

Plus de la moitié des femmes du monde en développement courent le risque d'une grossesse non planifiée

Dans les pays en développement, une personne sur quatre est une femme en âge de procréer (15 à 49 ans). Cela représente, au total, plus de 1,32 milliard d'individus.

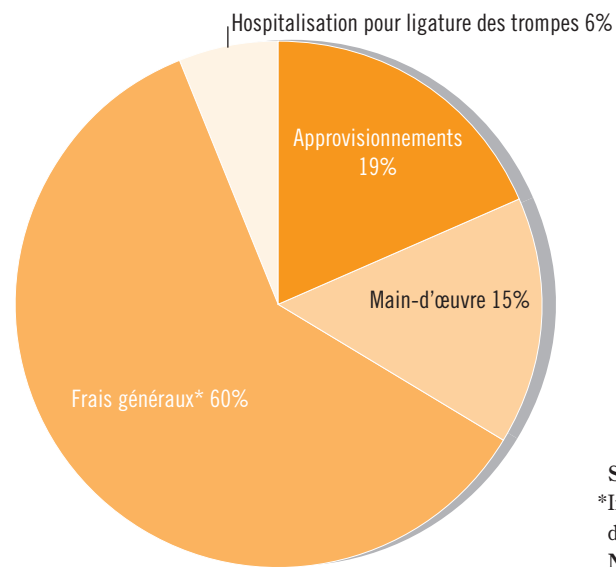
- Près de la moitié de ces femmes vivent dans les pays à faible revenu, où le revenu annuel moyen par habitant est inférieur à 745 dollars¹.
- Vingt-sept pour cent vivent en Chine, 46% dans les autres pays d'Asie, 15% en Afrique et 11% en Amérique latine et dans les Caraïbes.
- Deux tiers, environ, sont mariées ou vivent en concubinage.

Dans le monde en développement, plus de la moitié des femmes de 15 à 49 ans—environ 705 millions—courent le risque d'une grossesse non planifiée.

- Un tiers, ou 236 millions, de ces femmes se sont fait ligaturer les trompes ou vivent avec un partenaire qui a subi une vasectomie.

- Trente-huit pour cent, ou 268 millions, ont recours à une méthode de contraception réversible requérant l'intervention de prestataires formés et un approvisionnement régulier continu: stérilet (méthode la plus courante), méthodes hormonales d'action prolongée, contraceptifs oraux, préservatifs et méthodes vaginales.
- Neuf pour cent, ou 64 millions, pratiquent les méthodes traditionnelles—l'abstinence périodique et le retrait, surtout—, qui ne requièrent aucun conseil ou approvisionnement spécial mais dont les taux d'échec sont relativement élevés.
- Près de 20 pour cent, ou 137 millions, ne pratiquent aucune méthode.
- De toutes les femmes du monde en développement qui courent le risque d'une grossesse non planifiée, un tiers désirent avoir des enfants dans le futur mais pas durant les deux prochaines années (234 millions) et deux tiers (471 millions) ne désirent plus en avoir.
- Les femmes désireuses de retarder ou d'espacer leurs naissances futures sont deux fois plus susceptibles que celles qui ne désirent plus avoir d'enfants de ne pratiquer aucune méthode ou d'en pratiquer une traditionnelle—43% par rapport à 21% (Figure 3.1)².
- Parce que les femmes désireuses de retarder ou d'espacer leurs naissances futures sont beaucoup plus susceptibles que celles qui ne désirent plus avoir d'enfants de ne pratiquer aucune méthode ou d'en choisir une autre que la stérilisation, elles représentent 51% des 76 millions de grossesses non planifiées qui surviennent chaque année dans les pays en développement.

COÛT POUR LES UTILISATRICES ACTUELLES (7,1 MILLIARDS DE DOLLARS)



Source: référence 3.

*Incluent les dépenses d'investissement, dans la mesure où elles sont mesurées.

N.B.: Estimations pour 2003.

FIGURE 3.2 Le coût des services contraceptifs dans les pays en développement ne se limite pas aux fournitures.

L'apport de services contraceptifs modernes aux utilisatrices actuelles du monde en développement représente un coût de 7,1 milliards de dollars par an (en dollars de 2003). Plus complet que d'autres estimations, ce montant couvre la main-d'œuvre, les frais généraux et les dépenses d'investissement, ainsi que les approvisionnements en contraceptifs (Figure 3.2)³. Chaque année, il permet d'éviter:

- 187 millions de grossesses non planifiées,
- 60 millions de naissances non planifiées,
- 105 millions d'avortements provoqués,
- 22 millions d'avortements spontanés,
- 2,7 millions de décès infantiles,
- 215.000 décès liés à la grossesse: 79.000 pour cause d'avortement non médicalisé et 136.000 non imputables à l'IVG,
- 685.000 cas d'enfants rendus orphelins par le décès de leur mère de causes liées à une grossesse, et
- la perte de 60 millions d'AVCI-16 millions parmi les femmes et 44 millions parmi les nourrissons et les enfants.

La prévention de ces conséquences sanitaires réduit aussi la nécessité de services tels que le traitement des complications de l'avortement non médicalisé et les soins des orphelins.

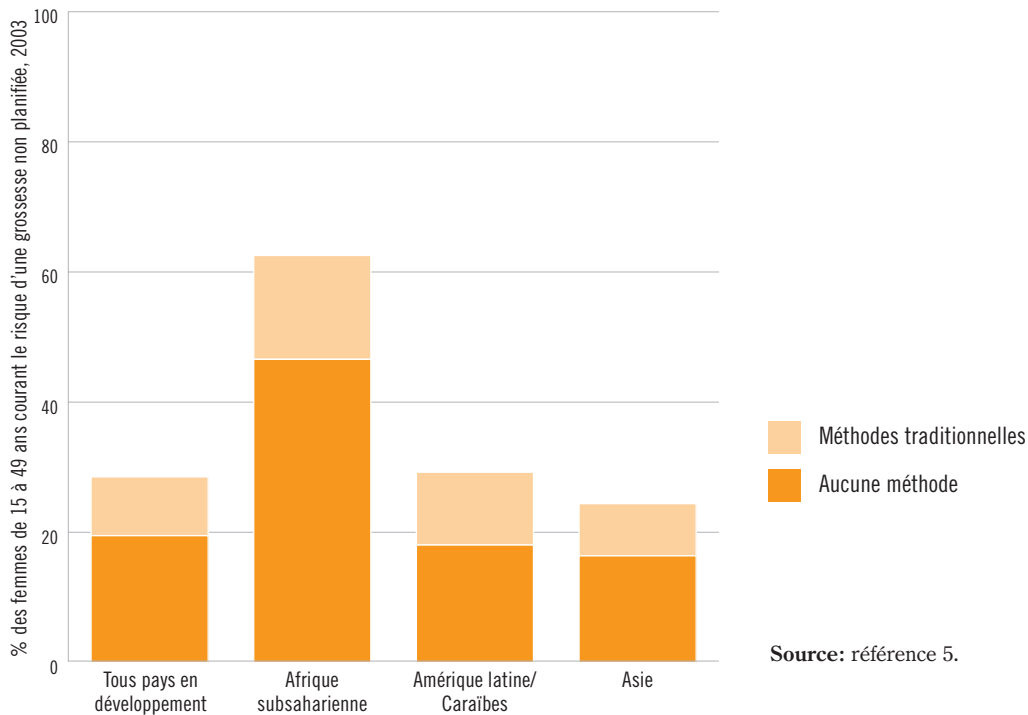
Environ 200 millions de femmes ont un «besoin non satisfait» de contraception efficace.

La définition de «besoin non satisfait» utilisée dans ce rapport diffère de celle des Enquêtes démographiques et de santé. Outre les femmes qui ne pratiquent aucune méthode, celles qui recourent aux méthodes traditionnelles (retrait, abstinence périodique ou autre méthode non moderne) y sont également incluses étant donné le taux élevé et la forte probabilité d'abandon associée à ces méthodes, dont le succès à long terme exige un niveau élevé de connaissances et de motivation. Selon les observations de plusieurs pays, la plupart des femmes qui abandonnent les méthodes traditionnelles passent à une méthode moderne⁴.

Dans le monde en développement, quelque 201 millions de femmes ont un besoin non satisfait de contraception efficace. En d'autres termes, près de trois femmes sur 10, parmi celles qui courent le risque d'une grossesse non planifiée, et environ une sur sept dans la population en âge de procréer, ont un besoin non satisfait de services contraceptifs.

Selon la définition du besoin de contraception non satisfait utilisée dans ce rapport,

- 29% des femmes courant le risque d'une grossesse non planifiée dans le monde en développement ont un besoin non satisfait: 63% en Afrique subsaharienne, 29% en Amérique latine et aux Caraïbes, et 24% en Asie (Figure 3.3, page 22)⁵, et



Source: référence 5.

FIGURE 3.3 Le besoin non satisfait de contraceptifs efficaces est particulièrement grand en Afrique subsaharienne.

- dans les pays en développement présentant un besoin non satisfait, trois femmes sur cinq vivent dans des pays à faible revenu.

Les femmes désireuses de différer leur maternité ou d'espacer la naissance de leurs enfants, de même que celles qui ne désirent plus en avoir, présentent un besoin non satisfait de contraceptifs. En fait, plus de la moitié des femmes des pays en développement affectés par ce besoin—102 millions de femmes—souhaitent différer ou espacer leurs naissances d'au moins deux ans encore.

- Dans les pays à faible revenu, elles désirent généralement davantage différer ou espacer leurs naissances, plutôt que d'en limiter le nombre. Dans tous les autres pays en développement, la situation inverse est observée.
- En Afrique subsaharienne, deux tiers des femmes présentant un besoin non satisfait de services contraceptifs désirent différer la naissance de leur prochain enfant, par rapport à moins de la moitié en Asie et en Amérique latine et aux Caraïbes.
- Parmi les femmes présentant un besoin non satisfait, une sur 10 n'a jamais été mariée.

On estime à 76 millions le nombre de grossesses annuelles non planifiées dans les pays en développement.

- Vingt pour cent de ces grossesses, ou 16 millions, surviennent parmi les quelque 504 millions de femmes exposées au risque d'une grossesse non planifiée pour cause d'échec ou d'usage incorrect ou irrégulier de leur méthode contraceptive moderne.
- Quatorze pour cent, ou 10 millions, surviennent parmi les 64 mil-

lions de femmes qui pratiquent les méthodes traditionnelles.

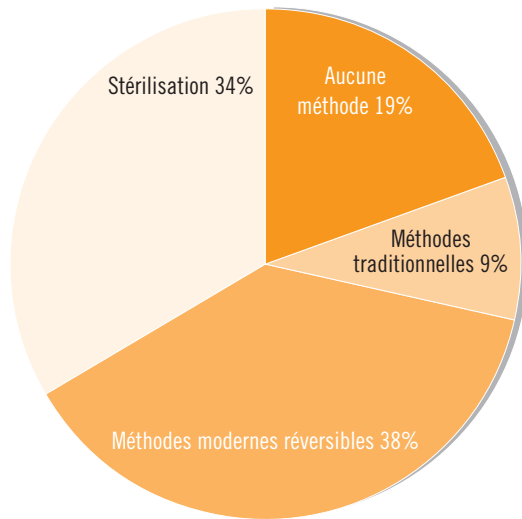
- Soixante-six pour cent, ou 50 millions, surviennent parmi les 137 millions de femmes qui ne pratiquent aucune méthode.

Les femmes associées au besoin non satisfait de contraception moderne en représentent 3 sur 10 courant le risque d'une grossesse non planifiée. Ces mêmes femmes sont aussi liées à huit grossesses non planifiées sur 10 (Figure 3.4)⁶.

Certains coûts et bénéfices de la réponse au besoin non satisfait peuvent être estimés

En présence de services contraceptifs généralement disponibles, beaucoup—mais pas la totalité—des 201 millions de femmes des pays en développement associés au besoin non satisfait adopteraient une méthode moderne. Certaines femmes n'accepteront jamais les méthodes modernes, pour des raisons d'effets secondaires, d'idées reçues, de valeurs culturelles ou de préférence personnelle. En revanche, certaines femmes non considérées comme présentant un besoin non satisfait (généralement parce qu'elles envisagent une grossesse prochaine) déclarent avoir l'intention de pratiquer une méthode moderne⁷. Dans les estimations qui suivent, les deux groupes sont considérés comme à peu près égaux, de sorte que l'équivalent de 100% du besoin actuellement non satisfait pourrait l'être sous l'effet de services contraceptifs disponibles en suffisance. Si, en réalité, une moindre proportion de femmes adoptait une méthode moderne, les coûts et les bénéfices des services se réduiraient tous deux d'autant.

FEMMES DE 15 À 49 ANS EXPOSÉES AU RISQUE (705 MILLIONS)



GROSSESSES NON PLANIFIÉES (76 MILLIONS)

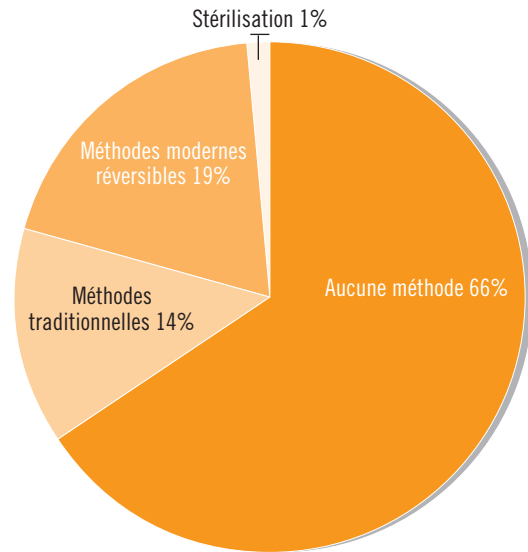


FIGURE 3.4 Seules trois femmes sur 10 courant le risque d'une grossesse non planifiée dans les pays en développement ne pratiquent pas la contraception ou utilisent les méthodes traditionnelles, mais elles représentent huit grossesses non planifiées sur 10. **Source:** référence 6. **N.B.:** Estimations pour 2003.

Si les 201 millions de femmes présentant un besoin non satisfait suivaient un modèle contraceptif moderne similaire à celui des femmes de leur pays ou sous-région qui la pratiquent déjà,

- environ 42 millions choisiraient la stérilisation féminine, et les partenaires de près de trois millions choisiraient la vasectomie;
- environ 66 millions choisiraient le stérilet ou d'autres méthodes réversibles à long terme;
- environ 48 millions choisiraient les contraceptifs oraux; et
- environ 43 millions choisiraient le préservatif (en tant que principale méthode de planification familiale).

Le coût supplémentaire de la prestation de ces services contraceptifs se chiffrerait à un total de 3,9 milliards de dollars par an (en dollars de 2003), soit 696 millions en médicaments et fournitures, 90 millions en frais d'hospitalisation des femmes se faisant ligaturer les trompes, 413 millions en coûts de main-d'œuvre et 2,7 milliards en frais généraux et dépenses d'investissement.

Un certain nombre de grossesses non planifiées resterait, certes, inéluctable pour cause d'échec de méthode moderne. La satisfaction du besoin non satisfait n'en permettrait pas moins d'éviter un nombre supplémentaire de 52 millions de grossesses par an: la moitié serait différée et l'autre moitié, purement et simplement évitée. Il en résulterait une baisse de 72% du nombre de naissances non planifiées dans les pays en développement, et de 64% du nombre d'avortements provoqués.

Éviter 52 millions de grossesses non planifiées, c'est éviter:

- 23 millions de naissances non planifiées,
- 22 millions d'avortements provoqués,
- sept millions d'avortements spontanés,
- 1,4 million de décès infantiles,
- 142.000 décès liés à la grossesse—53.000 pour cause d'avortement non médicalisé et 89.000 pour d'autres causes, et
- 505.000 cas d'enfants laissés orphelins par le décès de leur mère.

Cet investissement permettrait aussi d'éviter la perte de 27 millions d'AVCI—neuf millions parmi les femmes et 18 millions parmi les nourrissons et les enfants. En d'autres termes, l'investissement de 144 dollars dans les services de santé sexuelle et reproductive des pays en développement permet de sauver une année de vie saine.

Les pays à faible revenu en récolteraient les plus grands bénéfices: 80% de décès évités et 75% d'AVCI sauvées. Si la totalité du besoin non satisfait l'était dans les pays à faible revenu, 47.000 décès liés à l'avortement et 79.000 décès maternels imputables à d'autres causes pourraient être évités, et 457.000 enfants de plus auraient la chance de grandir aux côtés de leur mère (Figure 3.5, page 24)⁸. Mieux encore, dans les pays à faible revenu, les femmes et les enfants les plus pauvres bénéficieraient le plus de la situation, les femmes défavorisées étant plus susceptibles de présenter un besoin non satisfait⁹.

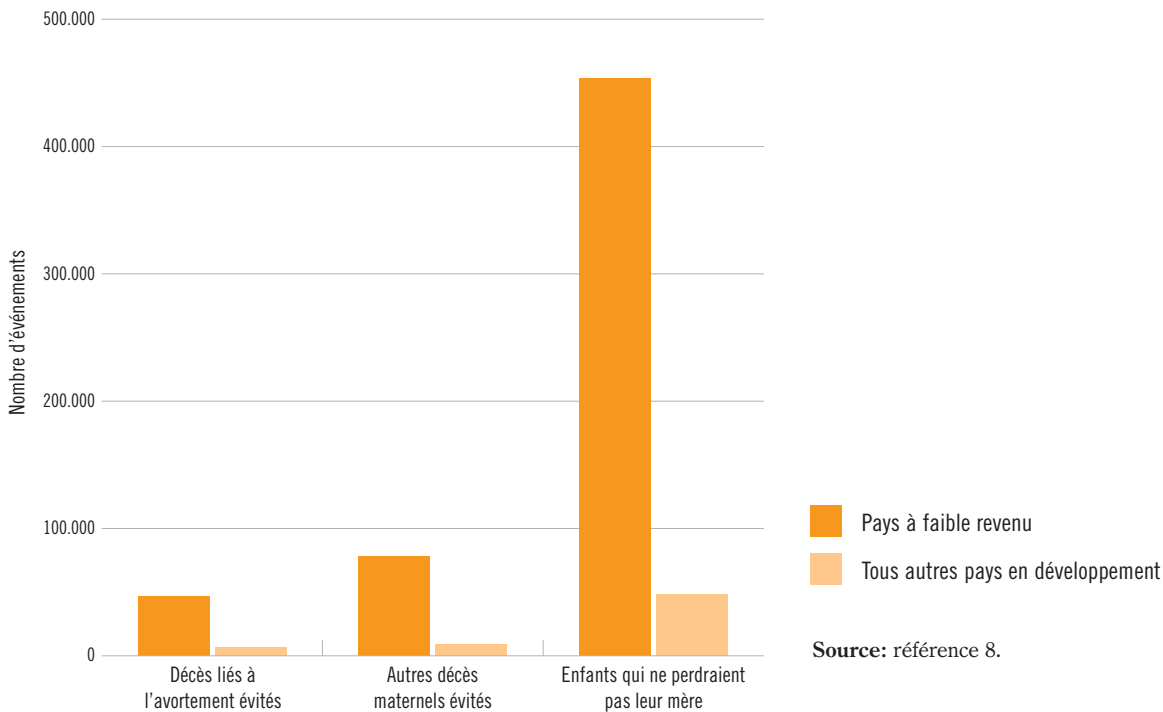


FIGURE 3.5 Les pays à faible revenu récolteraient le plus d'avantages si le besoin total de contraceptifs était satisfait.

Un argument de poids

Les pays individuels et la communauté internationale répondent déjà à une large proportion du besoin de services contraceptifs dans le monde en développement. Il leur suffirait, pour combler l'écart restant, de respecter les engagements pris à la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD). Des centaines de milliers de vies et des millions d'AVCI en seraient sauvées, sans compter la foule d'avantages non médicaux qui résulteraient aussi de leur intervention*. Aptes à éviter les grossesses non planifiées et les incapacités qui en découlent, les femmes bénéficient de meilleures chances d'éducation, de formation, d'emploi et de participation à la collectivité et aux activités politiques. Elles disposent également de plus de temps et de ressources à investir dans leurs enfants. Tout aussi important, la capacité de décider librement et de manière responsable du nombre, du moment et de l'espacement de ses naissances est un droit humain fondamental¹⁰.

Les avantages des services contraceptifs s'étendent au-delà des

*Le coût total estimé ici pour répondre aux besoins des utilisatrices actuelles et combler la totalité du besoin non satisfait s'élève à 11 milliards de dollars (en dollars de 2003). Ce montant diffère légèrement de celui estimé dans le cadre des efforts de la CIPD (10,2 milliards en dollars de 1993, soit 12,6 milliards en dollars de 2003) pour les raisons suivantes: contrairement à l'estimation présentée ici, celle de la CIPD comprend les pays dont l'économie est en transition; la CIPD avait anticipé dans certaines sous-régions d'Asie de plus hauts taux d'accroissement de la prévalence contraceptive que ceux observés en 2003 (effet partiel, peut-être, du manque de ressources allouées); et la CIPD n'avait pas prévu l'évolution survenue vers les méthodes plus coûteuses (reflet, peut-être, d'une meilleure qualité des soins). Il n'en est pas moins remarquable et rassurant de voir combien ces montants sont proches, étant donné les différentes méthodes d'estimation.

estimations présentées dans ce chapitre. Outre la fourniture de contraceptifs, les cliniques peuvent proposer, à travers les mêmes prestataires et infrastructures, un vaste éventail de services de santé sexuelle et reproductive. Les systèmes organisés pour la distribution de contraceptifs peuvent aussi offrir d'autres produits de santé sexuelle et reproductive. La formation du personnel chargé de guider les clientes dans la sélection d'une méthode contraceptive l'aidera aussi à répondre à d'autres questions sensibles de santé sexuelle et reproductive.

Par synergie, les bienfaits médicaux de la contraception sont plus vastes que ceux décrits ici. Lorsqu'une personne choisit le préservatif comme méthode contraceptive, elle se protège aussi contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida. De même, lorsque les prestataires effectuent un test de Papanicolaou lors d'une consultation contraceptive, ils peuvent diagnostiquer et traiter le cancer du col utérin. Avant l'insertion d'un stérilet, les prestataires dépistent aussi les IST et sont donc en mesure d'offrir traitement et conseil aux femmes dont les résultats sont positifs. Les clientes régulières des cliniques d'approvisionnement en contraceptifs sont mieux introduites dans les systèmes de soins existants et par conséquent plus susceptibles de s'adresser, le moment venu, aux prestataires de soins d'hygiène de la grossesse ou de chercher à obtenir des soins obstétricaux d'urgence. Dans les trois branches des soins de santé sexuelle et reproductive, les bienfaits sont vastes et interdépendants.

UNE APPROCHE PLUS LARGE DE LA MESURE DES COÛTS ET DES BÉNÉFICES

Les approches existantes de la mesure des bénéfices et des coûts des interventions sanitaires, y compris celles à l'origine des estimations présentées au chapitre 3, se concentrent sur l'évaluation et la documentation des *avantages médicaux* de l'investissement dans la santé. L'optique est légitime: les avantages liés à la santé sont relativement faciles à mesurer et il est naturel, quand on évalue un investissement de nature sanitaire, d'en examiner d'abord et surtout ce type de bienfaits.

Pour saisir la pleine valeur d'une intervention, toutefois, et pour en comparer le rendement, il importe non seulement de considérer ses bienfaits en termes de survie et de santé physique, mais encore d'examiner la question plus large de sa contribution au développement économique et au bien-être social. Dans le cas des services de santé sexuelle et reproductive surtout, les avantages non médicaux représentent un élément considérable des gains à tirer des interventions. Extrêmement difficiles à quantifier, ces avantages ne sont malheureusement pas souvent reconnus. La prestation de ces services peut aider les stratèges à atteindre leurs buts de promotion de l'égalité entre les sexes, d'accélération de la croissance économique et de la productivité, d'amélioration de l'équité sociale et d'accroissement de la participation à la vie communautaire et politique.

Ce chapitre décrit les bienfaits totaux des interventions de santé sexuelle et reproductive, dans la perspective de ces objectifs de développement. Les avantages documentés y sont différenciés de ceux non encore mesurés de manière concluante. Les principaux

éléments des estimations de coûts et les grands critères de comparaison sont également décrits.

Les services de santé sexuelle et reproductive produisent un large éventail de bienfaits.

Les avantages médicaux des interventions de santé sexuelle et reproductive sont considérables, qu'il s'agisse de la prévention des décès dus au VIH/sida, au cancer, aux complications de l'accouchement ou de l'avortement non médicalisé; de la prévention ou de la minimisation des affections telles que la fistule obstétricale, la septicémie, l'endométriose et le dysfonctionnement sexuel; de l'amélioration de l'état nutritionnel et de l'amointrissement du risque d'anémie pour les femmes; ou encore de l'accroissement des taux de survie et de la meilleure santé des petits enfants (voir l'encadré, page 28 et 29)¹.

D'autres bienfaits se révèlent lorsque les services assurés dans l'une des trois branches de soins de santé sexuelle et reproductive améliorent les résultats observés dans une autre. Les services de santé sexuelle et reproductive peuvent aussi enrichir la valeur du système de santé au sens plus large, particulièrement pour les femmes. Par exemple:

- Le conseil post-partum peut inclure l'orientation vers les programmes de santé préventive des nourrissons, soins gynécologiques, services de gestion des infections sexuellement transmissibles (IST) et services non médicaux tel le conseil aux victimes de violences familiales.

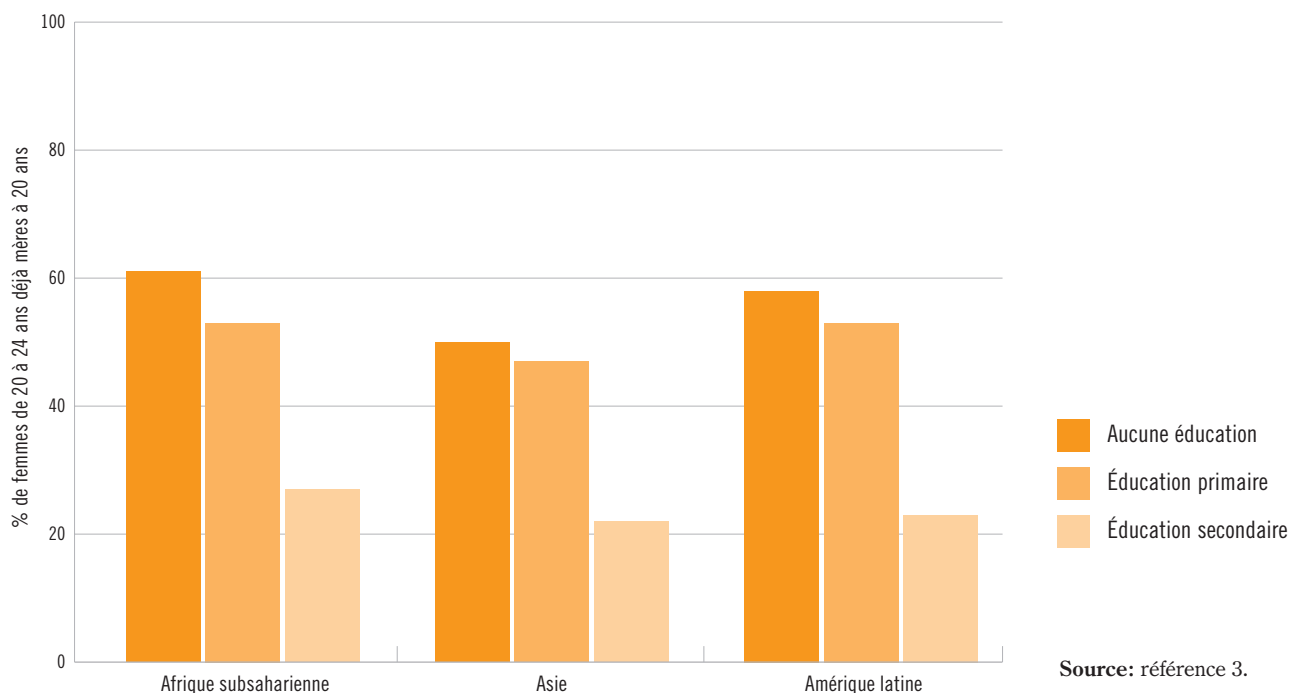


FIGURE 4.1 Les femmes moins éduquées sont plus susceptibles d’avoir des enfants à un jeune âge.

- Les services contraceptifs peuvent introduire les femmes dans le système des soins de santé modernes, parfois pour la première fois. Les femmes en deviennent plus susceptibles de bénéficier de soins d’hygiène de la grossesse, d’un accès aux soins obstétricaux d’urgence et de programmes de soins de santé préventive pour leurs enfants.
- Le diagnostic et le traitement précoce de certaines IST (gonorrhée et chlamydia, notamment) peuvent amoindrir la probabilité de contracter le VIH.
- Les prestataires de services contraceptifs conseillent souvent le préservatif à leurs clientes, également utile à la prévention des IST, VIH/sida compris. Avantage complémentaire, il peut ensuite en résulter de meilleures issues de grossesse et d’accouchement pour les femmes, et de meilleures perspectives pour leurs nouveau-nés.
- Les prestations post-partum et post-abortum comprennent souvent des services et conseils de contraception aptes à aider les couples à espacer leurs naissances et à éviter le recours à l’avortement.

Les services contraceptifs, de santé maternelle, de gestion des IST et autres soins gynécologiques et urologiques s’accompagnent aussi d’une série d’avantages non médicaux de nature personnelle, sociale et économique (voir les encadrés, pages 30 et 31). Beaucoup de ces avantages ont une valeur directe immense en soi, au niveau de la personne et du ménage surtout. Les bienfaits de ces interventions au niveau sociétal et leurs contributions à différents objec-

tifs de développement doivent intéresser davantage encore les stratèges:

Amélioration de la condition sociale des femmes. Les trois branches des services de santé sexuelle et reproductive sauvent des vies de femmes et amoindrissent l’emprise de la mauvaise santé. Leurs soins peuvent aussi améliorer la vie des femmes par la prévention ou la correction de certaines affections et circonstances stigmatisantes susceptibles d’affecter leurs situation au sein de la famille et de la collectivité: la stérilité, la grossesse avant le mariage, la fistule obstétricale, l’avortement et la menstruation. Les programmes de santé sexuelle et reproductive peuvent inclure la sensibilisation à ces affections et circonstances, ainsi que les services de conseil, diagnostic et traitement appropriés, afin de réduire tant leur incidence, dans la mesure du possible, que l’opprobre qui en résulte².

De plus, la naissance d’un premier enfant avant l’âge de 20 ans peut limiter les perspectives d’éducation (Figure 4.1)³, de formation et d’emploi de la femme et, à long terme, ses capacités de gain et sa sécurité financière. Bien qu’aucun lien de causalité n’ait encore été démontré⁴, l’uniformité et la profondeur de cette association, partout dans le monde, renforcent l’argument de la maternité différée, grâce à la contraception, parmi les facteurs importants de l’accès des femmes à une éducation de niveau supérieur.

Les femmes de tous âges déclarent que la pratique contraceptive,

pour espacer leurs grossesses et éviter celles non planifiées, améliore leur bien-être personnel et leur condition au sein du ménage. L'analyse qualitative indique qu'elle réduit le stress lié au risque de grossesses non planifiées et qu'elle améliore les relations entre partenaires. En Bolivie, par exemple, les femmes qui pratiquent la contraception ont une meilleure estime de soi. Aux Philippines, elles se disent en général plus satisfaites de leur vie que leurs homologues non utilisatrices. Les femmes signalent aussi que la maternité différée et les familles moins nombreuses rendues possibles par la contraception leur donnent plus de temps libre, plus de chances d'éducation et plus d'opportunités économiques⁵.

La maîtrise de leur fécondité et leur aptitude à contribuer au bien-être économique du ménage peuvent conférer aux femmes une plus grande confiance en soi et un pouvoir décisionnel accru. Ainsi, les Philippines qui pratiquent la contraception sont plus susceptibles de participer avec leur mari aux décisions du ménage⁶. L'éducation sexuelle et le conseil peuvent du reste améliorer la capacité de communication des femmes avec leur partenaire, facilitant ainsi davantage l'égalité de la décision au sein du ménage.

La dynamique des familles moins nombreuses réduit, à long terme, la discrimination entre les sexes. Au Ghana, une étude a déterminé que les enfants—les filles surtout—de familles nombreuses étaient moins susceptibles d'être scolarisés et subissaient une plus grande inégalité au sein du ménage que ceux qui avaient moins de frères et sœurs⁷. En contribuant à la réduction du nombre d'enfants, la contraception peut

contribuer aussi à l'éducation et à l'égalité des filles.

Les soins de santé maternelle et les services contraceptifs offrent aussi une occasion de dépistage de la violence sexiste et de conseil. Les femmes enceintes, surtout, sont sujettes à la maltraitance physique⁸; les prestataires de soins d'hygiène de la grossesse peuvent les aider à évaluer le danger, pour elles-mêmes et pour leurs enfants, et à envisager les moyens de se protéger.

Contribution à la croissance économique. En protégeant et en améliorant la santé, les services contraceptifs, de santé maternelle, de gestion des IST et autres soins gynécologiques et urologiques accroissent, à l'image d'autres interventions sanitaires, la productivité au sein du ménage et dans la vie active, au profit économique ultime de la personne, de la famille et de la société. Les soins de santé sexuelle et reproductive diffèrent néanmoins des autres interventions de santé à plus d'un égard. Notamment:

- Les IST, y compris le VIH/sida, sont le plus répandues parmi les jeunes hommes et femmes. Leur prévention aura un impact durable sur la main-d'œuvre et la productivité.
- Les familles moins nombreuses, avec moins de bouches à nourrir, peuvent épargner davantage et contribuer ainsi à de plus grands investissements et à une croissance économique plus rapide.
- Face à une cohorte réduite de jeunes, les dépenses consacrées à l'éducation peuvent être dirigées vers l'amélioration des écoles et les formations plus spécialisées.

EXEMPLES D'AVANTAGES MÉDICAUX OFFERTS PAR LES SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Services de contraceptifs

- Espacement des naissances, donnant lieu à
 - baisse des taux de mortalité infantile et post-infantile
 - baisse du risque d'anémie maternelle
 - prolongement de l'allaitement maternel, avec amélioration de la santé et survie infantile
- Prévention des grossesses à haut risque parmi
 - les très jeunes adolescentes
 - les femmes de plus de 35 ans
 - les femmes qui ont déjà eu de nombreux accouchements
 - les femmes atteintes de maladies préexistantes
- Prévention des avortements non médicalisés résultant de grossesses non désirées, avec réduction
 - des décès maternels
 - de la mauvaise santé
 - de la stérilité
- Prévention des décès maternels et infantiles et de la mauvaise santé résultant des naissances non désirées
- Facilitation du dépistage des IST et autres problèmes de santé

Services de santé maternelle

- Soins d'hygiène de la grossesse
 - éducation et conseil sur les comportements, régimes alimentaires et apports nutritionnels sains
 - possibilité d'intervention rapide en cas de complications
 - possibilité de gestion des affections existantes telles que hypertension, anémie, paludisme, hépatite, tuberculose et maladie cardiovasculaire
- Soins obstétricaux, réduisant la probabilité et la gravité des cas de
 - hémorragie
 - infection
 - fistule obstétricale
 - incontinence urinaire ou fécale
 - infection génitale haute
- Consultations post-partum
 - réduction des infections
 - accroissement de l'allaitement maternel
 - amélioration de la nutrition
- Soins des complications de l'avortement non médicalisé = réduction de la mortalité et de la gravité de la mauvaise santé qui s'ensuit, avec encouragement de la pratique contraceptive ultérieure

- Une cohorte réduite de jeunes s'absorbe plus facilement dans la population active d'un pays; le chômage et le désespoir des jeunes en sont réduits, au bénéfice d'une plus grande stabilité et sécurité.
- Les soins de santé maternelle et les services de gestion des IST réduisent la mortalité et l'incapacité des parents, donnant lieu à une meilleure santé pour les enfants, à de meilleures chances d'éducation et, à long terme, à une meilleure productivité lorsqu'ils atteignent l'âge adulte.

En ouvrant la «fenêtre démographique⁹», l'accès à la contraception offre de puissants avantages macroéconomiques. À mesure de la transition démographique d'un pays vers de moindres taux de mortalité et indices de fécondité, une large cohorte de jeunes travailleurs, nés durant les années de forte natalité, accèdent à leurs années productives. Les parents choisissent en même temps d'avoir moins d'enfants et investissent davantage dans chacun. La population âgée est, proportionnellement, peu nombreuse.

Bénéficiant ainsi d'une situation où chaque travailleur a relativement peu de personnes à charge, le pays a l'occasion de renforcer sa croissance économique à travers une épargne et un investissement supérieurs à court et à moyen terme. Si, durant cette période, la qualité de la gouvernance est telle que l'accroissement de l'épargne se traduit en investissements efficaces et rentables, les bénéfices peuvent être considérables à longue échéance.

Enfin, la prévention et les soins, dans les trois branches de la santé sexuelle et reproductive, peuvent réduire la nécessité de dépenses publiques ultérieures. La réduction de la mortalité et l'amélioration de la santé parmi la population en âge de procréer amoindrissent en effet le nombre d'orphelins et de familles dans le besoin. Moins de grossesses non planifiées, c'est aussi moins de naissances non désirées et moins de dépenses à consentir à l'éducation, aux soins de santé et autres services sociaux. Enfin, la prévention des IST et autres problèmes gynécologiques et urologiques est moins coûteuse que leur traitement.

Réduction de la pauvreté et de l'inégalité. Les principaux bénéficiaires des soins de santé sexuelle et reproductive organisés par l'État sont les femmes et les hommes les plus pauvres et les plus défavorisés, qui n'y auraient sinon pas accès. Les études empiriques réalisées dans de nombreux pays démontrent les avantages de familles peu nombreuses pour la réduction de la pauvreté au niveau du ménage et l'amélioration de l'éducation et de la santé des enfants¹⁰. Ces avantages sont multiples: la protection de la vie et de la santé des parents s'étend à leur famille, qui risque moins de sombrer dans la pauvreté; les femmes mieux dotées sont moins susceptibles de mourir en couches, et les enfants moins démunis ont de meilleures chances de survie¹¹. Cela sans compter, comme indiqué au chapitre 3, que la plus grosse partie des bienfaits de services contraceptifs étendus profiterait aux femmes, aux enfants et aux familles des pays à faible revenu.

Services de gestion des IST et soins gynécologiques et urologiques

- Prévention et traitement des IST, y compris le VIH/sida
 - vies sauvées et prévention de la mauvaise santé
 - réduction de la transmission entre partenaires sexuels et de la mère à l'enfant
 - réduction de la stérilité
- Prévention et traitement de la gonorrhée
 - réduction de la septicémie, arthrite et endocardite chez les hommes
 - réduction des infections génitales hautes et de la stérilité chez les femmes
 - réduction des infections oculaires et de la cécité infantile
- Prévention et traitement du virus du papillome humain (VPH) = moindre prévalence des verrues génitales et du cancer du col utérin
- Soins gynécologiques et urologiques = prévention et réduction de la mauvaise santé et des décès imputables à
 - cancer du col utérin, du sein et de la prostate
 - endométriose
 - fibromes utérins et tumeurs ovariennes
 - infections de l'appareil génital
 - dysfonctionnement sexuel

Une meilleure santé et l'amointrissement de la charge ménagère peuvent ouvrir de nouveaux horizons économiques et favoriser les investissements productifs profitables aux femmes démunies. Par exemple, selon les résultats d'une étude menée sur les femmes au Kenya, le remboursement tardif des prêts de micro-crédit tient notamment aux dépenses d'entretien d'une famille nombreuse, y compris le détournement des fonds pour l'achat de médicaments, l'acquittement de frais scolaires ou de logement¹². Les services contraceptifs et les soins de santé maternelle aideraient ces femmes à poursuivre leurs activités entrepreneuriales.

Participation à la collectivité et à la vie politique. Les hommes et les femmes en bonne santé devant subvenir aux besoins de familles moins nombreuses ont plus de temps à consacrer à d'autres activités, de nature communautaire notamment. Lors d'une enquête menée auprès de femmes mariées mûres dans deux zones urbaines d'Indonésie, la moitié ont déclaré que la planification familiale leur avait permis de consacrer plus de temps aux activités de la communauté¹³. Le sentiment de maîtrise et de confiance que leur confère la planification familiale peut aider les femmes à assumer un rôle plus actif sur la scène communautaire et politique. La contraception et les familles moins nombreuses peuvent avoir un effet cumulatif: plus les femmes ont de temps libre à consacrer aux affaires sociales et politiques, plus elles défendent les services contraceptifs et plus elles en tirent parti¹⁴.

Les coûts des interventions doivent aussi être pleinement estimés.

Pour évaluer équitablement la valeur d'une intervention particulière, les stratèges doivent disposer d'estimations de coûts complètes et comparables aux autres interventions. La clarté, quant au détail des coûts inclus dans une estimation, est particulièrement utile, par exemple, à un organisme donateur disposé, peut-être, à en financer certains aspects.

Les estimations devraient mesurer cinq grandes catégories de coûts directs¹⁵:

- fournitures, y compris les appareils et instruments, les médicaments, les kits de test et autre matériel;
- main-d'œuvre directe, y compris tous les niveaux de personnel;
- nombre et types de visites;
- frais généraux; et
- dépenses d'investissement.

Bien que le consensus soit général sur ces catégories, les définitions, approches et méthodes varient d'une étude à l'autre, rendant la comparaison des coûts particulièrement difficile. Il incombe aux analystes des estimations d'identifier les catégories incluses et de faire attention aux différences de méthodologie.

Les estimations globales doivent inclure tous les coûts, indépendamment de l'origine des fonds, qu'il s'agisse de donateurs internationaux,

EXEMPLES D'AVANTAGES NON MÉDICAUX OFFERTS PAR LES SERVICES CONTRACEPTIFS

Individu

- Plus grande satisfaction face à la vie
- Moindre inquiétude face au risque d'une grossesse non planifiée
- Meilleure estime de soi et efficacité, surtout pour les femmes
- Pouvoir décisionnel accru, surtout pour les femmes
- Plus de temps à consacrer aux enfants
- Meilleures chances d'éducation et d'emploi, surtout pour les filles et les femmes
- Amélioration de la condition sociale des femmes
- Meilleures chances de participation aux organisations sociales et civiques
- Sécurité financière accrue, surtout pour les femmes
- Productivité et revenu supérieurs

Famille/ménage

- Aptitude accrue des femmes à s'occuper de leur famille
- Relations conjugales plus solides et plus stables
- Promotion de la décision conjointe des ménages
- Réduction de la discrimination à l'encontre des filles
- Attention et soins parentaux accrus à chaque enfant
- Revenu du ménage accru
- Dépenses de santé, nutrition et éducation supérieures par enfant
- Réduction du nombre d'orphelins
- Meilleures conditions de vie par moindre concentration

Communauté/société

- Productivité accrue et revenus supérieurs
- Amoindrissement du fardeau sociétal de soins à l'enfance négligée
- Amoindrissement de l'inégalité entre les hommes et les femmes
- Croissance économique rapide durant l'ouverture de la «fenêtre démographique»
- Épargne et investissements accrus
- Amélioration de la productivité
- Amoindrissement des dépenses publiques nécessaires à l'éducation, aux soins de santé et autres services sociaux

d'autorités nationales ou locales, d'ONG, de clients de programme ou d'une combinaison d'entre eux. Elles doivent également faire état des coûts dans la perspective de la cliente ou de la patiente: temps d'accès aux services et sanctions sociales à attendre, éventuellement, des perceptions culturelles des IST, de l'avortement ou de la grossesse différée après le mariage, par exemple.

Comparaison des coûts. Les études de coûts doivent fournir une information suffisante pour permettre à leurs utilisateurs de juger leur degré de comparabilité avec d'autres analyses. Les utilisateurs doivent déterminer:

- si les estimations incluent les cinq grandes catégories de coûts directs;
- si les estimations de fournitures et services financés par l'État incluent les subventions, et si elles incluent les coûts à la clientèle (participation directe, etc.);
- si les estimations se limitent au coût de la prestation du service ou si elles couvrent aussi les coûts connexes de formation ou des programmes d'information, d'éducation et de communication;
- si les estimations à comparer appliquent les mêmes définitions de frais généraux, taux d'intérêt, méthodes d'attribution, main-d'œuvre bénévole et taux de change; et
- si les estimations datent de la même année ou tiennent compte de l'inflation.

Facteurs contextuels. Outre la méthodologie spécifique d'estimation, certains facteurs contextuels ou environnementaux peuvent

affecter l'interprétation des résultats d'une étude de coûts. Il convient de considérer les aspects clés suivants:

- *Structure et substance des services.* Certains coûts, bien que non imputables directement au service considéré, peuvent être inclus dans le calcul. Par exemple, si une clinique propose une gamme complète de services de santé sexuelle et reproductive (ou même de santé générale) mais qu'elle affecte tous ses coûts de personnel à la planification familiale, le coût réel de cette dernière sera surestimé. Il arrive aussi que les services soient intégrés dans un contexte particulier et séparés dans un autre, compliquant d'autant l'allocation et la comparaison des coûts, ou que des services désignés par une même appellation soient en fait de nature différente (éventail de méthodes contraceptives ou type de procédure de traitement d'une complication d'avortement, par exemple) ou de qualité distincte (temps consacré à chaque cliente, différents niveaux de conseil, variation de protocole, etc.)
- *Phase programmatique.* Un nouveau programme se caractérise souvent par des coûts de démarrage élevés et un faible volume d'utilisatrices, présentant dès lors un coût unitaire supérieur (par visite ou par utilisatrice) à celui d'un programme établi limité à ses dépenses courantes et doté d'une vaste clientèle. En revanche, les coûts unitaires d'un programme pilote surveillé de près peuvent être inférieurs à ceux d'un programme de grande envergure confronté aux dures réalités de la sous-utilisation des capacités, d'une mauvaise coordination ou de la corruption¹⁶.
- *Nombre et types de clients.* Les programmes destinés aux populations à haut risque ou difficiles d'accès présentent souvent des

EXEMPLES D'AVANTAGES NON MÉDICAUX OFFERTS PAR LES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE

Individu

- Réduction de la dépression post-partum et de la psychose périodique
- Réduction de l'opprobre de la stérilité, de l'avortement et de la fistule obstétricale
- Accroissement de la productivité et du revenu

Famille/ménage

- Accroissement du temps passé par les mères à soigner leurs enfants
- Réduction du nombre de décès maternels et d'orphelins
- Augmentation du revenu et de l'épargne des ménages

Communauté/société

- Réduction de la mortalité maternelle
- Amointrissement des coûts de soins des complications de la santé maternelle
- Productivité et investissements accrus

EXEMPLES D'AVANTAGES NON MÉDICAUX OFFERTS PAR LES SERVICES IST ET AUTRES SOINS GYNÉCOLOGIQUES ET UROLOGIQUES

Individu

- Prévention de la stérilité
- Relations sexuelles plus solides et plus stables
- Réduction de l'opprobre du VIH/sida et de la stérilité
- Aptitude accrue des personnes infectées à travailler et à gagner un salaire

Famille/ménage

- Meilleur soutien des familles par des parents en bonne santé
- Réduction du nombre d'orphelins
- Augmentation du revenu et de l'épargne des ménages
- Possibilité, pour les couples, de parler de questions intimes

Communauté/société

- Réduction du nombre d'orphelins
- Réduction du nombre de familles à subventionner
- Productivité et investissements accrus
- Réduction des dépenses publiques par la prévention des IST plutôt que leur traitement

coûts moyens supérieurs aux autres. Ceux qui atteignent une large clientèle et de nombreuses visites bénéficient souvent d'économies d'échelle, avec pleine utilisation des installations et du personnel disponibles et options d'achats en vrac.

La documentation complète des coûts et des bénéfices permettra des choix plus éclairés.

Aussi difficiles soient-ils à mesurer, les avantages personnels, sociaux et économiques des soins de santé sexuelle et reproductive revêtent une importance extrême, tout autant pour le bien-être humain que pour le développement économique. Il reste beaucoup à faire pour assurer la reconnaissance et la quantification de ces bienfaits dans toute leur ampleur.

Il incombe aux chercheurs comme aux décideurs de se montrer plus souples et plus ouverts à tout un éventail de résultats et aux moyens de les mesurer. Il faut que les études mesurent la santé, au-delà de la perte de vie ou de fonction physique, en termes de bien-être émotif ou mental aussi; qu'elles se penchent sur les résultats non médicaux mesurables, et qu'elles établissent le rapport entre ces résultats et les apports des services. Différer une première naissance, par exemple, ou espacer ses grossesses, sont des résultats mesurables de la pratique contraceptive qui peuvent, à leur tour, produire des effets mesurables au niveau de l'individu (meilleure stabilité d'emploi, avancement professionnel, etc.) et de

la famille (niveau de vie supérieur, possibilités ouvertes aux enfants, temps passé par les parents avec chaque enfant, etc.)

Il n'est pas toujours possible de quantifier les avantages d'une intervention sanitaire par la démonstration d'un lien de causalité, mais la preuve statistique peut lier une intervention à un résultat. La recherche qualitative peut être utile à la documentation de certains bienfaits, tels que l'effet d'une meilleure santé maternelle sur le bien-être des enfants ou celui de l'amointrissement de l'opprobre social sur l'autonomisation des femmes.

Bien qu'il ne soit pas toujours possible d'exprimer certains coûts et bénéfices en dollars ou en AVCI, il est impératif de trouver le moyen de ne plus les exclure des calculs et des comparaisons. Dès le moment où ils disposeront de l'éventail complet des coûts et des bénéfices, les décideurs pourront opérer leurs choix programmatiques de manière parfaitement éclairée. En possession de données optimales, ils pourront choisir les politiques et programmes les plus rentables, certes, mais aussi les plus prometteurs.

RÉCAPITULATIF ET CONCLUSIONS

Les dirigeants du monde ont défini, dans les Objectifs du Millénaire pour le développement, un ambitieux cadre d'action, de la part des pays riches comme des pauvres. La santé sexuelle et reproductive est essentielle à la réalisation de tous ces objectifs. De fait, certains des indicateurs choisis pour la mesure du progrès évaluent les résultats atteints dans ce domaine. Ainsi, la proportion de naissances assistées par un personnel sanitaire qualifié est un indicateur de progrès vers l'objectif de santé maternelle. De même, le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans et celui d'usage du préservatif parmi celles mariées de 15 à 49 ans reflètent l'avancement de la lutte contre le VIH/sida¹.

D'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive sous-tendent aussi les Objectifs du Millénaire pour le développement sans toutefois y être explicitement mentionnés. La raison en est, notamment, que beaucoup des bienfaits indirects de la santé sexuelle et reproductive sont difficiles à mesurer. Par exemple, en aidant les couples à limiter leur nombre d'enfants, les services contraceptifs permettent aussi aux familles pauvres d'investir davantage dans chacun. Cet investissement accru améliore, à court terme, l'état nutritionnel des enfants et les prépare, à plus longue échéance, à subvenir à leurs besoins grâce à l'éducation et à la formation reçue. Les services contraceptifs contribuent ainsi certainement au premier objectif du Millénaire, «Réduire l'extrême pauvreté et la

faim», même si aucune mesure n'a été définie pour en évaluer la participation.

La mauvaise santé sexuelle et reproductive représente une grande partie de la charge mondiale de morbidité.

L'initiative Charge mondiale de morbidité, le projet sur les priorités en matière de contrôle des maladies dans les pays en développement, le rapport de 1993 de la Banque mondiale sur le développement dans le monde et les analyses de la Commission Macroéconomie et Santé, entre autres études, ont réalisé d'immenses progrès vers la quantification des avantages des interventions sanitaires. Leurs résultats démontrent la part considérable—près du cinquième—de la mauvaise santé sexuelle et reproductive dans la charge mondiale de morbidité, et la validité des interventions qui visent à l'améliorer.

Toutes ces analyses révèlent le poids particulièrement lourd de la mauvaise santé sexuelle et reproductive sur les groupes les plus défavorisés—les femmes et les enfants surtout—, et son incidence disproportionnée dans les populations des pays à faible revenu^{2*}. Ainsi, les affections sexuelles et reproductives représentent près de deux tiers des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues parmi les femmes en âge de procréer d'Afrique subsaharienne, par rapport à environ un tiers à l'échelle mondiale (Figure 5.1)³. Les adolescentes, mariées ou non, courent le plus grand risque; celles mariées, en particulier, n'ont pas toujours le loisir de pratiquer la contraception ou

*Le rapport du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) cité à la référence 2 résume les différences internes des 44 pays inclus dans la série *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population* de la Banque mondiale.

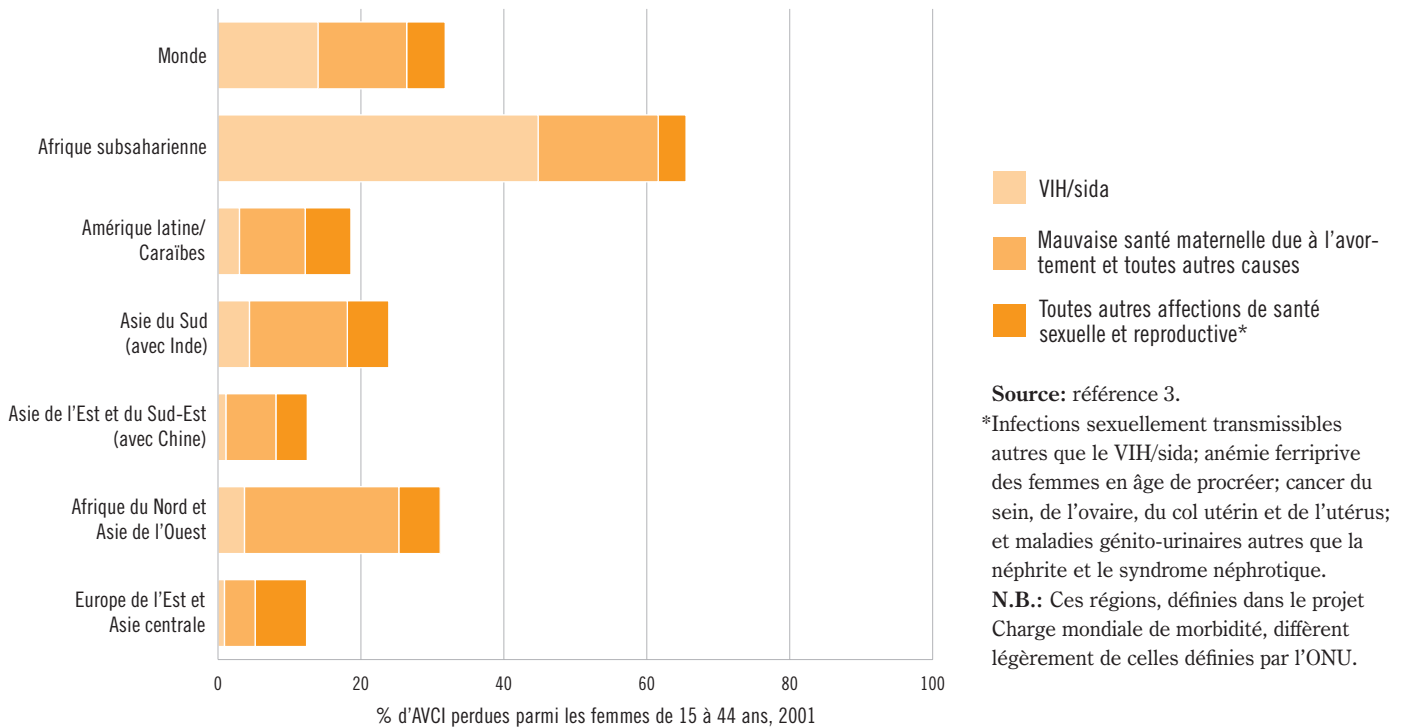


FIGURE 5.1 Les femmes d'Afrique subsaharienne souffrent plus que celles des autres régions de la mauvaise santé sexuelle et reproductive.

d'éviter de contracter une infection sexuellement transmissible (IST) au contact d'un mari souvent beaucoup plus âgé⁴. Mariées ou non, les adolescentes sexuellement actives présentent aussi des taux de grossesse non planifiée et de besoin de contraception non satisfait sensiblement élevés⁵.

Bien des choses ont changé dans le domaine de la santé depuis le déploiement de ces premiers efforts d'évaluation globale dans les années 1990. Coûts des services, payeurs et bénéficiaires, substance et structure des prestations: les réformes du secteur ont tout redéfini. La pandémie du VIH/sida a du reste déplacé le fardeau de la maladie et de l'incapacité, tant dans l'ensemble que dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (Figure 5.2, page 34)⁶. Les études des 10 dernières années n'en offrent pas moins de solides bases à la recherche et à l'action future.

Les interventions de santé sexuelle et reproductive ont un impact profond.

Reconnaissant rarement les avantages non médicaux des interventions de santé sexuelle et reproductive, les approches actuelles tendent dès lors à les sous-estimer. Outre leurs bienfaits médicaux, les soins de santé maternelle protègent par exemple l'intégrité des familles, favorisent l'épargne et l'investissement des ménages et renforcent la productivité. La prévention et le traitement des IST, celui de la fistule et de la stérilité aussi, réduisent par ailleurs l'opprobre social et préservent la santé des parents, qui peuvent ainsi mieux s'occuper de leurs enfants et investir davantage à leur profit.

Les familles en bonne santé peuvent gagner plus, épargner plus et, par conséquent, stimuler la croissance économique.

Les méthodes actuelles d'évaluation des coûts et des bénéfices sont plus susceptibles de sous-estimer les services contraceptifs, par rapport aux autres composants de la santé sexuelle et reproductive, car la grossesse—objet de leur action préventive—n'est pas une maladie. Ce rapport démontre pourtant que les services contraceptifs offrent d'importants avantages médicaux. Ils donnent du reste lieu aux plus vastes bienfaits non médicaux des trois grandes branches d'intervention de santé sexuelle et reproductive.

En termes d'avantages médicaux, la pratique contraceptive (conjuguée aux services de santé maternelle) minimise les effets indésirables pour la santé des grossesses non planifiées et des naissances à haut risque: avortement non médicalisé, hémorragie, infection, anémie, insuffisance pondérale à la naissance et malnutrition. Ce rapport montre que si la contraception moderne était disponible aux 201 millions de femmes du monde en développement présentant un besoin non satisfait, 1,5 million de vies seraient sauvées chaque année. Environ 27 millions d'AVCI seraient épargnées, ouvrant la voie à une productivité accrue, à une éducation plus poussée et à de meilleurs soins dans les familles. Chaque année aussi, quelque 505.000 enfants ne perdraient plus leur mère.

Aussi frappants ces chiffres puissent-ils paraître, les bienfaits personnels, sociaux et économiques des services contraceptifs sont

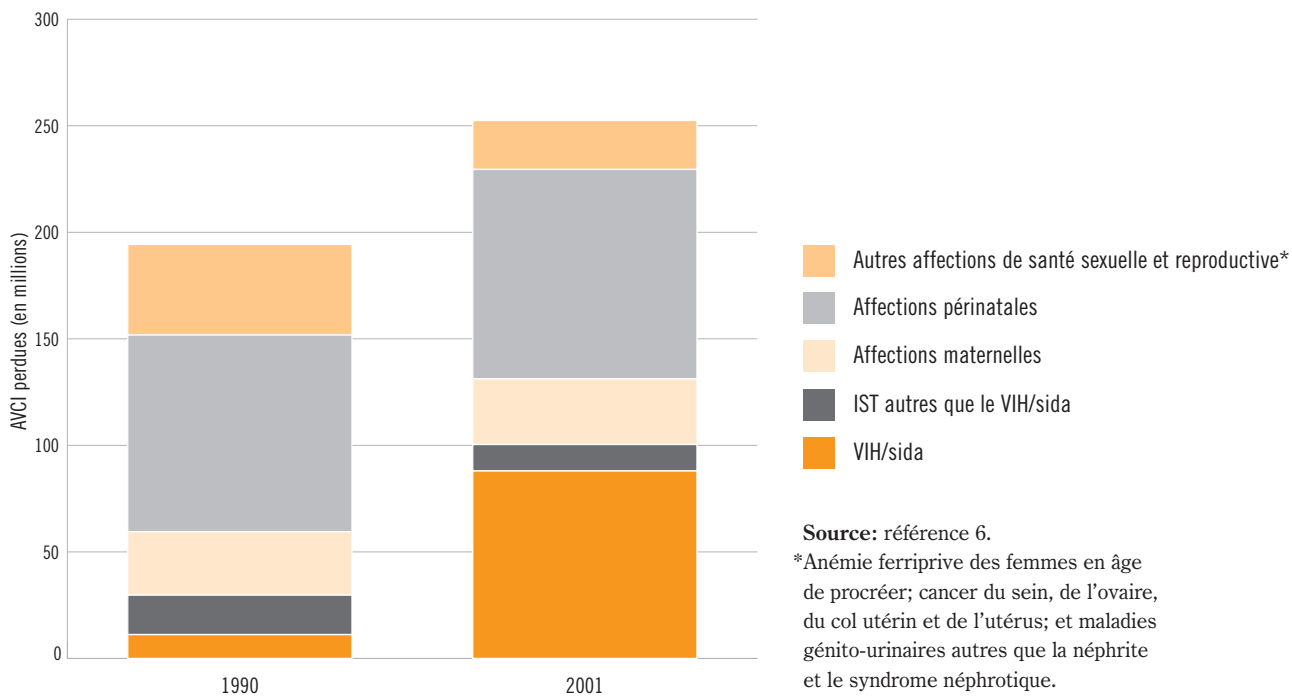


FIGURE 5.2 Le VIH/sida est devenu une cause majeure de mauvaise santé sexuelle et reproductive dans le monde.

peut-être plus importants encore. La grossesse non planifiée, que la pratique contraceptive aide à prévenir, peut porter à la personne, à la famille, à la communauté et à la société un préjudice difficile à mesurer en dollars ou en AVCI.

La recherche à venir devra se concentrer sur l'élaboration d'approches et de méthodes aptes à quantifier davantage les bienfaits des soins de santé sexuelle et reproductive, de manière suffisamment uniforme d'une étude et d'une intervention à l'autre pour permettre la comparaison des résultats. Les évaluations devront

- reconnaître, au besoin, la nécessité de mesurer un éventail de bienfaits;
- inclure les observations de la recherche explicative au titre de preuve d'impact;
- considérer les corrélations statistiques plausibles lorsqu'un lien de causalité ne peut être établi;
- reconnaître la nécessité éventuelle de méthodologies qualitatives au soutien de la documentation des coûts et des bénéfices non quantifiables; et
- assurer la complétude et la précision des comparaisons de coûts.

Des études approfondies des coûts et des bénéfices sont nécessaires, à tous niveaux, pour répondre aux besoins des décideurs. Les stratégies ne doivent pour leur part pas perdre de vue l'ampleur et les synergies des avantages de la santé sexuelle et reproductive. Il leur incombe, lors de l'examen d'études existantes, de tenir adéquatement compte de ses bienfaits indirects, non médicaux et non

monétaires, même en l'absence de mesures comparatives avec leurs aspects financiers et médicaux.

Santé sexuelle et reproductive: une question de prévention, tributaire d'un soutien durable.

Les services contraceptifs offrant un choix de méthodes, y compris le préservatif, de même que l'éducation et le conseil peuvent aider les individus et les couples à se protéger contre les grossesses non planifiées et les IST, y compris le VIH/sida. Les soins gynécologiques et urologiques réguliers peuvent assurer la prévention et le traitement des cancers génitaux et d'autres affections. Même planifiés, la grossesse et l'accouchement s'accompagnent de certains risques, limités par l'hygiène de la grossesse et les soins obstétricaux. La mise en place de services de santé sexuelle et reproductive efficaces pourrait, certes, éviter une large proportion des AVCI perdues chaque année.

Stratèges et planificateurs doivent aussi se rendre compte que, contrairement à beaucoup d'autres aspects de la santé, la prévention dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive est le produit d'un effort continu. Ainsi, le risque d'une grossesse non planifiée peut peser sur plusieurs décennies de la vie d'une femme, tandis que celui de l'exposition aux IST couvre toute la durée de la vie sexuelle active. Les améliorations sanitaires et les progrès réalisés vers de plus larges objectifs de développement pourraient subir de graves revers si les niveaux d'intervention actuels ne sont pas maintenus.

Les interventions de santé sexuelle et reproductive constituent un bon investissement.

Ce rapport plaide en faveur de la mobilisation de nouvelles ressources à investir dans l'amélioration des services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les hommes du monde. Les dotations privées, ONG et allocations budgétaires des pays en développement couvrent déjà plus de 75% des dépenses actuelles⁷. Si le monde en développement doit continuer à investir dans les services de santé sexuelle et reproductive, le moment est venu aussi pour les pays développés de tenir les engagements pris à la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD). En 2000, ces pays ont affecté 2,6 milliards de dollars aux services de santé sexuelle et reproductive du monde en développement—moins de la moitié du montant promis pour l'année à la CIPD.

Faire échec à la pandémie du VIH/sida, aider les femmes à équilibrer leur vie professionnelle et familiale, éviter les décès maternels et prévenir la stérilité: les buts sont ambitieux, mais ils sont aussi réalistes. L'accès, d'ici 2015, aux Objectifs du Millénaire pour le développement en dépend.

RÉFÉRENCES

Chapitre 1 - Introduction

1. Byford S et Sefton T, *First Aid: Lessons from Health Economics for Economic Evaluation in Social Welfare*, Londres: London School of Economics and Political Science, 2002; Chao D, Dunn S et Springle M, *BenCost Version 4: A Computer Program for Estimating the Financial Benefits and Costs of Family Planning Programs*, Research Triangle Park, NC, USA: Research Triangle Institute, 1999; et Over M, *Economics for Health Sector Analysis, Concepts and Cases*, Washington, DC: Banque mondiale, 1992.
2. Janowitz B et Bratt JH, *Methods for Costing Family Planning Services*, New York: Fonds des Nations Unies pour la population et Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International (FHI), 1994; et Janowitz B, Measham D et West C, *Issues in the Financing of Family Planning Services in Sub-Saharan Africa*, Research Triangle Park, NC, USA: FHI, 1999.
3. Conseil économique et social de l'ONU, Commission de la population et du développement, Rapport du Secrétaire général sur la mobilisation de ressources financières pour faciliter l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, New York: ONU, 2003.
4. Vlassoff M et al., *Costs and Benefits of Providing Sexual and Reproductive Health Services: A Review*, Occasional Report, New York: The Alan Guttmacher Institute, 2004, No. 11 (à paraître).

Encadré: Objectifs de développement pour le Millénaire

1. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *État de la population mondiale 2002: population, pauvreté et potentialités*, New York: UNFPA, 2002, p. 7.

Chapitre 2 - Approches existantes de la mesure des coûts et des bénéfices

1. Murray CJ et al., *The Global Burden of Disease 2000 Project: Aims, Methods and Data Sources*, Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper, Genève: Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001, No. 36.
2. Jamison DT et al. (éd.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, New York: Oxford University Press, 1993.
3. Banque mondiale, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington, DC: Banque mondiale, 1993.
4. Commission Macroéconomie et Santé, *Investir dans la santé pour le développement économique*, Genève: OMS, 2001.
5. Barnett B et Stein J, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*, Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International (FHI), 1998.
6. Organisation des Nations Unies (ONU), Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, 5-13 septembre 1994, New York: ONU, 1995.
7. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Compilation of costs of sexual and reproductive health interventions, from over 500 studies worldwide, 2002, <http://bbs.unfpa.org/spcd/costing/group_gc.cfm?category=GC&component_id=77>, consulté avec l'autorisation de l'UNFPA le 28 février 2003 (accès public prévu à www.unfpa.org/rhcosting).
8. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Ressources financières nécessaires aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays à revenu faible ou moyen au cours des cinq prochaines années*, Genève: UNUSIDA, 2002.

9. OMS, Estimates of DALYs by sex, cause et WHO mortality sub-region, estimates for 2001, 2002 <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english>, consulté le 9 juillet 2003.
10. Ibid.
11. Walsh J et al., Maternal and perinatal health, dans: Jamison DT et al. (éd.), 1993, op. cit. (voir référence 2), pp. 363-390.
12. Ibid.
13. Over M et Piot P, HIV infection and sexually transmitted diseases dans: Jamison DT et al. (éd.), 1993, op. cit. (voir référence 2), pp. 455-527.
14. Banque mondiale, 1993, op. cit. (voir référence 3).
15. Jamison DT, Disease control priorities in developing countries, an overview, dans: Jamison DT et al. (éd.), 1993, op. cit. (voir référence 2), Table 1A-3, pp. 17-22 et Table 1A-5, pp. 24-25.
16. Ibid.
17. Marseille E et al., HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa, *Lancet*, 2002, 359(9320):1851-56.
18. The Alan Guttmacher Institute, The Futures Group International, Population Action International et Population Reference Bureau, Potential impact of increased family planning funding on the lives of women & their families overseas, 2000, <http://www.guttmacher.org/pubs/fund_impact.html>, consulté le 10 juin 2003.
19. Cochrane S et Sai F, Excess fertility, dans: Jamison DT et al. (éd.), 1993, op. cit. (voir référence 2), pp. 333-361.
20. Nortman D, Halvas J et Rabago A, A cost-benefit analysis of the Mexican Social Security Administration's family planning program, *Studies in Family Planning*, 1986, 17(1):1-6.
21. Chao D et Allen K, A cost benefit analysis of Thailand's family planning program, *Studies in Family Planning*, 1984, 10(3):75-81.
22. Moreland SR, éd., *Investing in Egypt's Future: The Costs and Benefits of Family Planning in Egypt*, Cairo: National Population Council et RAPID IV, 1996.
23. Vietnam Center for Population Studies & Information et The Futures Group International, *Vietnam's Population and Family Planning Investments and Savings (1979-2010)*, Hanoi, Vietnam: The National Committee for Population and Family Planning et The Futures Group International, 1997.
24. Commission Macroéconomie et Santé, 2001, op. cit. (voir référence 4).
25. Ibid., p. 46.
26. Barnett B et Stein J, 1998, op. cit. (voir référence 5).
27. Ibid., pp. 20-25 ; et Nazar Beutelspacher A, Zapata Martelo E et Vazquez Garcia V, Does contraception benefit women? Structure, agency and well-being in rural Mexico, *Feminist Economics*, 2003, 9(2-3):213-238.
28. Lapham RJ et Mauldin WP, National family planning programs: review and evaluation, *Studies in Family Planning*, 1972, 3(3):29-52; Mauldin WP et Ross JA, Family planning programs: efforts and results, 1982-1989, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(6):350-367; et Ross JA et Mauldin WP, Family planning programs: efforts and results, 1972-94, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(3):137-147.
29. Phillips JF et al., Determinants of reproductive change in a traditional society: evidence from Matlab, Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1988, 19(6) Part I:313-334.
30. Bongaarts J, *The Role of Family Planning Programs in Contemporary*

Fertility Transitions, Policy Research Division Working Paper, New York: Population Council, 1995, No. 71.

31. Demeny P, On the end of the population explosion, *Population and Development Review*, 1979, 5(1):141-162; et Pritchett LH, Desired fertility and the impact of population policies, *Population and Development Review*, 1994, 20(1):1-55.

32. Seltzer JR, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*, Santa Monica, CA, USA: RAND, 2002, p. 60.

33. UNFPA, Background note on the resource requirements for population programs in the years 2000-2015, New York: UNFPA, 1994; et ONU, 1995, op. cit. (référence 6).

34. UNFPA, 2002, op. cit. (voir référence 7).

35. ONUSIDA, 2002, op. cit. (voir référence 8), p. 10; et Schwartlander B et al., Resource needs for HIV/AIDS, *Science*, 2001, 292(5526):2434-2436, <<http://www.sciencemag.org/content/vol292/issue5526/index.shtml>>, consulté le 10 octobre 2003.

36. Janowitz B, Measham D and West C, *Issues in the Financing of Family Planning Services in Sub-Saharan Africa*, Research Triangle Park, NC, USA: FHI, 1999.

Chapitre 3 - Rentabilité de l'investissement dans les services contraceptifs

1. Banque mondiale, Country classification, classification of economies, <<http://www.worldbank.org/data/countryclass/countryclass.html>>, consulté le 16 oct. 2003.

2. The Alan Guttmacher Institute (AGI), estimations, voir l'annexe.

3. Ibid.

4. Cleland J et Ali M, Dynamics of contraceptive use, dans: Organisation des Nations Unies (ONU), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, New York: ONU, 2003 (à paraître).

5. Estimations de l'AGI, voir l'annexe.

6. Ibid.

7. Ross J, Stover J and Willard A, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Program, 116 Countries*, Glastonbury, CT, USA: The Futures Group International, 1999, p. 71.

8. Estimations de l'AGI, voir l'annexe.

9. Gwatkin D et al., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition and Population*, Report Series, Washington, DC: Banque mondiale, 2000; et Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *État de la population mondiale 2002: population, pauvreté et potentialités*, New York: UNFPA, 2002.

10. Proclamation de Téhéran, Acte final de la Conférence internationale des droits de l'homme, Téhéran, du 22 avril au 13 mai 1968, <<http://www1.umn.edu/humanrts/instrree/12ptchr.htm>>, consulté le 14 août 2003.

Chapitre 4 - Une approche plus large de la mesure des coûts et des bénéfices

1. Setty-Venugopal V et Upadhyay UD, Birth spacing: three to five saves lives, *Population Reports*, 2002, Series L, No. 13, pp. 7-8; et AbouZahr C, Disability-adjusted life years (DALYs) and reproductive health: a critical analysis, *Reproductive Health Matters*, 1999, 7(14):118-129.

2. AbouZahr C, 1999, op. cit. (voir référence 1); et AbouZahr C et Vaughan JP, Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: questions regarding the use of disability-adjusted life years, *Bulletin de l'Organisation*

mondiale de la santé, 2000, 78(5):655-666.

3. Conseil économique et social de l'ONU, Commission de la population et du développement, Concise Report on World Population Monitoring, New York: ONU, 2003, p. 19.

4. Knowles C et Behrman JR, *Assessing the Economic Returns to Investing in Youth in Developing Countries*, Health, Nutrition and Population Discussion Papers, Washington, DC: Banque mondiale, 2003 (à paraître).

5. Barnett B et Stein J, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*, Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International (FHI), 1998, pp. 14-15, 18-19 & 78.

6. Ibid.

7. Lloyd CB et Gage-Brandon AJ, *Does Sibsize Matter? The Implications of Family Size for Children's Education in Ghana*, Policy Research Division Working Paper, New York: Population Council, 1992, No. 45.

8. Heise LL, *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*, Documents de travail de la Banque mondiale, Washington, DC: Banque mondiale, 1994, No. 255; et Gazmararian JA et al., Prevalence of violence against pregnant women, *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275(4):1915-1920.

9. Birdsall N, Kelley AC et Sinding SW (éd.), *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, New York: Oxford University Press, 2001; Merrick T, Population and poverty: new views on an old controversy, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(1):41-46; Bloom DE, Canning D et Sevilla J, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, Santa Monica, CA, USA: RAND, 2002; et Bulatao RA, *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*, Santa Monica, CA, USA: RAND, 1998.

10. Knodel J, Napaporn H et Werasing S, Family size and the education of children in the context of rapid fertility decline, *Population and Development Review*, 1990, 16(1):31-62; Desai S, When are children from large families disadvantaged? evidence from cross-national analyses, *Population Studies*, 1995, 49(2):195-210; et Montgomery M et Lloyd CB, High fertility, unwanted fertility, and children's schooling, dans: Bledsoe CH et al. (éd.), *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Washington, DC: National Academy Press, 1999.

11. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *État de la population mondiale 2002: population, pauvreté et potentialités*, New York: UNFPA, 2002.

12. UNFPA, *Women and Micro-Enterprises: An Assessment of UNFPA Experiences*, Evaluation Report, New York: UNFPA, 1993, No. 6.

13. Amal SH et al., Family planning and women's empowerment: challenges for the Indonesian family, Research Triangle Park, NC, USA: FHI, 1997.

14. Sen A, *Development as Freedom*, New York: Anchor Books, 1999, pp. 198-199.

15. UNFPA, Compilation of costs of sexual and reproductive health interventions, from over 500 studies worldwide, 2002, <http://bbs.unfpa.org/spcd/costing/group_gc.cfm?category=GC&component_id=77>, consulté avec l'autorisation de l'UNFPA le 28 février 2003 (accès public prévu à www.unfpa.org/rhcosting).

16. Acharya A, *Review of Cost Estimation Methods for Family Planning Services in Developing Countries After ICPD-Cairo*, Cambridge, MA, USA: Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper, 2001, Volume 11(1).

Chapitre 5 - Récapitulatif et conclusions

1. Groupe de la Banque mondiale, *Millennium Development Goals: About the Goals*, <http://www.developmentgoals.org/About_the_goals.htm>, consulté en septembre 2003.
2. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *État de la population mondiale 2002: population, pauvreté et potentialités*, New York: UNFPA, 2002, pp. 35–37; et Organisation mondiale de la santé (OMS), *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Genève: OMS, 2002.
3. OMS, Estimates of DALYs by sex, cause et WHO mortality sub-region, estimates for 2001, 2002 <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english>, consulté le 9 juillet 2003.
4. Mensch BS, Bruce J et Greene ME, *Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, New York: Population Council, 1998, pp. 62–70; The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, New York: AGI, 1998, pp. 17 et 30–31; et Population Reference Bureau (PRB), *Youth in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Sexual Experience and Reproductive Health*, Washington DC: PRB et ORC Macro, 2001.
5. AGI, 1998, op. cit. (voir référence 4), p. 30.
6. Murray CJ et Lopez AD (éd.), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, MA, USA: Harvard School of Public Health, 1996; et OMS, 2002, op. cit. (voir référence 3).
7. Conseil économique et social de l'ONU, Commission de la population et du développement, Rapport du Secrétaire général sur la mobilisation de ressources financières pour faciliter l'application du Programme d'action de la CIPD, New York: ONU, 2003.

DÉFINITIONS, MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DES DONNÉES

Femmes en âge de procréer, par pays et état matrimonial: Le nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) en 2003, par pays, a été estimé en fonction des données de la Division de population de l'ONU, Département des affaires économiques et sociales, *2002 World Population Prospects*, New York: ONU, 2003. L'état matrimonial des femmes de 15 à 49 ans (mariée, mariée dans le passé ou célibataire jamais mariée) est extrait de plusieurs sources, énumérées ici en ordre de priorité:

1. Dernière Enquête démographique et de santé (EDS) du pays, ORC Macro, MEASURE DHS+STATcompiler, 2003, <www.measuredhs.com/statcompiler>, consulté le 28 mai 2003.
2. Ross J, Stover J et Willard A, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs*, Glastonbury, CT, USA: The Futures Group International, 1999, Appendix Table A-7.
3. Division de population de l'ONU, Database on Marriage Patterns, données inédites obtenues le 5 juin 2002.
4. Estimations basées sur la moyenne (non pondérée) des pays disposant de données EDS dans la sous-région correspondante.
5. Estimations basées sur les données EDS disponibles dans la région pour un pays présentant des tendances de mariage similaires.

La notion de **femmes courant le risque d'une grossesse non planifiée** a été définie comme représentant toutes les femmes sexuellement actives, capables de concevoir et qui ne désirent pas (plus) avoir d'enfants (désir de limitation) ou qui ne désirent pas en avoir durant les deux prochaines années (désir d'espacement).

Pour la **pratique de méthode contraceptive**, les catégories suivantes ont été considérées: stérilisation (masculine ou féminine); méthodes modernes réversibles-stérilet, méthodes hormonales longue durée (injectable et implant), pilule, préservatif, méthodes de barrière vaginale et spermicides; et méthodes traditionnelles-abstinence périodique, retrait et autres méthodes non modernes.

Le **besoin non satisfait de services contraceptifs** a été défini comme concernant les femmes courant le risque d'une grossesse non planifiée qui pratiquent une méthode traditionnelle ou qui n'en pratiquent aucune.

La **distribution des femmes de 15 à 49 ans par risque de grossesse non planifiée, pratique contraceptive et préférence de fécondité (espacement ou limitation), en fonction de l'état matrimonial**, a été tabulée au départ de différentes sources:

1. Pour tous les pays dotés d'une EDS remontant, au plus tôt, à 1990 et disponible sous forme de fichier accessible au public, la plus récente a été utilisée.
2. Pour les pays dotés d'une enquête pertinente mais sans fichier accessible au public (enquêtes réalisées, pour la plupart, par les U.S. Centers for Disease Control and Prevention; dans quelques cas, EDS récentes ou enquêtes indépendantes), les proportions disponibles dans les rapports publiés ont été utilisées.
3. Pour tout autre pays ne disposant pas d'une enquête de fécondité nationale représentative, la distribution moyenne non pondérée de sa sous-région, basée sur les pays dotés d'enquêtes dans cette sous-région, ou la distribution d'un pays ayant atteint un niveau de transition démographique similaire dans la même sous-région, a été utilisée.

Coût des services contraceptifs: Les coûts moyens par méthode proviennent du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), d'une compilation de coûts des interventions de santé sexuelle et reproductive issue de plus de 500 études réalisées dans le monde (Compilation of costs of sexual and reproductive health interventions, from over 500 studies

worldwide, 2002), <http://bbs.unfpa.org/spcd/costing/group_gc.cfm?category=GC&component_id=77>, consulté avec l'autorisation de l'UNFPA le 28 février 2003 (accès public prévu à www.unfpa.org/rhcosting). Pour chaque méthode, le coût moyen inclut les frais de personnel, les médicaments et fournitures, les frais généraux (y compris les dépenses d'investissement, bien que probablement incomplètes) et les autres coûts.

Les coûts des méthodes à long terme ont été annualisés selon les hypothèses standard. (Ces hypothèses—10 ans pour la stérilisation et trois ans pour le stérilet—sont énoncées dans Janowitz B, Bratt JH and Fried DB, *Investing in the Future: A Report of the Cost of Family Planning in the Year 2000*, Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International, 1990.) Pour les autres méthodes, les estimations reposent sur la fourniture de 13 cycles de contraceptifs oraux, 96 préservatifs ou quatre injections par an. Les coûts ont été obtenus en dollars de 2001, majorés d'un facteur de 4 % pour leur conversion en dollars de 2003.

Grossesses évitées: Le nombre de grossesses évitées grâce à la pratique courante des méthodes contraceptives modernes a été estimé par soustraction du nombre de grossesses survenant parmi les utilisatrices de la contraception moderne de celui des grossesses qui surviendraient si elles n'utilisaient aucune méthode.

Le nombre de grossesses qui *seraient évitées* par l'apport de services contraceptifs à toutes les femmes présentant un besoin non satisfait a été estimé comme représentant la différence entre le nombre de grossesses survenant actuellement parmi les femmes au besoin non satisfait et le nombre qui surviendrait si elles pratiquaient une méthode moderne (selon la même distribution que les femmes du pays qui pratiquent actuellement la contraception, en fonction de la préférence de fécondité et de l'état matrimonial).

Les **taux de grossesse** parmi les femmes pratiquant chaque méthode et parmi celles n'en pratiquant aucune ont été estimés en fonction des taux d'échec spécifiques aux méthodes, ajustés en fonction des estimations du nombre de grossesses non planifiées en 2003 dans chaque grande région. Le nombre de grossesses non planifiées a pour source The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, New York: AGI, 1999, Appendix Table 3, p. 53; et AGI, tabulations inédites par région. Ces estimations de nombre ont été ajustées pour 2003 en fonction du quotient de naissances de 2003 (voir plus haut, «Nombre de femmes en âge de procréer») par rapport à celles de 1999.

Les taux d'échec de base de la **stérilisation** proviennent de Trussell J et al., *Contraceptive failure in the United States: an update*, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(1):51-54. Les taux d'échec initiaux des **méthodes réversibles** viennent de Cleland J et Ali M, Dynamics of contraceptive use, dans: ONU, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, New York: ONU, 2003 (à paraître). Pour l'**absence de méthode**, un taux de grossesse annuel initial de 40% a été présumé*.

*Cette estimation de 40% est largement inférieure au taux de grossesse annuel de 85% estimé par Trussell et al. pour les couples dont l'activité sexuelle intervient tout au long de l'année. Certaines études laissent entendre que les couples courant le risque d'une grossesse non planifiée qui ne pratiquent pas de méthode contraceptive ne sont pas sexuellement actifs de manière continue. Voir, par exemple, Blanc AK et Grey S, Greater than expected fertility decline in Ghana: untangling a puzzle, *Journal of Biosocial Science*, 2002, 34:475-495; et Grady WR, Hayward MD et Yagi J, Contraceptive failure in the United States: estimates from the 1982 National Survey of Family Growth, *Family Planning Perspectives*, 1986, 18(5):200-204 & 207-209.

Issues de la grossesse: Toutes les grossesses de femmes courant le risque d'une grossesse non planifiée ont été considérées comme non planifiées. Ces grossesses ont été distribuées par issue (naissances non planifiées, avortements et fausses-couches) en fonction de la distribution des issues de grossesses non planifiées des sous-régions, AGI, 1999 et AGI, tabulations inédites (voir plus haut, «taux de grossesse»). Les moyennes sous-régionales ont été appliquées à tous les pays de la sous-région.

Décès maternels: Les nombres de décès maternels imputables à l'avortement et à toutes les autres causes liées à la grossesse ont été estimés en fonction des données de différentes sources. **Le nombre de décès maternels imputables à toutes les causes liées à la grossesse** par pays en 2003 a été estimé en multipliant le quotient du nombre de naissances en 2003 par rapport à celui de 2000, tel qu'estimé dans Division de population de l'ONU, 2003 (voir plus haut, «Nombre de femmes en âge de procréer») par le nombre de décès maternels survenus en 2000, estimé dans AbouZahr C et Wardlaw T, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Genève: Organisation mondiale de la santé (OMS), 2003. **Mortalité maternelle imputable à l'avortement non médicalisé:** Les estimations du nombre de décès maternels imputables à l'avortement non médicalisé*, du nombre d'avortements non médicalisés et des taux de décès pour 100.000 avortements non médicalisés, par région, proviennent des estimations pour 2000 de Åhman E et Shah I, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion*, Genève: OMS, 2003 (à paraître), Table 3. Les moyennes régionales ont été appliquées à tous les pays d'une région. **Mortalité maternelle imputable à l'avortement licite et/ou médicalisé:** Le nombre d'avortements licites sans risques a été estimé pour chaque région par soustraction du nombre d'avortements non médicalisés (Åhman et Shah, 2003) du nombre total d'avortements provoqués (AGI, 1999; et AGI, tabulations inédites—voir plus haut, «taux de grossesse») et distribué dans les différents pays en fonction de la légitimité de l'avortement. Les taux de mortalité pour 100.000 avortements dans les contextes médicalisés et licites reposent sur l'expérience des pays développés rapportée dans AGI, 1999. **Les quotients de mortalité maternelle de causes autres que l'avortement provoqué** ont été estimés pour chaque pays par soustraction des décès maternels imputables à l'avortement de ceux imputables à toutes les causes liées à la grossesse et exprimés sous forme de taux pour 100.000 naissances vivantes.

Décès infantiles: Le taux de mortalité infantile (décès avant l'âge de 1 an pour 1.000 naissances vivantes) pour 2000-2005, par pays, a été appliqué au nombre de naissances pertinent pour calculer le nombre de décès infantiles. Division de population de l'ONU, 2003 (voir plus haut, «Nombre de femmes en âge de procréer»).

Enfants qui ne perdraient pas leur mère: Le nombre de décès maternels a été multiplié par le nombre moyen d'enfants vivants que les femmes ont mis au monde, pour estimer le nombre d'enfants affectés par les décès maternels. Les estimations reposent sur le nombre moyen d'enfants vivants que les femmes ont mis au monde, suivant qu'elles cherchent à espacer ou à limiter leurs naissances et selon le type de méthode (stérilisation, méthode réversible, méthode traditionnelle ou absence de contraception), par type d'union. Les données d'EDS disponibles ont été utilisées. En leur absence, les moyennes sous-régionales (non pondérées) l'ont été. En l'absence de données EDS disponibles pour le calcul de moyennes sous-régionales, les estimations du nombre moyen d'enfants vivants reposent sur les résultats de pays similaires de la sous-région ou d'une région similaire.

Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI/DALY): Le nombre d'AVCI perdues parmi les nourrissons et enfants a été estimé sur la base du nombre d'AVCI perdues pour 1.000 naissances pour cause d'affections péri-

natales, par sous-région, en 2001. Ces taux ont ensuite été appliqués aux naissances non planifiées de 2003, dans chaque pays de la sous-région, selon les sous-groupes de femmes (utilisatrices de contraceptifs et non-utilisatrices, par exemple).

Le nombre d'AVCI perdues parmi les femmes pour cause d'affections maternelles autres que l'avortement provoqué a été estimé sur la base du nombre d'AVCI perdues pour 1.000 naissances, toutes causes maternelles confondues sauf avortement provoqué, par sous-région, en 2001. Ces taux ont ensuite été appliqués aux naissances non planifiées de 2003, dans chaque pays de la sous-région, selon les sous-groupes de femmes (utilisatrices de contraceptifs et non-utilisatrices, par exemple).

Le nombre d'AVCI perdues parmi les femmes pour cause d'avortement provoqué a été estimé à partir du nombre d'AVCI perdues pour cause d'avortement provoqué pour 1.000 naissances en 2001, par sous-région, multiplié par le quotient des naissances de 2003 par rapport aux avortements de 2003.

Les AVCI perdues en 2001 en raison de chaque cause, par sous-région, proviennent des estimations de l'OMS, Estimates of DALYs by sex, cause et WHO mortality sub-region, estimates for 2001, 2002, <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english>, consulté le 9 juillet 2003. Les naissances en 2001 et 2003 ont pour source la Division de population de l'ONU, 2003 (voir plus haut, «Nombre de femmes en âge de procréer»). Les données d'avortement en 2003 ont pour source AGI, 1999; et AGI, tabulations inédites (voir plus haut, «taux de grossesse»).

La méthodologie est décrite en détail dans Vlassoff M et al., *Costs and Benefits of Providing Sexual and Reproductive Health Services: A Review, Occasional Report*, New York: AGI, 2004, No. 11 (à paraître).

*Le nombre estimé d'avortements non médicalisés comprend ceux pratiqués dans les pays où la procédure est largement restreinte et ceux pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité dans les pays où elle est largement autorisée.

©2004 The Alan Guttmacher Institute, association sans but lucratif vouée à la recherche sur la santé reproductive, à l'analyse des politiques et à l'éducation du public, et UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population, principale source multilatérale mondiale d'assistance aux populations des pays en développement face à leurs besoins de santé reproductive et aux questions de développement durable; tous droits, y compris de traduction vers d'autres langues, réservés en vertu de la Convention universelle sur le droit d'auteur, de la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques et des conventions inter- et panaméricaine sur le droit d'auteur (Mexico et Buenos Aires).

Il peut être fait dérogation aux droits de traduction de l'information contenue dans ce rapport.

ISBN: 0-939253-64-X

Translation credit: Geneviève Haines

Conception graphique: Edward Walter Design, New York
Photo: ©Danielle Baron/CCP, Courtesy Photoshare/INFO Project

The Alan Guttmacher Institute
120 Wall Street
New York, NY 10055 USA
Tél.: +1-212-248-1111
Fax: +1-212-248-1951
Courrier électronique: info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036 USA

www.guttmacher.org

UNFPA
220 East 42nd Street
New York, NY 10017 USA
Tél.: +1-212-297-5000
Fax: +1-212-557-6416

www.unfpa.org

