

Tendances mondiales des programmes de planification familiale, 1999–2014

CONTEXTE: Depuis 1972, l'indice d'effort de planification familiale mesure les activités du programme national de planification familiale des pays en développement et apporte une perspective longitudinale sur un ensemble standardisé de caractéristiques programmatiques.

MÉTHODES: En 2014, les experts de 90 pays en développement ont évalué, sur la base d'un questionnaire standardisé, l'effort des programmes nationaux de planification familiale sur quatre plans majeurs: politiques, services, mécanismes de surveillance et d'évaluation et accès aux méthodes. Les résultats ont été comparés aux données des années précédentes.

RÉSULTATS: Globalement, l'effort des programmes de planification familiale a progressé sur les quatre plans. Celui des services, historiquement le plus faible, a reçu la cote la plus faible en 2014, à 47% de l'effort maximum, malgré une amélioration distincte de 7,6 points de pourcentage depuis 1999. Les politiques, qui représentent généralement le composant le plus fort, conservent cette position en 2014, avec 55% de la cote maximale et une amélioration de 6,7 points de pourcentage depuis 1999. La surveillance et l'évaluation présentent la plus forte amélioration, de 7,8 points de pourcentage, les portant de 45% à 53%, tandis que l'accès s'améliore plus modérément, de 2,7 points, de 49% à 52%. Les efforts de planification familiale se révèlent généralement les plus forts en Asie et en Océanie, et les plus faibles en Asie centrale et en Europe de l'Est.

CONCLUSIONS: Globalement, les programmes de planification familiale présentent une amélioration constante depuis quelques décennies, bien qu'il reste du chemin à parcourir dans toutes les régions.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2017, pp.1–12, <https://doi.org/10.1363/FR00117>

Par Bernice Kuang
et Isabel Brodsky

Bernice Kuang est
démographe et Isabel
Brodsky est conseillère
technique, toutes deux
chez Palladium, à
Washington, DC.

Nés dans les années 1960, les programmes nationaux de planification familiale sont aujourd'hui actifs dans de nombreux pays en développement du monde, sous efficacité et couverture fort variables. Les programmes robustes présentent certaines caractéristiques fondamentales, comme l'offre de diverses options contraceptives, de planification familiale et de conseil de haute qualité, ainsi qu'un vaste support multisectoriel gouvernemental et privé. Des politiques nationales claires aident à structurer les programmes de planification familiale, qu'il convient de soutenir dans un cadre régulier de suivi-évaluation, de formation, d'encadrement-accompagnement et d'appui logistique. Parce que les services et méthodes doivent être accessibles à la population toute entière, les programmes efficaces disposent de solides stratégies de proximité aptes à servir la population générale et d'approches ciblées qui atteignent les populations mal desservies par le biais de programmes médiatiques de masse, du marketing social ou de la distribution communautaire. De même, les programmes exécutés avec succès ont mis en place des mesures d'assurance de la qualité définies en termes de droits, afin d'assurer l'adoption volontaire, en toute connaissance de cause, de la planification familiale.¹

Les programmes nationaux de planification familiale bé-

néficient d'un suivi régulier, qui identifie à la fois leurs réussites et leurs besoins d'amélioration. Depuis 1972, l'indice d'effort programmatique de planification familiale fournit des mesures périodiques standardisées de la solidité des programmes nationaux de planification familiale dans le monde. Ses mesures, catégorisées en quatre grands axes – contexte politique, prestation de services, suivi-évaluation et accès aux méthodes –, reflètent les caractéristiques importantes des programmes réussis.^{2,3} Cet ensemble de données longitudinales couvre cinq décennies et représente la seule source internationale publiquement disponible aux fins de l'analyse de l'évolution des programmes nationaux de planification familiale au fil du temps. L'indice d'effort programmatique de planification familiale mesure les entrées, et non les résultats: les programmes peuvent donc l'utiliser pour identifier où déployer davantage d'efforts. De même, les principaux bailleurs de fonds et partenaires du développement se réfèrent souvent aux cotes de l'indice pour identifier les faiblesses des programmes et en mesurer le progrès dans le temps. Ces cotes figurent aussi dans de nombreuses analyses réalisées au fil des ans pour examiner l'impact des programmes séparément de l'évolution socio-économique sur la pratique contraceptive et les niveaux et changements de la fécondité.⁴⁻⁶

Si la prépondérance de la planification familiale dans le programme de développement fluctue d'année en année, l'indice d'effort programmatique de planification familiale reste généralement une source de données constante et fiable pour les pays et les agences de développement. Par exemple, des études de l'indice menée en 1999, 2004 et 2009 ont permis de suivre les efforts nationaux déployés pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile et l'amélioration de l'accès aux soins de santé reproductive.⁷

Adoptés en 2015 pour faire suite aux OMD, les Objectifs de développement durable⁸ (ODD) énoncent des priorités de santé maternelle et infantile similaires à l'horizon 2030: l'ODD 3, en particulier, vise l'assurance de la santé et du bien-être à tous les âges. L'ODD 3.7 définit la cible de « l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ». ^{8(p.18)} L'ODD 5 préconise par ailleurs l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et des filles avec réitération, au point 5.6, de la cible d'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, en faisant en sorte que « chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation ».

Family Planning 2020 (FP2020) est une initiative née d'un partenariat mondial de gouvernements, de bailleurs de fonds, d'organisations privées, de la société civile et de la recherche pour le soutien des « droits des femmes et des filles à décider librement, pour elles-mêmes, si et quand elles désirent avoir des enfants, et combien. »⁹ Axée sur 69 pays prioritaires, FP2020 a également relevé le profil de la planification familiale à l'ordre du jour du développement mondial, soulignant l'importance de l'engagement politique, de l'assistance financière, des services de qualité basés sur les droits et de la constance du suivi-évaluation. Ainsi l'indice d'effort programmatique de planification familiale restera-t-il utile, comme outil de suivi, sur toute la durée de l'initiative FP2020 et vers la réalisation des ODD.

Cet article résume les résultats de l'indice d'effort programmatique de planification familiale 2014, dont les 36 cotes mesurées sur les quatre axes d'intérêt décrivent le paysage actuel des efforts programmatiques nationaux de planification familiale dans le monde en développement. D'après l'ensemble de données longitudinales collectées depuis 1999, nous évaluons le degré d'amélioration des programmes dans une perspective nationale, régionale et mondiale. Notre article présente la première analyse complète du cycle 2014 et examine, sur la base de ces données en plus de celles des cycles 1999, 2004 et 2009, les tendances des 15 dernières années.

DONNÉES ET MÉTHODES

La série 2014 de l'étude fait appel à des méthodes fort similaires à celles des cycles étudiés depuis 1999, à l'exception près du recours à deux organismes de mise en œuvre,

dotés chacun de fonds distincts. Le programme Health Policy Project, sous financement d'USAID, a soutenu la réalisation du projet, par l'organisme Futures Group, dans les régions d'Afrique subsaharienne anglophone, d'Asie/Océanie, du Moyen-Orient/Afrique du Nord et d'Asie centrale/Europe de l'Est, à l'exclusion des pays prioritaires de l'initiative FP2020. La Fondation Bill et Melinda Gates a pour sa part subventionné Track20, sous mise en œuvre par Avenir Health, pour la conduite du projet dans les pays prioritaires FP2020, ainsi qu'en Afrique subsaharienne francophone et lusophone et en Amérique latine/Caraïbes. Les deux organisations ont suivi des procédures identiques.

Nous avons commencé par identifier un gestionnaire de l'étude pour chaque pays, qui connaisse intimement le programme de planification familiale de son pays et qui puisse sélectionner des répondants également informés à cet égard. Les gestionnaires ont recruté leurs répondants dans différents contextes, au niveau du gouvernement et du secteur privé, dans les milieux universitaires, les organisations non gouvernementales et les organismes internationaux.

Nous avons cherché à collecter les données dans les pays en développement comptant une population de plus d'un million d'habitants et répondant à au moins un des critères suivants: existence d'un programme national de planification familiale actif, inclusion dans au moins une vague d'étude antérieure ou inscription sur la liste des pays prioritaires de l'initiative FP2020. Nous avons défini le 'programme national actif' comme toute activité du secteur public vouée à la prestation de la planification familiale. Ayant tenté de joindre les experts de 100 pays, nous avons fini par collecter et analyser les données de 90 pays, représentant plus de 90% de la population du monde en développement. Nous avons omis 10 pays, faute de réponse ou d'identification d'experts nationaux pertinents, après plusieurs tentatives, par les gestionnaires contactés pour l'étude. Le nombre de pays représentés en 2014 est supérieur à celui des autres cycles examinés ici (81 en 2009, 82 en 2004 et 87 en 1999).

Les gestionnaires de l'étude ont chacun identifié 10 à 15 répondants experts dans leur pays, portant à 1 177 le nombre total de répondants sur l'ensemble des 90 pays. Ceux-ci ont été invités à répondre à un questionnaire standard d'évaluation du niveau d'effort déployé concernant 36 caractéristiques du programme de planification familiale de leur pays. Chaque caractéristique a été évaluée sur une échelle de 1 (effort nul à minime) à 10 (effort du plus haut niveau). D'autres points couvraient, comme en 2009, les sujets n'entrant pas dans le calcul des cotes d'effort globales, concernant les justifications des programmes, l'accent mis sur l'accès aux populations spéciales (comme les jeunes célibataires ou les populations rurales) et la qualité perçue du programme de planification familiale.

Afin de minimiser le biais introduit par la variabilité des domaines d'expertise des répondants, les gestionnaires de l'étude les ont priés d'omettre les questions pour lesquelles ils n'étaient pas sûrs de leur réponse ou ne possédaient pas

les connaissances pertinentes. Les gestionnaires ont saisi les données des questionnaires dans une base de données au niveau de chaque pays. Les équipes de Health Policy Project et Track20 ont ensuite contrôlé manuellement ces bases par rapport à une sélection de questionnaires originaux afin de vérifier l'exactitude de la saisie. Les valeurs extrêmes ont été vérifiées avec les gestionnaires.

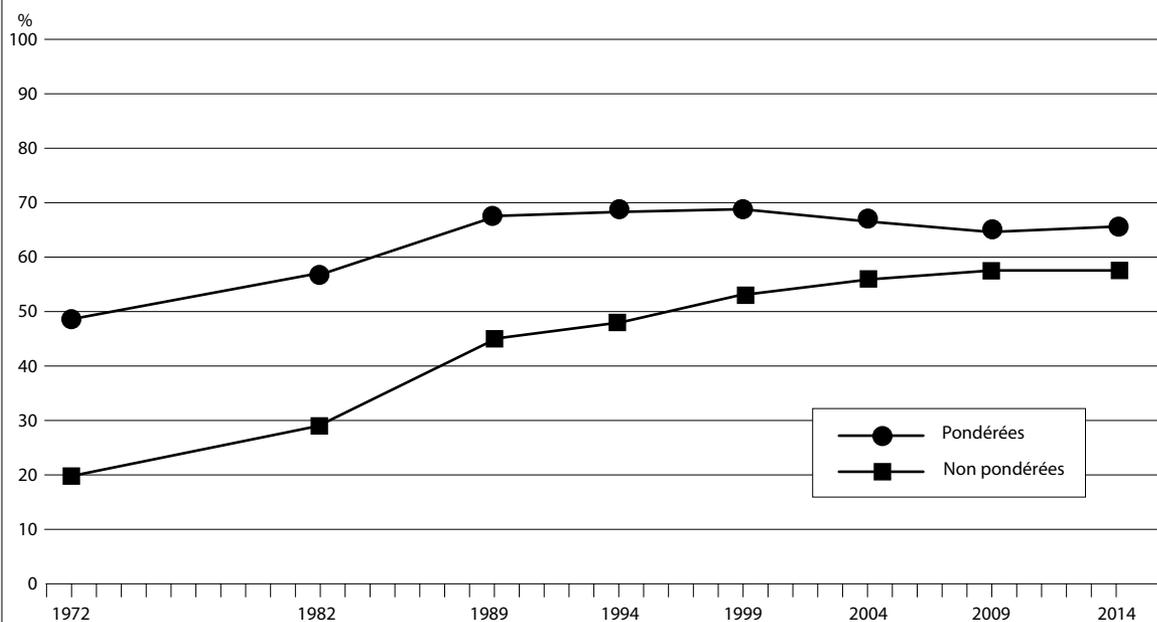
Pour chaque pays, la moyenne des cotes obtenues en réponse à chaque question a été calculée sur l'ensemble des répondants. La moyenne de ces cotes a ensuite été calculée par composante pour produire les quatre cotes composantes, soit la mesure du contexte politique en fonction de huit cotes, du suivi-évaluation en fonction de trois, de l'accès en fonction de 12 et de la prestation de services en fonction de 13. Le contexte politique mesure l'environnement favorable aux activités de planification familiale: l'appui des dirigeants du pays, les directives réglementaires applicables à l'importation ou à la production des fournitures et les allocations budgétaires. La composante de suivi-évaluation évalue l'envergure de la collecte et de l'évaluation des données, ainsi que la mesure dans laquelle les données servent à améliorer les opérations. Les questions d'accès concernent la mesure dans laquelle les différentes méthodes, les services propres aux méthodes et l'avortement médicalisé (indépendamment de sa légalité) sont disponibles à l'ensemble de la population, tandis que celles de service mesurent les caractéristiques telles que la disponibilité de la distribution communautaire, la mesure dans laquelle les établissements sont adéquatement dotés en personnel et celle dans laquelle le personnel est formé et encadré. La cote totale de l'indice d'effort programma-

tique de planification familiale représente la moyenne de ces 36 cotes. Les réponses aux questions supplémentaires relatives aux justifications des programmes et à l'importance accordée aux sous-groupes n'ont servi à calculer ni les cotes des composantes, ni l'indice total global (mais elles n'en sont pas moins disponibles à l'usage des chercheurs et autres personnes intéressées).

Sur l'ensemble des pays, un taux de réponse de 96% a été atteint pour les éléments du questionnaire entrant en jeu dans le calcul de l'indice d'effort programmatique de planification familiale et des quatre cotes composantes; pour les questions supplémentaires de justification et d'accent sur les sous-groupes, ce taux est de 98%. Enfin, toutes les cotes ont été calculées sous forme de pourcentage de la cote maximum, facilitant ainsi la comparaison entre les composantes et avec les cycles d'étude antérieurs. Bien que l'expérience passée montre que les cotes des pays les plus performants n'atteignent qu'environ 80% de ce maximum, nous avons conservé la valeur de 100% à des fins de pleine perspective et de cohérence avec les rapports passés.

Nous avons calculé les cotes non pondérées et pondérées de chaque région par la moyenne des cotes composantes et des cotes d'indice totales pour tous les pays inclus dans la région. La moyenne globale non pondérée, couvrant toutes les régions, est la moyenne des cotes composantes et codes totales d'indice de tous les pays. Les cotes de chaque pays sont pondérées en fonction de sa population totale, d'après les données onusiennes du World Population Prospects 2013 Revision.¹⁰ Sauf pour la Figure 1, dans laquelle les cotes pondérées et non pondérées sont présentées, les analyses des résultats de 2014

FIGURE 1. Cotes d'indice d'effort programmatique de planification familiale totales globales pondérées et non pondérées, sous forme de pourcentage de la cote maximum possible, 1972-2014



N.B.: La cote globale de chaque année d'enquête comprend tous les pays évalués pour cette année. Les cotes pondérées et non pondérées ont été ajustées à des fins de comparaison entre les versions d'enquête longue et abrégée. La mesure d'accès originale à sept points a servi à calculer la cote totale de l'indice d'effort programmatique de planification familiale 2014.

présentent les cotes pondérées, tandis que les analyses historiques sont non pondérées en raison de l'évolution de la répartition des populations dans le temps.

Cet article analyse les tendances des cycles d'étude des années 1999, 2004, 2009 et 2014. Nous utilisons aussi les données de 1972–1994 pour refléter les tendances du premier au dernier cycle de l'étude.

Changements méthodologiques adoptés en 2014

L'itération 2014 de l'indice d'effort programmatique de planification familiale diffère des cycles précédents à deux égards. D'abord, dans tous les pays, les éléments du questionnaire concernant l'effort programmatique de planification familiale sont suivis de ceux de l'indice composite national de la planification familiale (NCIFP), un ensemble d'indicateurs FP2020 conçu par Track20 pour mesurer les indicateurs de progrès propres à l'initiative FP2020. L'indice NCIFP mesure l'environnement favorable à la planification familiale, en particulier dans les 69 pays prioritaires de l'initiative FP2020. Nous avons donc recherché des gestionnaires de l'étude dans l'ensemble de ces 69 pays, même s'ils ne répondaient pas aux critères de population.

Ensuite, le cycle 2014 de l'indice d'effort programmatique de planification familiale comprend cinq nouveaux éléments, en plus des sept originaux, sous la composante de l'accès. Ils ont été ajoutés pour refléter l'influence grandissante des méthodes et services de contraception plus récents: les services de retrait du stérilet, l'implant, les services de retrait de l'implant, la contraception d'urgence et le conseil relatif aux méthodes permanentes. Nous avons inclus les services de retrait et de conseil afin de mesurer le consentement éclairé et l'adoption volontaire de la planification familiale. Pour maintenir la comparabilité entre les vagues de l'étude, seules les sept cotes d'accès originales ont servi à calculer la cote de la composante d'accès et l'indice d'effort programmatique total lors de la comparaison de l'année 2014 avec les enquêtes précédentes. En revanche, dans les analyses transversales de l'enquête 2014 seulement, les 12 cotes d'accès ont servi au calcul de la cote d'accès globale et de l'indice d'effort programmatique total.

Ajustements apportés pour maintenir la comparabilité

Nous avons ajusté plusieurs calculs afin d'améliorer la compatibilité entre les cycles d'étude. D'abord, à l'exception de la Figure 1, page 3, partout où les cotes 2014 sont comparées aux cotes historiques, nous n'avons considéré que les 54 pays compris dans les quatre séries de l'étude, de 1999 à 2014 inclus. (Voir l'Annexe 1 pour une liste de ces 54 pays.) En revanche, lorsque les cotes 2014 sont analysées seules, les 90 pays entrent tous en ligne de compte dans les calculs.

Pour la Figure 1 seulement, tous les pays inclus par année sont considérés, de sorte que le nombre de pays compris dans les calculs et ceux évalués diffèrent de cycle en cycle. Avant 1999, une version plus longue du questionnaire était par ailleurs utilisée. Adoptée en 1999, une version simplifiée a été mise en œuvre parallèlement à

celle plus longue aux fins de l'étalonnage. La différence moyenne entre les versions longue et courte de 1999 nous a permis d'ajuster les résultats ultérieurs et de produire ainsi la série complète présentée à la Figure 1. Cet ajustement ne concerne que la Figure 1, car elle couvre les résultats des deux versions du questionnaire, longue et simplifiée. Tous les autres graphiques et tableaux de suivi des tendances historiques ne concernent que la version simplifiée et ne demandent donc aucun ajustement.

Limites

Deux grands types de limite s'appliquent à la recherche présentée ici: ceux communs à la méthodologie et ceux particuliers à ce cycle. Pour le premier, les données proviennent de cotes subjectives données par des observateurs du programme national de planification familiale. L'avantage des cotes d'observateur est toutefois que des estimations émergent pour les variables concernant lesquelles il n'existe sinon aucune mesure objective, comme la qualité de la formation et de l'encadrement-accompagnement ou la proportion de la population globale qui dispose d'un accès « rapide et aisé » à chaque méthode contraceptive.

Une autre limite tient au fait que, comme les cycles sont séparés d'environ cinq années, les répondants ne sont pas toujours les mêmes d'un cycle à l'autre. De même, certains pays inclus dans un cycle ne le sont plus dans le suivant, et ce pour diverses raisons. Ce dernier point est résolu, dans les résultats, par la présentation de tendances temporelles pour les seuls pays inclus dans tous les cycles considérés. Viennent compenser ces limites les avantages d'un ensemble standard de mesures de l'effort programmatique pour la plupart des pays en développement, obtenues approximativement au même moment, à coût raisonnable et produisant des tendances pour chacune des cotes.

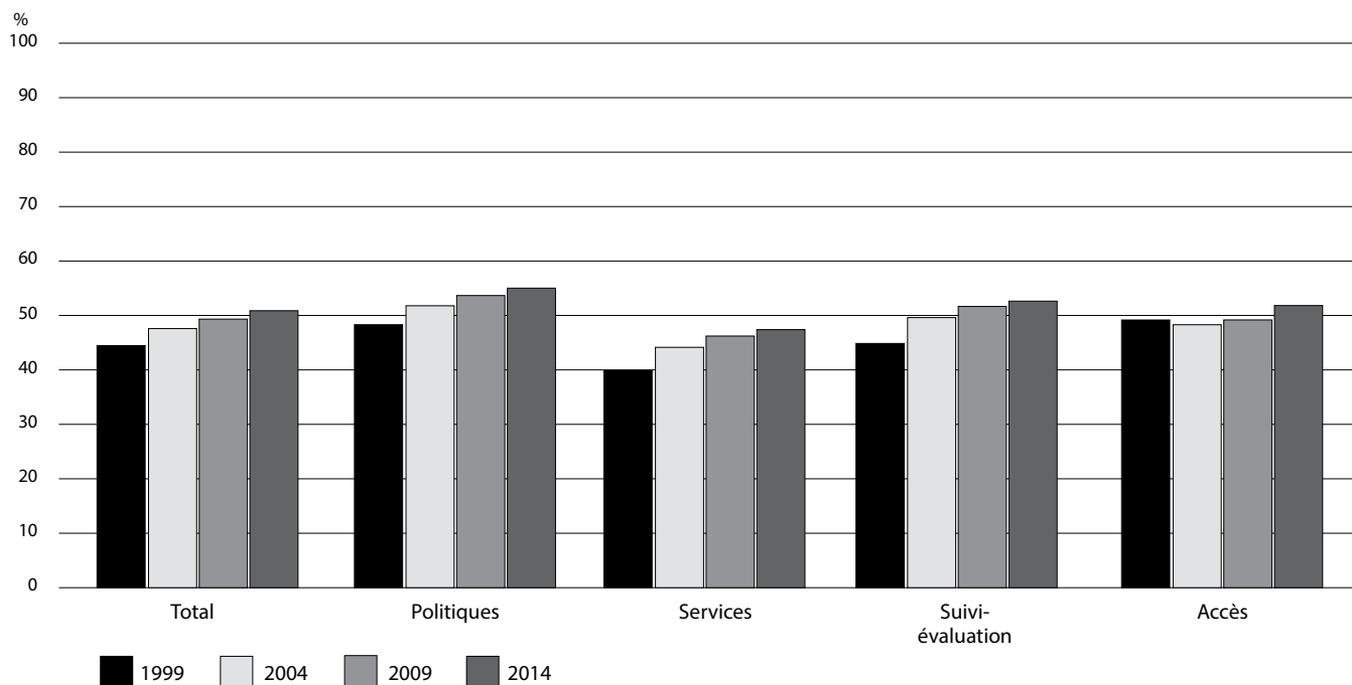
Le deuxième type de limites applicable à ce cycle particulier concerne les changements apportés au questionnaire et, plus précisément, l'ajout d'éléments à la composante d'accès. En moyenne, cependant, les comparaisons des deux versions ne présentent guère de différence dans les résultats. Peut-être l'ajout, après les questions relatives à l'indice d'effort programmatique de planification familiale, de celles de l'indice NCIFP, constitue-t-il un changement plus important. Jamais encore incluses les années précédentes, ces questions ajoutées ont peut-être accru la fatigue des répondants (bien qu'on n'observe cependant aucun signe de taux de non réponse élevés).

RÉSULTATS

Tendances des cotes globales

La cote globale pondérée et non pondérée de l'indice d'effort programmatique de planification familiale (cote moyenne de l'indice sur l'ensemble des pays, pondérée en fonction de la population des pays) présente une hausse spectaculaire entre 1972 et 1990 (Figure 1). Les cotes pondérées se stabilisent pendant les années 1990, tandis que celles non pondérées continuent de grimper. Dans les années 2000, les cotes pondérées enregistrent une légère

FIGURE 2. Cotes totales et de composantes moyennes globales non pondérées de l'indice d'effort programmatique de planification familiale, sous forme de pourcentage de la cote maximum possible, par année d'étude



N.B.: D'après les données des 54 pays compris dans les quatre cycles de l'étude. La mesure d'accès initiale à sept points a servi à calculer les cotes totales et d'accès 2014. Les cotes n'ont pas été ajustées car toutes les données ont été collectées au moyen du questionnaire simplifié.

baisse, pour se stabiliser ensuite après 2010, tandis que les cotes non pondérées restent à la hausse entre 2000 et 2014. Les cotes pondérées et non pondérées de l'indice d'effort programmatique de planification familiale augmentent toutes deux légèrement durant les cinq dernières années. La différence de trajectoire entre les moyennes non pondérées et pondérées laisse entendre un renforcement de l'effort programmatique de la planification familiale au niveau du pays et l'adoption de nouveaux programmes nationaux initialement robustes, avec l'amélioration dans les petits pays cependant contrée peut-être par la stagnation ou l'amélioration limitée dans les plus grands.* Ainsi, si les cotes de pays plus petits tels que le Nicaragua et le Bénin grimpent de plus de 15 points de pourcentage entre 2009 et 2014, celles de pays plus peuplés comme la Chine et l'Indonésie présentent plutôt une baisse continue, de cinq à six points de pourcentage au cours des cinq dernières années (non illustré). Cela sans compter, malgré l'amélioration observée à long comme à court terme, le maintien des cotes globales les plus élevées au-dessous de 70% du maximum possible, signe de la mesure des progrès encore réalisables.

Nous avons aussi examiné séparément les cotes totales et de composantes moyennes globales de l'indice d'effort programmatique de planification familiale pour tous les cycles d'étude réalisés depuis l'adoption du questionnaire simplifié en 1999 (Figure 2). Pour cette analyse, nous n'avons considéré que les 54 pays inclus dans les quatre cycles de l'étude. Nous avons aussi calculé la cote d'accès 2014 sur la base de l'ensemble initial des éléments

de méthodes contraceptives et de services seulement. La plupart des composantes programmatiques sont, de 1999 à 2014, en amélioration constante. La cote totale de l'indice d'effort programmatique de planification familiale a augmenté de plus de six points de pourcentage, de 45% à 51%, attestant de l'amélioration régulière des programmes établis voici 15 ans ou plus. Les cotes de la composante de suivi-évaluation ont enregistré la plus forte hausse, avec une amélioration de 7,8 points de pourcentage, avant les services et les politiques mesurés, respectivement, à 7,6 et 6,7. Enfin, l'accès s'est également amélioré, mais de 2,7 points de pourcentage seulement. La tendance persiste sous considération de la mesure d'accès à 12 éléments dans la cote totale de l'indice d'effort programmatique 2014 et dans celle de la composante d'accès, bien que le degré d'amélioration se révèle moindre pour les deux (non illustré).

Tendances des cotes régionales

- *Cotes totales.* Nous avons examiné les tendances historiques par région, ici encore parmi les 54 pays compris dans les quatre derniers cycles d'étude seulement. Nous avons constaté que, malgré l'amélioration régulière de la moyenne globale relative aux programmes de planification familiale, les différences entre les régions persistent tant en termes de vigueur générale du programme que

*Les cotes non pondérées reflètent l'état des programmes de planification familiale dans une perspective de pays à pays, tandis que les cotes pondérées représentent la force des programmes dans une perspective par habitant.

TABLEAU 1. Cotes totales et de composantes moyennes non pondérées de l'indice d'effort programmatique de planification familiale, sous forme de pourcentage de la cote maximum possible, par région, en fonction de l'année d'étude

Effort programmatique	1999	2004	2009	2014
Total				
Asie/Océanie	53,7	55,8	53,8	57,9
Asie centrale/Europe de l'Est	35,0	47,3	51,0	51,9
Moyen-Orient/Afrique du Nord	49,6	50,2	54,4	54,7
Amérique latine/Caraïbes	39,1	46,4	48,5	49,2
Afrique subsaharienne				
anglophone	51,3	45,1	45,9	49,4
francophone/lusophone	36,5	41,9	45,5	45,2
Politiques				
Asie/Océanie	59,0	61,3	58,8	63,8
Asie centrale/Europe de l'Est	36,1	55,0	53,5	54,0
Moyen-Orient/Afrique du Nord	57,8	63,7	62,3	58,8
Amérique latine/Caraïbes	42,1	47,2	49,7	52,7
Afrique subsaharienne				
anglophone	55,4	49,2	51,6	55,5
francophone/lusophone	40,4	45,5	51,6	47,9
Services				
Asie/Océanie	48,1	53,5	52,1	54,5
Asie centrale/Europe de l'Est	28,8	39,4	45,5	42,6
Moyen-Orient/Afrique du Nord	44,6	44,0	50,4	52,2
Amérique latine	34,2	43,1	45,5	44,7
Afrique subsaharienne				
anglophone	47,3	42,9	42,6	46,2
francophone/lusophone	33,7	39,6	43,0	43,5
Suivi-évaluation				
Asie/Océanie	55,4	54,6	54,4	55,4
Asie centrale/Europe de l'Est	27,9	44,4	57,7	55,8
Moyen-Orient/Afrique du Nord	51,8	54,6	60,4	60,4
Amérique latine/Caraïbes	37,1	48,3	50,1	51,4
Afrique subsaharienne				
anglophone	51,6	46,0	46,1	49,5
francophone/lusophone	41,0	46,4	49,2	49,7
Accès				
Asie/Océanie	57,9	54,2	51,1	58,5
Asie centrale/Europe de l'Est	50,5	54,4	55,6	58,3
Moyen-Orient/Afrique du Nord	48,3	44,6	50,3	52,3
Amérique latine/Caraïbes	46,6	50,9	52,2	52,8
Afrique subsaharienne				
anglophone	54,1	44,0	45,6	48,5
francophone/lusophone	35,3	40,0	41,4	43,5

N.B.: Les cotes sont calculées sur la base des données des 54 pays compris dans les quatre cycles d'étude. La mesure d'accès initiale à sept points a servi à calculer les cotes totales et d'accès 2014.

de l'évolution au fil du temps (Tableau 1). Par exemple, si les régions Moyen-Orient/Afrique du Nord et Asie/Océanie présentent les cotes d'indice totales les plus éle-

vées en 2014 (55% et 58%, respectivement), la hausse absolue de leurs cotes (cinq et quatre points de pourcentage, respectivement) entre 1999 et 2014 est largement inférieure à celle des autres régions. Durant cette période, les cotes totales d'Amérique latine/Caraïbes et d'Asie centrale/Europe de l'Est grimpent de plus de 10 points de pourcentage chacune, et d'environ neuf points en Afrique subsaharienne francophone et lusophone. L'Afrique subsaharienne anglophone suit une tendance en U, avec une cote inférieure en 2014 à ce qu'elle était en 1999.

• *Cotes des politiques.* En 2014, la région Asie/Océanie atteignait la plus haute cote des politiques (64%), tandis que l'Afrique subsaharienne francophone et lusophone enregistrait la plus faible (48%). Ces cinq dernières années, l'effort des politiques s'est intensifié notablement en Asie/Océanie (cinq points de pourcentage), de manière particulièrement remarquable aux Philippines, au Myanmar et au Bangladesh (non indiqué). Durant cette même période, la cote des politiques relevée en Afrique subsaharienne anglophone s'est améliorée de près de quatre points de pourcentage, alors qu'elle baissait dans une mesure à peu près égale en Afrique subsaharienne francophone et lusophone. Bien que présentant une hausse de six points entre 1999 et 2004 (à 64%), la cote de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord est retombée à 59% en 2014. Celle d'Asie centrale/Europe de l'Est s'est améliorée de moins d'un point de pourcentage sur la période écoulée entre les deux dernières enquêtes.

• *Cotes de services.* Les cotes de services sont en hausse dans presque toutes les régions entre 1999 et 2014 avec, en tête en 2014, l'Asie/Océanie (55%) et, à la traîne, l'Asie centrale/Europe de l'Est (43%), en baisse de près de trois points de pourcentage ces cinq dernières années. Durant ces cinq mêmes années, la région présentant la plus forte amélioration est l'Afrique subsaharienne anglophone, dont la cote gagne près de quatre points de pourcentage (46%), sans toutefois retrouver le niveau enregistré en 1999 (47%), avant une baisse marquée entre 1999 et 2004. En revanche, la cote de l'Afrique subsaharienne francophone et lusophone ne s'améliore que de 0,5 point de pourcentage ces cinq dernières années, avec une hausse de près de 10 points cependant depuis 1999.

TABLEAU 2. Cotes totales et de composantes moyennes pondérées de l'indice d'effort programmatique de planification familiale, sous forme de pourcentage de la cote maximum possible, par région et globalement, 2014

Effort programmatique	Globale	Asie/Océanie	Asie centrale/ Europe de l'Est	Moyen-Orient/ Afrique du Nord	Amérique latine/Caraïbes	Afrique subsaharienne	
						anglo- phone	francophone/ lusophone
Total	56,1	60,3	42,0	47,3	52,3	49,0	46,2
Politiques	61,7	66,7	42,4	47,5	55,4	57,1	51,8
Services	52,6	57,4	31,9	47,2	44,4	45,5	43,5
Suivi-évaluation	53,9	55,5	46,7	56,9	54,8	46,8	53,3
Accès	56,7	60,3	51,5	44,9	58,1	47,9	43,7

N.B.: D'après les données des 90 pays considérés en 2014. La nouvelle composante d'accès à 12 points a servi à calculer les cotes totales et d'accès. La moyenne régionale représente la cote moyenne des pays de la région, sous pondération de la cote de chacun en fonction de sa population; la moyenne globale est aussi pondérée en fonction des populations nationales.

• *Cotes de suivi-évaluation.* Le suivi-évaluation présente une amélioration considérable dans la plupart des régions entre 1999 et 2009, restant ensuite stable ou en moindre hausse entre 2009 et 2014. Sans suivre une courbe d'amélioration constante, l'Afrique subsaharienne anglophone affiche la plus forte hausse sur cinq ans (trois points de pourcentage), remontant à près de 50% en 2014 après une chute de près de six points de pourcentage entre 1999 et 2004. La région Moyen-Orient/Afrique du Nord atteint la plus haute cote de suivi-évaluation en 2014 (60%), proche de celle de l'étude précédente et largement attribuable à la cote très élevée du Maroc (non indiqué).

• *Cotes d'accès.* Les cotes de mesure d'accès aux méthodes contraceptives sont à la hausse, fût-ce faiblement, entre 1999 et 2014. La région Asie/Océanie atteint la cote la plus haute sur ce point en 2014, avec 59%, et l'Afrique subsaharienne francophone et lusophone, la plus faible, à 44%. Les progrès réalisés en Asie/Océanie durant les cinq dernières années sont particulièrement vigoureux, en ce que chaque pays (à l'exception du Népal) présente un meilleur accès (non indiqué). La cote d'accès régionale 2014 n'est cependant guère supérieure à celle de 1999 (58%). Les autres régions présentent également une amélioration assez régulière sur le plan de l'accès durant les cinq dernières années, dans une mesure, pour la plupart, de deux à trois points de pourcentage.

Paysage actuel

Le tableau global 2014 des efforts programmatiques de planification familiale, sur l'ensemble des 90 pays soumis à l'étude en 2014, pondéré en fonction de la population de chacun et sous inclusion des nouvelles méthodes contraceptives dans la composante d'accès, attribue la cote la plus haute à la composante des politiques (62%), suivie de l'accès (57%), du suivi-évaluation (54%) et des services (53%—Tableau 2). Cela dit, l'examen par région révèle une certaine variabilité dans ce classement. Sauf en Asie centrale/Europe de l'Est, la cote de la composante des politiques figure partout en première ou deuxième place. Dans la plupart des régions, l'accès se classe aussi en tête

ou en deuxième position, sauf au Moyen-Orient/Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne francophone et lusophone, où le suivi-évaluation émerge au rang de la plus forte composante (57% et 53%, respectivement).

La région Asie/Océanie atteint la plus haute cote d'effort programmatique total (60%), de même que pour les composantes de politique (67%), services (57%) et accès (60%). Les programmes présentant des cotes inférieures sont généralement ceux de pays moins peuplés, comme l'Afghanistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Timor-Leste (voir l'Annexe 1 pour les résultats de pays). Bien que la Chine et l'Inde eussent pu dominer les tendances régionales en raison de leurs vastes populations, elles se classent souvent de part et d'autre de la moyenne régionale et tendent à se compenser l'une l'autre (non indiqué). La cote totale de l'indice d'effort programmatique de planification familiale et les cotes de composantes sont les plus faibles, sauf pour l'accès, en Asie centrale/Europe de l'Est (32% à 47%). La Russie, pays le plus peuplé et donc le plus influent de cette région, atteint une cote particulièrement faible sur le plan des politiques, des services et du suivi-évaluation, faisant baisser la moyenne régionale pour ces composantes (non indiqué).

La composante suivi-évaluation se classe en tête dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord (57%) et garde une cote plutôt uniforme d'un pays à l'autre, sauf cote très élevée au Maroc et en Tunisie et très faible en Libye, sans effet notable de cette dernière sur la moyenne étant donné la faible population du pays (non indiqué). La composante d'accès est la plus faible en Afrique subsaharienne francophone et lusophone (44%), sous la lourde influence de la faible cote enregistrée à cet égard en République démocratique du Congo, pays le plus peuplé de la région.

Effet de l'ajout d'éléments à la composante d'accès

Au fil des décennies d'étude de l'indice d'effort programmatique de planification familiale, l'éventail de méthodes disponibles s'est élargi pour inclure de nouveaux choix, tandis que l'intérêt concernant la qualité des services spécifiques aux méthodes grandissait aussi. Afin de refléter cette évolution, nous avons ajouté cinq éléments aux sept premiers de la composante d'accès. Dans un souci de constance longitudinale, nous avons cependant calculé la composante d'accès en fonction des 12 éléments finaux (« nouvelle mesure ») mais aussi des sept éléments originaux seulement (« mesure initiale »). Ayant examiné l'impact des cinq éléments ajoutés au niveau global et par région, nous avons constaté que l'ajout n'affectait pas substantiellement la cote de la composante d'accès (Tableau 3).

L'examen approfondi des différences régionales montre que la moyenne d'accès pour l'Asie/Océanie est la seule en baisse notable après l'ajout des nouveaux éléments (64% avec les éléments initiaux par rapport à 60% avec les nouveaux ajoutés), en accord avec l'observation d'un progrès limité de l'effort de planification familiale ces dernières années dans la région. En dépit de programmes de planification familiale historiquement robustes, les amélio-

TABLEAU 3. Cote de la composante d'accès sous forme de pourcentage de la cote maximum possible, par région et globalement, suivant la mesure d'accès utilisée, 2014

Région	Mesure initiale	Nouvelle mesure
Globale	58,9	56,7
Asie/Océanie	63,8	60,3
Asie centrale/Europe de l'Est	51,7	51,5
Moyen-Orient/Afrique du Nord	43,8	44,9
Amérique latine/Caraiïbes	57,7	58,1
Afrique subsaharienne anglophone	47,4	47,9
francophone/lusophone	42,7	43,7

N.B.: La mesure d'accès initiale repose sur sept éléments; la nouvelle, sur 12. La cote d'accès moyenne régionale représente la cote d'accès moyenne des pays de la région, sous pondération de la cote de chacun en fonction de sa population.

TABLEAU 4. Cotes moyennes pondérées des considérations programmatiques complémentaires, sous forme de pourcentage de la cote maximum possible, globalement et par région, 2014

Considération programmatique	Globale	Asie/Océanie	Asie centrale/ Europe de l'Est	Moyen-Orient/ Afrique du Nord	Amérique latine/ Caraïbes	Afrique subsaharienne	
						anglo- phone	francophone/ lusophone
Justification							
Freiner la croissance démographique	68,5	78,1	11,3	53,8	57,8	66,0	50,4
Améliorer le développement économique	65,3	67,1	49,1	59,2	61,2	70,3	64,3
Éviter les naissances non désirées	76,1	75,0	74,6	71,5	77,4	82,1	85,1
Améliorer la santé des femmes	76,3	73,7	78,1	78,2	82,5	85,0	86,0
Améliorer la santé des enfants	72,7	71,0	71,1	72,6	72,9	80,1	83,7
Réduire la maternité des adolescentes célibataires	51,7	49,1	62,9	25,3	64,2	63,8	68,4
Réduire les besoins non satisfaits	71,3	72,7	58,4	64,1	72,1	74,5	70,8
Populations recevant une attention particulière							
Jeunes célibataires	40,2	39,3	41,8	20,4	60,7	43,3	47,8
Pauvres	62,2	66,5	35,3	61,2	64,4	56,7	49,8
Rurales	68,9	75,3	38,0	65,4	62,3	57,7	56,9
Femmes post-partum	59,3	60,2	54,7	59,8	64,1	54,3	57,7
Femmes post-avortement	55,1	56,3	56,4	47,7	49,7	53,1	55,0
Qualité des services de planification familiale							
	55,4	57,1	56,3	54,8	57,3	51,9	53,9

N.B.: La moyenne régionale représente la cote moyenne des pays de la région, sous pondération de la cote de chacun en fonction de sa population.

rations paraissent faibles, ces dernières années, en Asie/Océanie, reflète peut-être d'une base plus élevée. Deux exceptions claires à la tendance de l'Asie/Océanie, le Sri Lanka et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, offrent de manière nettement plus vigoureuse la gamme complète de nouvelles caractéristiques d'accès, par rapport au groupe d'éléments initial (non indiqué).

En revanche, presque toutes les autres régions se révèlent légèrement plus vigoureuses dans leurs efforts d'accès quand elles sont évaluées en fonction de la nouvelle composante d'accès, par rapport à la précédente. L'analyse au niveau du pays révèle cependant d'intéressantes tendances. D'abord, la région Moyen Orient/Afrique du Nord présente une hausse de 1,1 point de pourcentage de l'accès sous inclusion des nouveaux points. Ce résultat est toutefois influencé par la hausse spectaculaire observée en Iran (deuxième pays le plus peuplé de la région), à près de huit points de pourcentage; presque tous les autres pays de la région sont sinon en baisse (non indiqué).

La cote d'accès pour la région d'Afrique subsaharienne francophone et lusophone est d'un point de pourcentage supérieure sous la composante d'accès élargie, mais en raison surtout de la hausse de 4,9 points enregistrée en République démocratique du Congo, pays le plus peuplé de la région. Par contre, en Afrique subsaharienne anglophone, environ deux tiers des pays de la région atteignent une cote supérieure sous la nouvelle mesure d'accès, par rapport à la première. La Namibie et l'Érythrée font clairement exception, avec une baisse d'environ six points de pourcentage chacune; l'impact en est cependant faible sur

les moyennes régionales car il s'agit de pays faiblement peuplés. L'Afrique du Sud fait aussi exception, avec une baisse de trois points de pourcentage (non indiqué).

Les résultats des régions Europe de l'Est/Asie centrale et Amérique latine/Caraïbes sont plus uniformes dans leur répartition entre les pays. Les cotes d'environ la moitié des pays sont en baisse lorsque les 12 éléments sont considérés, en hausse pour l'autre moitié.

Cotes régionales relatives aux questions supplémentaires

Bien qu'exclues du calcul des cotes générales de l'indice d'effort programmatique de planification familiale, les questions relatives aux justifications programmatiques, à l'accent mis sur les populations spéciales et à la qualité perçue du programme de planification familiale du pays contextualisent les cotes de l'indice et les améliorations possibles. Elles jettent aussi la lumière sur les différences programmatiques, de pays en pays et de région en région.

Globalement, les justifications les plus fréquentes des programmes nationaux de planification familiale sont la volonté d'améliorer la santé des femmes et d'éviter les naissances non désirées, à 76% de la cote maximum pour chaque argument (Tableau 4). Cette observation est similaire aux résultats obtenus dans le passé.¹¹ Réduire la maternité des adolescentes célibataires s'avère la priorité globale la plus faible, à 52%, sous forte influence toutefois de cotes particulièrement faibles en Asie/Océanie (49%) et au Moyen-Orient/Afrique du Nord (25%), où la maternité hors mariage reste taboue. Freiner la croissance démographique revêt étonnamment une très faible importance en

Asie centrale/Europe de l'Est, où la cote, à 11% à peine, est de près de 40 points de pourcentage inférieure à celle de la région qui la précède en ordre d'importance, l'Afrique subsaharienne francophone et lusophone. Les deux régions les moins préoccupées par la réduction de la croissance démographique se trouvent aussi aux pôles opposés du spectre de la fécondité (non indiqué). Globalement, la question est cotée à 69%, en grande partie sous l'effet des cotes élevées de la région fort peuplée d'Asie/Océanie.

Le sous-groupe démographique recevant la plus grande attention est celui de résidence rurale, avec une cote globale de 69%. La région Asie/Océanie cote les résidentes des milieux ruraux comme le sous-groupe recevant le plus d'attention (75%), tandis que l'Asie centrale/Europe de l'Est identifie ce groupe comme en recevant le moins (38%), priorisant plutôt les jeunes célibataires, les femmes post-partum et celles post-avortement (42% à 56%). Globalement, à 40%, les jeunes célibataires sont perçues comme le sous-groupe recevant le moins d'attention, sous l'effet en partie des faibles cotes atteintes en Asie/Océanie (39%) et au Moyen-Orient/Afrique du Nord (20%). En revanche, la cote des jeunes célibataires en Amérique latine/Caraïbes est de 61%, reflétant peut-être l'acceptabilité sociale relative de l'activité sexuelle des jeunes en Amérique latine, par opposition, par exemple, à l'avortement. Ainsi, avec une cote d'environ 50%, les femmes post-avortement sont perçues comme la population spéciale la moins accentuée dans la région Amérique latine/Caraïbes, à plus de 10 points de pourcentage en deçà de toutes les autres populations spéciales (61% à 64%).

L'élément final du questionnaire invitait les répondants à coter la qualité générale des services de planification familiale dans leur pays. Globalement, la cote moyenne était de 55%, avec des cotes régionales relativement proches de cette valeur, Amérique latine/Caraïbes et Asie/Océanie en tête (57% chacune). (Ces deux régions présentent aussi les cotes totales d'effort programmatique de planification familiale les plus élevées.) L'Afrique subsaharienne anglophone présente la cote la plus faible en termes de qualité des services de planification familiale (52%).

DISCUSSION

La planification familiale dispose de programmes établis partout dans le monde: certains, en place depuis plusieurs décennies, se sont renforcés au fil du temps tandis que d'autres reçoivent toujours de faibles cotes. Ces cinq dernières années toutefois, les efforts programmatiques se sont intensifiés, par pays et par habitant, comme le montrent respectivement les cotes non pondérées et celles pondérées. Globalement, chaque composante programmatique s'est également renforcée ces cinq dernières années, en particulier au niveau de l'accès, suivi d'efforts améliorés sur le plan des politiques. L'adoption de la planification familiale exige un accès adéquat et bénéficie donc de son renforcement. L'amélioration du suivi-évaluation et des services, au niveau par exemple de l'absence d'incitation financière, de la prestation de services de retrait de

méthodes et d'une formation et d'un encadrement réguliers, assurera l'adoption volontaire, dans le contexte d'une approche basée sur les droits. Les justifications des programmes de planification familiale telles qu'évaluées ici varient au fil des ans, mais la plupart des programmes se concentrent aujourd'hui sur l'amélioration de la santé des femmes et des enfants, et sur l'habilitation des femmes à éviter les naissances non désirées.

Si l'indice d'effort programmatique 2014 révèle un progrès global constant de l'effort programmatique de planification familiale sur le plan des quatre principales composantes, les cotes supérieures restent éloignées du maximum possible, indiquant la possibilité d'une plus grande amélioration au niveau des pays comme des régions. De plus, la qualité des programmes est cotée uniformément à environ 50% du maximum dans toutes les régions, indiquant également combien les experts nationaux estiment qu'il reste du chemin à parcourir.

En dépit d'améliorations régulières de l'effort programmatique, les besoins non satisfaits demeurent élevés dans beaucoup de pays en développement,^{12,13} signe de lacunes d'accès, de services ou de politiques que ni le secteur public, ni le privé n'ont encore résolues. Les données d'enquête font toujours état de proportions considérables de naissances trop peu espacées, de rangs de naissance supérieurs à trois et de maternité à l'adolescence – autant de caractéristiques liées à de fâcheux résultats maternels et infantiles.¹⁴⁻¹⁶ Conséquence d'un accès insuffisant à la planification familiale, de services médiocres ou d'environnements sociopolitiques contraires, les naissances inopportunes ou non désirées persistent et exacerbent les besoins non satisfaits. L'amélioration considérable de l'accès, des services et des politiques peut amoindrir les besoins non satisfaits en levant les obstacles à l'adoption de la planification familiale, tout en accroissant potentiellement aussi la demande contraceptive.^{9,17} Quoi qu'il en soit, la réponse aux besoins non satisfaits et la prévention des grossesses et naissances non désirées soulageront la pression qui pèse sur les secteurs sanitaires, économiques et sociaux, donnant lieu à des retombées positives aussi au niveau des ménages, des communautés et de la nation.

De nombreuses voies s'ouvrent aux gouvernements nationaux et infranationaux pour l'amélioration des programmes de planification familiale et la résolution des insuffisances sur le plan des politiques, des services, du suivi-évaluation, de l'accès et de l'adoption. Les gouvernements peuvent poursuivre l'amélioration de l'environnement politique et d'accès à la planification familiale à travers l'élimination des goulots d'étranglement au niveau de la chaîne logistique – en facilitant par exemple l'importation ou la production locale de contraceptifs – ainsi que l'amélioration d'un environnement favorable à l'offre de services et de fournitures par le secteur privé. Ils peuvent aussi rendre publiques les déclarations de dirigeants éminents favorables à la planification familiale, tout en levant par ailleurs les restrictions aux publicités dans les médias. Les programmes peuvent mieux atteindre les personnes

les plus vulnérables et les plus nécessiteuses en proposant une gamme complète de méthodes et services aisément accessibles à toutes les femmes, même célibataires, adolescentes, migrantes, des populations mobiles et des milieux pauvres et ruraux. Ces efforts peuvent tirer parti des canaux traditionnels des cliniques publiques ou de l'approche par les agents de terrain, aussi bien que des méthodes d'approche plus innovantes telles que la santé mobile (par exemple, les cliniques ou services de santé mobiles soutenus par les téléphones mobiles) ou le franchisage social. Dans un monde de plus en plus urbain, les canaux d'accès aux populations mobiles ou isolées, aux jeunes ou aux pauvres des villes, devront s'adapter pour servir les femmes dont l'accès et l'indépendance sont les plus limités mais qui présentent peut-être les plus grands besoins. Enfin, à l'heure où les naissances bénéficient de plus en plus d'une assistance professionnelle à l'accouchement, il convient de saisir l'occasion du post-partum comme point crucial de contact pour conseiller les femmes au sujet de leurs besoins de planification familiale, dans le secteur public comme privé.

Par suite de la vague 2014 de l'indice d'effort programmatique de planification familiale, les données nationales et régionales à jour actuellement disponibles dans le domaine public permettent aux responsables politiques, aux planificateurs programmatiques et aux chercheurs en planification familiale d'examiner plus en profondeur les forces et les faiblesses des programmes, de renouveler l'engagement des parties prenantes et de définir les priorités d'amélioration à venir. Les enseignements pertinents peuvent être tirés, en vue de l'amélioration des politiques et des programmes ainsi que de l'ajustement aux contextes programmatiques changeants, concernant notamment la décentralisation, l'intégration, le renversement des financements et l'attention aux populations spéciales. Enfin, les mécanismes de suivi longitudinal tels que l'indice d'effort programmatique de la planification familiale dotent les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les organismes internationaux d'outils qui leur permettent d'affecter plus efficacement les ressources, d'identifier les lacunes et de concevoir des approches d'amélioration programmatique spécifiquement adaptées à chaque pays.

RÉFÉRENCES

1. Hardee K et al., Voluntary, human rights-based family planning: a conceptual framework, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(1):1-18.
2. Lapham RJ et Mauldin WP, National family planning programs: review and evaluation, *Studies in Family Planning*, 1972, 3(3):29-52.
3. Ross JA et Stover J, The Family Planning Program Effort Index: 1999 cycle, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(3):119-129.
4. Lapham RJ et Mauldin WP, Family planning program effort and birthrate decline in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 1984, 10(4):109-118.
5. Lapham RJ et Mauldin WP, Contraceptive prevalence: the influence of organized family planning programs, *Studies in Family Planning*, 1985, 16(3):117-137.
6. Jain AK et Ross JA, Fertility differences among developing countries: Are they still related to family planning program efforts and social settings? *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 38(1):15-22.
7. Cates W, Jr. et al., Global development. Family planning and the Millennium Development Goals, *Science*, 2010, 329(5999):1603.
8. Nations Unies (ONU), *Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, New York, États-Unis: ONU, 2015.
9. Family Planning 2020, *Family Planning 2020*, 2015, <http://www.familyplanning2020.org>.
10. ONU, Département des affaires économiques et sociales, Division de la Population, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, 2013, <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.
11. Ross J et Smith E, Trends in national family planning programs, 1999, 2004 and 2009, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):125-133.
12. Cleland J, Harbison S et Shah IH, Unmet need for contraception: issues and challenges, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):105-122.
13. Bongaarts J, The impact of family planning programs on unmet need and demand for contraception, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):247-262.
14. The Alan Guttmacher Institute (AGI), Family planning can reduce high infant mortality levels, *Issues in Brief*, New York, États-Unis: AGI, 2002, http://www.guttmacher.org/pubs/ib_2-02.html.
15. Rutstein SO, Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys, *DHS Working Papers*, Calverton, MD, États-Unis: Macro International, 2008, n° 41.
16. Ahmed S et al., Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries, *The Lancet*, 2012, 380(9837):111-125.
17. Madsen EL, Kuang B et Ross J, Tracking changes in states of contraceptive use over time in sub-Saharan Africa through cohort and period analyses, *Journal of Biosocial Science*, 2015, 47(3):329-344.

Remerciements

Les auteurs remercient John Ross pour sa révision de l'article et ses suggestions utiles. Cette étude a bénéficié d'une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates et de l'organisme USAID (United States Agency for International Development) dans le cadre du projet Health Policy Project, en vertu de l'accord de coopération Co-operative Agreement No. AID-OAA-A-10-00067. Les opinions exprimées sont celles des auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement celles d'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Coordonnées de l'auteur: Bernice.Kuang@thepalladiumgroup.com

ANNEXE 1. Cotes totales et de composantes pondérées de l'indice d'effort programmatique de planification familiale, sous forme de pourcentage de la cote maximum possible, par pays, 2014

Pays	Total	Politiques	Services	Suivi-évaluation	Accès (nouvelle mesure - 12 points)	Accès (mesure initiale - 7 points)
Asie/Océanie						
Afghanistan	31,1	32,3	32,4	37,0	27,4	33,3
Bangladesh*	65,9	72,7	60,9	66,7	66,7	71,9
Chine*	67,9	73,9	63,1	57,4	71,6	72,5
Cambodge*	55,4	60,7	53,8	53,3	54,0	56,7
Inde*	55,2	61,9	54,3	53,6	52,2	59,8
Indonésie*	53,1	60,8	50,3	50,2	51,9	54,4
Malaisie*	63,2	59,5	60,3	73,3	66,2	65,6
Myanmar*	40,9	46,5	39,0	39,3	39,7	39,2
Népal*	56,6	65,4	55,2	51,5	53,6	57,5
Pakistan*	47,7	54,2	46,4	41,9	46,1	46,3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	34,3	30,8	30,3	39,5	39,8	36,9
Philippines*	54,8	71,4	54,2	60,2	43,1	45,8
Sri Lanka	62,4	57,7	63,3	69,8	62,6	55,8
Thaïlande	71,5	68,3	69,7	74,7	74,7	73,7
Timor-Leste	32,8	33,1	29,4	35,9	35,7	35,2
Vietnam*	66,9	75,0	62,4	62,0	67,8	73,2
Asie centrale/Europe de l'Est						
Arménie	32,1	31,9	25,5	32,2	39,2	37,7
Azerbaïdjan	35,1	41,8	23,7	28,5	44,8	44,9
Géorgie	48,3	48,6	35,7	46,5	62,3	58,9
Kazakhstan*	40,5	47,4	29,3	31,9	50,2	49,8
Kirghizstan*	51,4	44,2	51,2	74,3	50,6	55,6
Moldavie	48,4	54,0	41,0	55,1	51,0	57,2
Mongolie	57,1	50,5	60,1	65,5	56,1	59,5
Roumanie	34,2	40,0	27,6	28,3	39,0	40,8
Russie	38,2	34,7	22,9	44,1	55,8	55,0
Tadjikistan*	63,4	63,3	54,4	61,1	73,9	75,4
Turquie*	38,5	38,6	30,3	53,0	43,8	39,6
Turkménistan	67,4	49,9	66,8	68,3	79,4	76,2
Ukraine	42,0	45,6	34,1	46,3	47,2	48,5
Ouzbékistan*	64,7	76,4	65,8	58,7	57,0	71,0
Moyen-Orient/Afrique du Nord						
Algérie	48,3	64,3	52,6	59,9	30,2	30,4
Égypte*	50,1	53,5	49,8	53,7	47,2	48,5
Iran	39,2	27,9	42,7	56,2	38,6	30,8
Irak	39,4	30,1	35,8	55,6	45,5	47,9
Jordanie*	60,0	62,2	58,1	63,3	59,7	57,5
Liban	44,9	37,7	39,1	37,0	53,3	58,0
Libye	16,7	11,3	2,5	0,2	39,9	49,0
Maroc*	61,5	70,1	59,6	77,5	53,7	53,7
Oman	59,3	50,2	58,3	65,7	64,8	69,4
Tunisie	71,8	76,7	67,8	73,3	72,5	70,1
Yémen*	45,8	49,4	41,2	47,1	48,2	49,3
Amérique latine/Caraïbes						
Bolivie*	47,0	43,9	43,0	63,4	49,2	52,0
Costa Rica*	47,6	58,1	43,3	45,8	45,8	55,0
République dominicaine*	49,1	58,3	43,2	40,7	51,4	51,3
Équateur*	45,8	46,8	37,5	29,9	58,1	53,2
El Salvador*	50,0	45,9	48,8	55,6	52,7	60,0
Guatemala*	34,5	33,6	30,7	29,0	40,7	40,1
Haiti*	50,3	63,9	42,8	50,7	49,3	47,9
Honduras*	54,0	55,1	51,9	65,0	52,7	56,3
Jamaïque*	65,2	76,6	60,3	74,2	60,6	59,4
Mexique*	59,1	62,0	48,2	62,7	68,3	67,1
Nicaragua*	63,4	61,8	67,6	68,7	58,6	68,8
Panama*	37,4	40,5	32,2	36,1	41,3	41,8
Paraguay*	43,4	44,9	42,1	47,7	42,6	45,8
Pérou*	41,3	46,3	33,6	49,6	44,2	41,2
Trinité-et-Tobago	52,1	61,3	51,7	45,7	47,9	53,3
Afrique subsaharienne anglophone						
Érythrée	43,6	48,3	38,9	44,4	45,5	51,4
Éthiopie*	59,0	72,2	56,4	50,9	54,9	53,2
Gambie	46,5	39,1	44,6	46,9	53,5	52,1
Ghana*	53,8	56,5	50,2	67,6	52,6	49,9
Kenya	49,4	61,6	42,3	44,4	50,2	46,6
Lesotho*	42,2	48,8	39,1	39,1	41,9	40,9
Libéria	45,7	58,4	40,3	47,8	42,5	40,6

Pays	Total	Politiques	Services	Suivi-évaluation	Accès (nouvelle mesure - 12 points)	Accès (mesure initiale - 7 points)
Malawi*	47,6	45,8	46,1	53,7	48,9	46,6
Maurice	64,7	52,8	63,2	79,3	70,6	68,7
Namibie	51,2	66,1	46,3	54,5	45,7	51,9
Nigeria*	40,7	50,1	37,7	37,1	38,6	38,5
Afrique du Sud*	60,8	66,0	53,7	60,4	65,3	68,3
Soudan du Sud	22,5	33,1	22,0	18,1	17,0	19,3
Swaziland	52,3	50,3	49,4	66,4	53,3	51,5
Tanzanie*	46,7	47,5	42,6	49,3	49,9	50,2
Ouganda*	51,0	62,4	48,4	45,9	47,4	45,8
Zambie*	43,9	50,0	41,8	41,8	42,8	43,1
Zimbabwe	58,7	60,4	63,1	60,8	52,3	51,9
Afrique subsaharienne francophone/ lusophone						
Bénin*	57,3	59,0	58,1	68,7	52,3	50,6
Burundi	55,7	61,6	53,5	58,5	53,4	52,1
Cameroun*	38,6	42,4	36,0	33,1	40,3	42,3
Tchad*	45,6	53,9	43,1	49,5	41,7	42,1
Congo*	38,1	41,9	36,9	34,1	37,7	37,2
Rép. démocratique du Congo	40,2	51,3	34,5	51,5	36,3	31,4
Côte d'Ivoire*	43,5	55,1	41,4	51,9	36,0	37,1
Guinée Bissau	43,3	34,7	43,9	44,5	48,1	49,2
Madagascar*	47,3	46,8	48,2	48,7	46,4	45,1
Mali*	50,9	54,6	51,9	54,0	46,7	46,3
Mauritanie*	24,1	25,3	21,3	23,6	26,5	31,6
Mozambique*	43,1	42,9	38,1	64,1	43,4	46,3
Niger*	49,9	54,9	50,6	56,6	44,0	43,0
Rwanda	73,5	85,9	70,0	71,4	69,5	67,6
Sénégal*	55,3	50,3	53,1	62,5	59,2	56,9
Togo	50,3	53,8	46,1	65,6	48,9	52,4

*Parmi les 54 pays suivis depuis 1999.