



état de la population mondiale 2022

COMPRENDRE L'IMPERCEPTIBLE

**Agir pour résoudre la crise oubliée
des grossesses non intentionnelles**

État de la population mondiale 2022

Ce rapport a été élaboré sous l'égide de la Division des communications et partenariats stratégiques de l'UNFPA.

RÉDACTEUR EN CHEF

Ian McFarlane

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédactrice principale : Rebecca Zerzan
Directrice artistique : Katie Madonia
Rédactrice des reportages : Janet Jensen
Révisseuse des reportages : Lisa Ratcliffe
Responsables de l'édition numérique :
Katie Madonia, Rebecca Zerzan
Conseiller pour l'édition numérique :
Hanno Ranck

CONSEILLÈRE PRINCIPALE

À LA RECHERCHE :

D^r Nuriye Ortayli

CONSEILLERS PRINCIPAUX :

Daniel Baker, Gilda Sedgh

AUTEURS ET CHERCHEURS :

Daniel Baker, Sarah Keogh,
Gretchen Luchsinger, Mindy Roseman,
Gilda Sedgh, Julie Solo

CONSEILLERS TECHNIQUES UNFPA :

Satvika Chalasani, Witness Chirinda,
Jennie Greaney, Mengjia Liang, Yann Lacayo

ILLUSTRATIONS ORIGINALES RÉALISÉES POUR CE RAPPORT :

Fidel Évora

Les illustrations originales incluent des visuels de plusieurs photographes. Une liste des documents source est disponible à la page 156.

CARTES ET DÉSIGNATIONS

Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières.



REMERCIEMENTS

L'UNFPA remercie les personnes suivantes d'avoir partagé des moments de leur vie privée et professionnelle dans le cadre du présent rapport : Yajaira Alberto, El Salvador ; D^r Ayse Akin, Turquie ; Anisa T. Arab, Philippines ; Theresa Batitis, Philippines ; Norhaifa Bocarie, Philippines ; Martha Brady, États-Unis d'Amérique ; Rebecca Callahan, États-Unis d'Amérique ; « Dalila » (pseudonyme), El Salvador ; Sylvia Farmer, Sierra Leone ; D^r Demet Güral, Turquie ; Mangenda Kamara, Sierra Leone ; Dankay Kanu, Sierra Leone ; Gregory Kopf, États-Unis d'Amérique ; Rahmadina Talusan Malang, Philippines ; Logan Nickels, États-Unis d'Amérique ; Lucy November, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Rahma Samula, Philippines ; Mamusu Sesay, Sierra Leone ; Kevin Shane, États-Unis d'Amérique ; Mukul Sinha, Inde ; Fatmata Sorie, Sierra Leone ; Jamanya Square, Sierra Leone ; Sittie Nashiban Tabua, Philippines ; Heather Vadhat, États-Unis d'Amérique.

Selinde Dulckeit, responsable du Service des médias et des communications de l'UNFPA, a livré de précieuses observations sur les versions préliminaires de ce rapport, de même que D^r Julitta Onabanjo, directrice technique de l'UNFPA, et Anneka Knutsson, responsable du Service de santé sexuelle et reproductive de l'UNFPA. Mentionnons également le concours actif de plusieurs membres du bureau de la directrice exécutive, à commencer par Pio Smith, chef de cabinet, ainsi que Teresa Buerkle, Sam Choritz et Anne Wittenberg.

Plusieurs collègues de l'UNFPA et d'autres personnes à travers le monde ont participé à la rédaction des reportages et d'autres textes, ou ont dispensé des conseils techniques : Samir Aldarabi, Agnes Chidanyika, Jacob Enoch Eben, Jens-Hagen Eschenbaeher, Rose Marie Gad, Sonia Gilroy, Lourdes Gordolan, Mario Iraheta, Daisy Leoncio, Nouran Makhoul, Rebecca Moudio, Margarita O'Farrill, Priyanka Pruthi, Alvaro Serrano, John Sesay, Walter Sotomayor, Federico Tobar et Roy Wadia.

Des collègues du Service de la population et du développement de l'UNFPA ont fourni les données liées aux indicateurs ainsi que des conseils techniques.

Les rédacteurs tiennent à remercier les différents partenaires pour leur contribution : les chercheurs de l'institut Guttmacher, en particulier Jonathan Bearak et Anna Popinchalk ; les experts de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, en particulier Vladimira Kantorova ; Stephen Kisambira, Joseph Molitoris et Karoline Schmid ; Ann Garbett, chercheuse de troisième cycle à l'université de Southampton ; ainsi que les experts d'Avenir Health, en particulier Jessica Williamson. Richard Kollodge, rédacteur principal, a également joué un rôle déterminant dans l'élaboration du présent rapport.

Conception et production des versions imprimée et interactive : Prographics, Inc.

NOTE CONCERNANT LA TERMINOLOGIE

Lorsque nous abordons le sujet des grossesses non intentionnelles, la langue revêt une importance toute particulière. Les expressions « grossesse non intentionnelle » et « grossesse non désirée » désignent deux réalités différentes, tout comme les termes « personnes enceintes » et « mères ». Les femmes et les filles ne sont pas les seules à porter la vie, car les hommes transgenres et les personnes non binaires peuvent concevoir et concevoir des enfants (Clements, 2018). Ces personnes se heurtent également à des obstacles de taille pour accéder à des soins de santé sexuelle et reproductive et à des moyens de contraception sans être jugées, ce qui les expose à un risque accru de grossesse non intentionnelle. Précisons que la majeure partie des données utilisées dans le présent rapport sont issues d'enquêtes et d'études pour lesquelles des femmes et des filles ont été sondées. Élargir les conclusions tirées de ces données pour y inclure les personnes de genre divers pourrait conduire à des inexactitudes, voire à passer sous silence les préoccupations spécifiques aux minorités sexuelles. Par conséquent, le présent rapport fait le plus souvent référence aux risques de grossesse auxquels sont exposées les femmes et les filles, tout en reconnaissant que ces mêmes risques pèsent également sur les personnes de genre divers dans de nombreuses régions du monde. En outre, des définitions sont proposées tout au long du rapport afin de mettre en lumière les nuances de sens entre certains termes tels que « grossesse non intentionnelle », « grossesse non désirée », « grossesse non planifiée » et « besoin non satisfait », leur usage courant ainsi que leurs limites.

ASSURER LES DROITS ET LES CHOIX POUR TOUS



état de la population mondiale 2022

COMPRENDRE L'IMPERCEPTIBLE

Agir pour résoudre la crise oubliée
des grossesses non intentionnelles

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 4

DÉFINITIONS 6



CHAPITRE 1

*Une crise ignorée
qui se déroule
sous nos yeux*

PAGE 9

GROS PLAN : Les facteurs
contribuant aux grossesses
non intentionnelles et les
issues de ces grossesses 17

CHAPITRE 2

*Une réalité avérée :
Le manque de
développement
favorise la prévalence
des grossesses non
intentionnelles*

PAGE 19

GROS PLAN : Les grossesses
adolescentes et la question
du choix 30

REPORTAGE : La grossesse
chez les adolescentes :
l'illusion d'un choix 34

CHAPITRE 3

*Un risque qui
n'épargne aucune
femme : quand
l'érosion du libre
arbitre entraîne
des grossesses non
intentionnelles*

PAGE 37

REPORTAGE : Violence, coercition
et érosion du libre arbitre 48

REPORTAGE : Quand la
contraception est inefficace 52

GROS PLAN : Efficacité, effets
secondaires et effets bénéfiques
des contraceptifs 58

TÉMOIGNAGES : Questionnaire 60



CHAPITRE 4

Révéler les obstacles à la liberté de choix

PAGE 67

REPORTAGE : Contraceptifs masculins : pourquoi se font-ils tant attendre ? 70

REPORTAGE : La planification du changement 86

GROS PLAN : Dans quels pays les lois et les politiques permettent-elles aux femmes d'éviter les grossesses non intentionnelles ? 88

CHAPITRE 5

Les coûts cachés des grossesses non intentionnelles

PAGE 91

GROS PLAN : Où et dans quelle mesure les besoins en matière de contraception ne sont-ils pas satisfaits ? Les enseignements des programmes de planification familiale de l'UNFPA 102

CHAPITRE 6

Le libre arbitre, un pilier du Programme de développement durable à l'horizon 2030

PAGE 107

INDICATEURS 119

NOTES TECHNIQUES . 138

RÉFÉRENCES 143

AVANT-PROPOS



Bâtir un monde où chaque grossesse est désirée. Cet objectif est un pilier central de la mission du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).

Chaque être humain a le droit de disposer de son corps, et dans l'exercice de ce droit, rien n'est plus fondamental que la capacité à décider de concevoir ou non un enfant, quand et avec qui devenir parent.

Le droit fondamental de déterminer librement et consciemment l'étendue de sa famille et l'échelonnement des naissances a été reconnu dans de nombreux accords internationaux relatifs aux droits humains au cours des cinq dernières décennies. En parallèle, le monde a connu une amélioration notable de l'accès à des moyens de contraception efficaces et modernes, l'une des principales conquêtes de l'histoire récente en matière de santé publique.

Mais pour quelles raisons près de la moitié des grossesses demeurent-elles non intentionnelles ?

En 1994, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a reconnu que la promotion, l'autonomie et l'égalité pleine et entière des femmes sont indispensables à l'accomplissement de progrès sociaux et économiques. Ces objectifs constituent aujourd'hui des éléments essentiels en vue de la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Celui-ci reconnaît explicitement le rôle de la santé sexuelle et reproductive et de l'égalité des genres pour garantir un avenir plus prospère, et définit des indicateurs spécifiques relatifs à la capacité d'action des femmes et des adolescentes dans la prise de décisions éclairées concernant leurs

relations sexuelles, l'utilisation de méthodes contraceptives et les soins de santé reproductive.

Pour ces raisons, l'UNFPA axe son travail sur l'amélioration de l'accès aux informations et services dont les femmes et les adolescentes ont besoin pour faire valoir leurs droits et leurs choix en matière de procréation, ce qui contribue à l'égalité des genres, leur donne plus de pouvoir sur leur existence et leur permet de réaliser leur plein potentiel.

Nous savons que les grossesses non intentionnelles peuvent avoir des répercussions considérables, tant sur la santé, l'éducation et l'avenir d'un individu que sur les systèmes de santé, les effectifs des différentes professions et les sociétés dans leur ensemble. Il convient donc de se poser la question suivante : pour quelles raisons des mesures supplémentaires n'ont pas été prises afin de garantir le droit de toute personne à disposer de son corps ?

Le sujet abordé dans le présent rapport est délicat, en partie parce qu'il nous concerne toutes et tous. Rares sont les personnes qui n'ont aucune expérience en mémoire, qu'elles aient elles-mêmes vécu une grossesse non intentionnelle ou qu'elles connaissent une femme ayant été confrontée à cette situation. Pour certaines, il s'agit d'une crise personnelle, mais pour d'autres, cet événement, censé être heureux, cache une tout autre réalité.

Au-delà de la situation personnelle de chacune, les grossesses non intentionnelles ont des causes sociétales profondes et des conséquences à l'échelle mondiale. Le présent rapport ne porte donc ni sur les enfants non souhaités, ni sur les grossesses accidentelles vécues comme une chance, ni sur la maternité.

S'il est impossible d'écarter le sujet de l'avortement – plus de 60 % des grossesses non intentionnelles se terminent de cette manière – ce n'est pas non plus l'objet de ce rapport. Il examine plutôt la situation précédant une grossesse non intentionnelle, le moment où la capacité de décision d'une personne ou d'un couple est sérieusement compromise, ainsi que les nombreuses conséquences qui en découlent et pèsent sur les individus et les sociétés pendant des générations.

Les études originales réalisées par les auteurs et les données récentes collectées par les organisations partenaires nous indiquent que la honte, la stigmatisation, la peur, la pauvreté, l'inégalité de genre et de multiples autres facteurs réduisent la capacité des femmes et des filles à opérer des choix, à solliciter et se procurer des moyens contraceptifs, à négocier l'usage du préservatif avec leur partenaire, à faire entendre leur voix et à concrétiser leurs souhaits et ambitions. Le présent rapport soulève avant tout des questions engagées et dérangeantes sur la valorisation des femmes et des filles dans le monde au-delà de leurs capacités reproductives. Afin de reconnaître pleinement leur valeur et de leur permettre de participer activement à la vie de la société, nous devons veiller à ce qu'elles disposent des outils, des informations et des capacités nécessaires pour prendre des décisions fondamentales de manière autonome.

Il est impossible de déterminer avec certitude, encore moins de chiffrer, le coût global des grossesses non intentionnelles. Toutefois, de plus en plus d'éléments mettent en lumière d'importants coûts d'opportunité, qu'ils soient engendrés par les corrélations entre les taux de grossesses non intentionnelles et les faibles

scores de développement humain, les frais de santé chiffrés en milliards de dollars qui y sont associés, ou encore les taux toujours élevés d'avortements non médicalisés et de décès maternels qui en découlent. Les avortements non médicalisés constituent l'une des principales causes de mortalité maternelle avec plus de 800 décès survenant chaque jour. C'est un coût que le monde ne peut pas supporter.

Alors que se profile 2030, l'échéance fixée pour la réalisation des objectifs de développement durable et des objectifs transformateurs poursuivis par l'UNFPA, nous n'avons que peu de temps pour mettre fin à la non-satisfaction des besoins en matière de planification familiale, aux décès maternels évitables, à la violence basée sur le genre et aux pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines et le mariage des enfants. L'heure est venue d'intensifier les efforts, et non de battre en retraite, afin de transformer la vie des femmes et des filles et d'atteindre les plus délaissées. Prévenir les grossesses non intentionnelles est le premier défi – une étape non négociable. Lorsque les individus sont en mesure de prendre de véritables décisions éclairées pour leur santé, leur corps et leur avenir, ils peuvent contribuer à rendre les sociétés plus prospères et le monde plus durable, juste et équitable.

Dr Natalia Kanem

Directrice exécutive

Fonds des Nations Unies pour la population

DÉFINITIONS

Les définitions relatives à la contraception et aux grossesses non intentionnelles sont souvent problématiques. Il est fréquent que des termes couramment acceptés dans une communauté soient incompréhensibles ailleurs. Ce rapport s'intéresse à certains de ces termes et à leurs usages, en mettant en évidence ceux qui prêtent à confusion, induisent en erreur ou sont employés de plusieurs manières différentes.

GROSSESSE NON

INTENTIONNELLE (NOM) –

GROSSESSE INOCCUPANTE, SURVENANT PLUS TÔT QUE SOUHAITÉ, OU ALORS QUE LA FEMME N'A PAS PRÉVU D'AVOIR (D'AVANTAGE) D'ENFANTS. CETTE DÉFINITION S'APPLIQUE QUELLE QUE SOIT L'ISSUE DE LA GROSSESSE (AVORTEMENT, FAUSSE COUCHE OU NAISSANCE NON PLANIFIÉE).

SYNONYME : GROSSESSE NON PLANIFIÉE.

ELLE PEUT ÊTRE
DÉSIRÉE OU
NON DÉSIRÉE

PLANIFICATION FAMILIALE (NOM) –

INFORMATIONS, MOYENS ET MÉTHODES PERMETTANT AUX INDIVIDUS DE DÉCIDER S'ILS SOUHAITENT OU NON AVOIR DES ENFANTS ET À QUEL MOMENT. LA PLANIFICATION FAMILIALE PASSE PAR UN LARGE ÉVENTAIL DE MOYENS DE CONTRACEPTION ET DE MÉTHODES NON INVASIVES TELLES QUE LA MÉTHODE DU CALENDRIER ET L'ABSTINENCE. ELLE CONSISTE ÉGALEMENT À DONNER DES INFORMATIONS SUR LA MANIÈRE DE CONCEVOIR UN ENFANT LORSQU'UNE GROSSESSE EST SOUHAITÉE, AINSI QUE SUR LE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ.

REMARQUE D'USAGE : LE TERME « PLANIFICATION FAMILIALE » N'EST PAS TOTALEMENT INCLUSIF, NI ÉVOCATEUR POUR CERTAINES POPULATIONS. (PAUL ET AL., 2019).

SYNONYMES : CONTRACEPTION, CONTRÔLE DES NAISSANCES.

GROSSESSE NON DÉSIRÉE (NOM) –

1. GROSSESSE NON SOUHAITÉE PAR LA FEMME QUI LA VIT.
2. (ACADÉMIQUE) DANS LES ENQUÊTES, GROSSESSE SURVENUE ALORS QU'UNE FEMME NE SOUHAITAIT PAS AVOIR D'ENFANT, OU PAS D'AUTRES ENFANTS. LA DÉFINITION ACADÉMIQUE NE TIEN PAS COMPTE DU FAIT QU'UNE FEMME PEUT FINALEMENT BIEN ACCUEILLIR SA GROSSESSE UNE FOIS ENCEINTE, MÊME SI ELLE NE PRÉVOYAIT PAS D'AVOIR (D'AVANTAGE) D'ENFANTS.

REMARQUE D'USAGE : IL EST RECOMMANDÉ DE NE PAS UTILISER LE TERME « GROSSESSE NON DÉSIRÉE » COMME SYNONYME DE « GROSSESSE NON INTENTIONNELLE ».

ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ (NOM) -

PROCESSUS D'ENSEIGNEMENT ET D'APPRENTISSAGE FONDÉ SUR UN PROGRAMME PORTANT SUR LES ASPECTS COGNITIFS, AFFECTIFS, PHYSIQUES ET SOCIAUX DE LA SEXUALITÉ. L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ VISE À DOTER LES ENFANTS ET LES JEUNES DE CONNAISSANCES, D'APTITUDES, D'ATTITUDES ET DE VALEURS QUI LEUR DONNERONT LES MOYENS DE S'ÉPANOUIR - DANS LE RESPECT DE LEUR SANTÉ, DE LEUR BIEN-ÊTRE ET DE LEUR DIGNITÉ -, DE DÉVELOPPER DES RELATIONS SOCIALES ET SEXUELLES RESPECTUEUSES, DE RÉFLÉCHIR À L'INCIDENCE DE LEURS CHOIX SUR LEUR BIEN-ÊTRE PERSONNEL ET SUR CELUI DES AUTRES ET, ENFIN, DE CONNAÎTRE LEURS DROITS ET DE LES DÉFENDRE TOUT AU LONG DE LEUR VIE (UNESCO ET AL., 2018).

SYNONYMES : ÉDUCATION AUX COMPÉTENCES DE LA VIE COURANTE, ÉDUCATION À LA VIE DE FAMILLE, ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ, ÉDUCATION SEXUELLE.

GROSSESSE INOCCUPORTUNE (NOM)

1. GROSSESSE SURVENANT DANS LA VIE D'UNE FEMME À UN MOMENT OÙ CELLE-CI N'AVAIT PAS L'INTENTION DE TOMBER ENCEINTE, BIEN QU'ELLE SOUHAITE AVOIR UN ENFANT PLUS TARD.

2. (ACADÉMIQUE) DANS LES ENQUÊTES, IL S'AGIT GÉNÉRALEMENT D'UNE GROSSESSE SURVENANT AU MOINS DEUX ANS AVANT LE MOMENT OÙ UNE FEMME AURAIT SOUHAITÉ AVOIR UN ENFANT.

REMARQUE D'USAGE : CES GROSSESSES SONT GÉNÉRALEMENT CONSIDÉRÉES COMME NON INTENTIONNELLES.

CONTRACEPTION (NOM) -

ACTE CONSISTANT À PRÉVENIR VOLONTAIREMENT LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE AU MOYEN DE DISPOSITIFS, DE PRATIQUES, DE MÉDICAMENTS OU DE PROCÉDURES CHIRURGICALES (BANSODE ET AL., 2021 ; JAIN ET MURALIDHAR, 2011). ON DISTINGUE GÉNÉRALEMENT CONTRACEPTION « MODERNE » ET « TRADITIONNELLE », LES MOYENS DE CONTRACEPTION MODERNES ÉTANT DÉFINIS COMME CEUX « QUI S'APPUIENT SUR DES CONNAISSANCES SOLIDES EN BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION, DONT L'UTILISATION CORRECTE SUIT UN PROTOCOLE PRÉCIS ET DONT L'EFFICACITÉ EST AVÉRÉE » (FESTIN ET AL., 2016), TANDIS QUE LES MOYENS DE CONTRACEPTION TRADITIONNELS RENVOIENT AUX AUTRES MÉTHODES.

SYNONYMES : CONTRÔLE DES NAISSANCES, PLANIFICATION FAMILIALE.

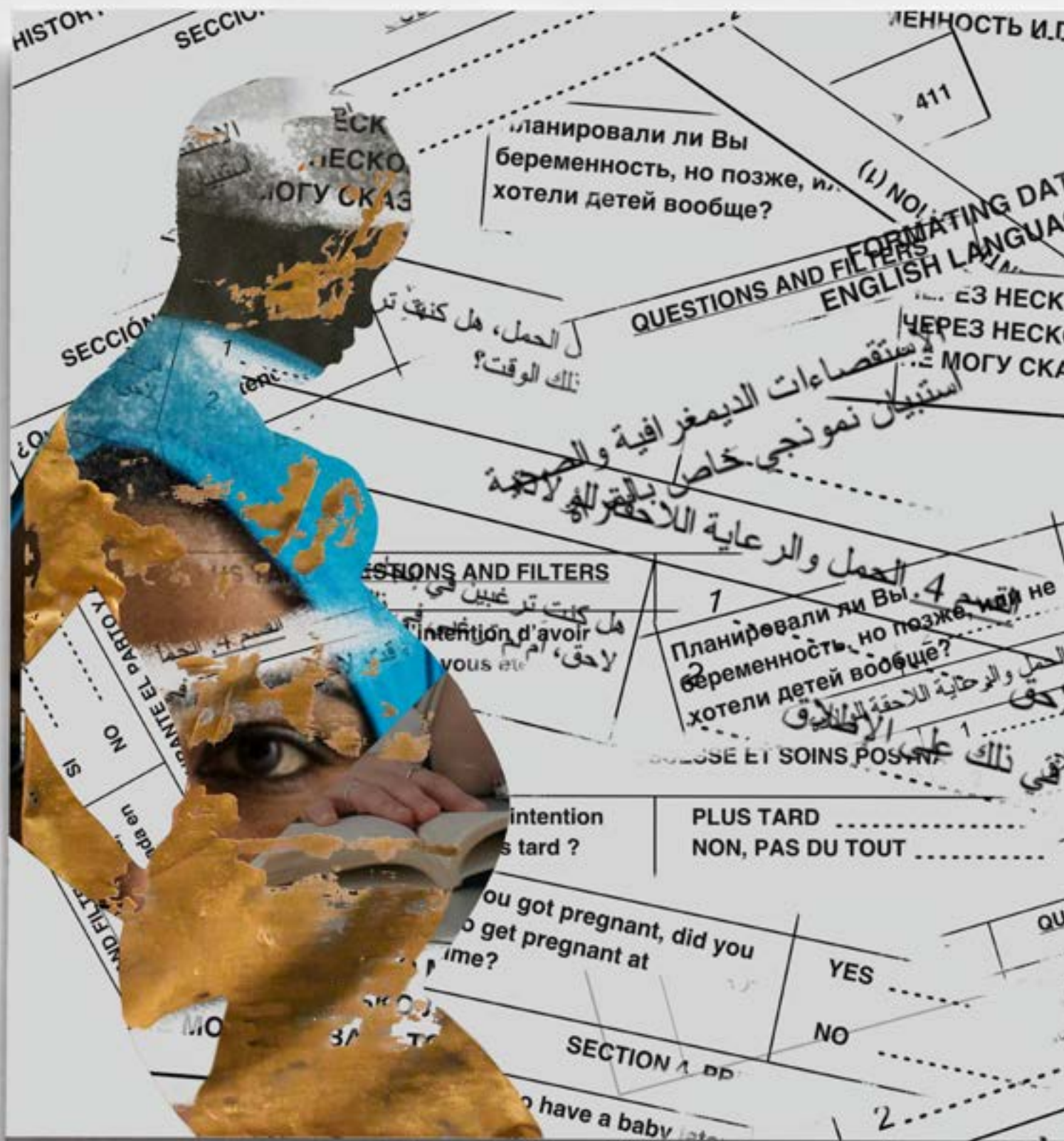
AVORTEMENT (NOM) -

1. (COURANT) INTERRUPTION DÉLIBÉRÉE D'UNE GROSSESSE AU MOYEN D'UNE PROCÉDURE OU DE L'UTILISATION DE MÉDICAMENTS. SYNONYMES : AVORTEMENT PROVOQUÉ, INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE.

2. (SURTOUT MÉDICAL) TOUTE EXPULSION PRÉMATURÉE DES PRODUITS DE LA CONCEPTION METTANT UN TERME À UNE GROSSESSE, QU'IL S'AGISSE D'UN AVORTEMENT PROVOQUÉ OU D'UNE FAUSSE COUCHE, AUSSI APPELÉE AVORTEMENT SPONTANÉ.

REMARQUE D'USAGE : LE TERME « AVORTEMENT » UTILISÉ DANS CE RAPPORT RENVOIE À L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.





Une crise ignorée qui se déroule sous nos yeux

Cinquante pour cent.

Il s'agit du pourcentage de grossesses qui ne sont pas le fait d'un choix délibéré de la part des femmes et des filles dans le monde (Bearak *et al.*, 2020).

Ce chiffre est extrêmement élevé. Lorsque l'on parle d'autonomie corporelle, rien n'est plus fondamental que la capacité de décider de concevoir ou non un enfant. Mais pour beaucoup trop de personnes, ce choix susceptible de bouleverser leur existence n'en est pas véritablement un.

Le droit fondamental de décider d'avoir ou non des enfants, du nombre et de l'espacement des naissances est consacré dans de nombreux accords internationaux (UNFPA, 1994 ; Assemblée générale des Nations Unies, 1989 ; Assemblée générale des Nations Unies, 1979).

Des moyens de contraception efficaces et modernes sont largement disponibles, mais ne sont toujours pas accessibles à toutes et à tous. Pour quelles raisons 50 % des grossesses sont-elles alors non planifiées et un grand nombre d'entre elles non désirées ?

Ce chiffre nous rappelle le nombre ô combien élevé de personnes, en particulier de femmes et de filles, qui ne sont pas en mesure d'exercer pleinement leurs droits fondamentaux. Il est le signe que les discriminations fondées sur le genre continuent de s'immiscer dans leur vie, mais également dans celle des personnes transgenres, non binaires ou qui expriment leur genre différemment. Il met en lumière de profondes carences en matière de droits, de justice, d'égalité des genres, de dignité humaine et de bien-être social au sens large.

Les nombreuses grossesses non planifiées et non désirées soulèvent des questions sur la manière dont les droits et le potentiel de plus de la moitié de l'humanité sont pris en compte et reconnus. Elles nous rappellent que le monde pourrait ne pas atteindre les objectifs de développement durable en matière de santé, d'éducation et d'égalité des genres, ce qui viendrait contrecarrer les ambitions partagées par l'ensemble de la communauté internationale.

Les nombreuses grossesses non planifiées et non désirées soulèvent des questions sur la manière dont les droits et le potentiel de plus de la moitié de l'humanité sont pris en compte et reconnus.

Une crise oubliée... et des raisons d'espérer

Le nombre annuel de grossesses non intentionnelles, estimé à 121 millions, soit 331 000 par jour en moyenne, prouve l'incapacité de la communauté internationale à garantir le respect d'un droit éminemment fondamental – une situation qui devrait encore s'aggraver. Les données récentes indiquent que le taux de grossesses non intentionnelles dans le monde a chuté entre 1990 et 2019 (Bearak *et al.*, 2020), mais la croissance constante de la population mondiale entraînera une augmentation continue du nombre absolu de ces grossesses si nous ne prenons pas de mesures concrètes.

Il sera encore plus difficile d'assurer les services de santé sexuelle et reproductive dont les personnes et les communautés ont besoin face aux profonds bouleversements engendrés par les changements climatiques, les conflits, les urgences de santé publique et les migrations massives. Ces tendances globales, conjuguées à une augmentation de la demande, mettront les systèmes de santé à rude épreuve, en particulier dans les pays les moins avancés, où les crises seront les plus aiguës et où les services et les ressources viennent déjà à manquer (Starrs *et al.*, 2018).

La communauté internationale s'est engagée à respecter une feuille de route fondée sur les droits, le Programme de développement durable à l'horizon 2030, en vue d'aider l'humanité à affronter ces changements colossaux. Ce cadre qui favorise le développement durable et inclusif reconnaît expressément aux cibles 3.7 et 5.6 le rôle de la garantie de la santé sexuelle et reproductive ainsi que de l'égalité des genres pour un avenir plus prospère. Ces cibles sont liées au droit de tout individu et de tout couple de décider d'avoir ou non des enfants, du nombre et de l'espacement des naissances, pour un monde où chaque grossesse est désirée et la vie de chaque enfant est valorisée.

Le présent rapport, qui se fonde sur une analyse originale (présentée dans le Chapitre 2), avance que le développement économique et social conjugué à des niveaux élevés d'égalité des genres est étroitement corrélé à des taux plus faibles de grossesses non intentionnelles. Complété par des données probantes sur les conséquences des grossesses non intentionnelles (Chapitre 5) sur les personnes et les sociétés, il confirme la nécessité absolue d'intensifier les efforts visant à garantir le respect des droits en matière de reproduction afin de réduire les grossesses de ce type.

De nombreux facteurs qui contribuent à la réduction des grossesses non intentionnelles sont également des objectifs de développement fondamentaux, qu'il s'agisse de la diminution de la pauvreté ou de l'amélioration de la santé maternelle. Le coût considérable (pour les personnes, les systèmes de santé et les sociétés dans leur ensemble) des avortements non médicalisés – un problème qui compromet les droits de la personne ainsi que le développement – illustre explicitement l'interdépendance des forces en jeu. Plus de 60 % des grossesses non intentionnelles aboutissent à un avortement, qu'il soit médicalisé ou non, légal ou illégal (Bearak *et al.*, 2020). Près de 45 % de l'ensemble des avortements étant non médicalisés (OMS, 2020), nous sommes face à une urgence de santé publique. Dans les pays en développement, environ 7 millions de femmes sont hospitalisées chaque année suite à un avortement non médicalisé (Singh et Maddow-Zimet, 2016), une situation dont le coût est estimé à 553 millions de dollars par an pour les dépenses liées au traitement post-avortement uniquement (Vlassoff *et al.*, 2008). On considère que ces hospitalisations ont entraîné près de 193 000 décès maternels entre 2003 et 2009 (Say *et al.*, 2014). En revanche, si nous réduisons le nombre de grossesses non intentionnelles, et par conséquent d'avortements non médicalisés, les systèmes de santé pourront consacrer des ressources à l'offre de services complets de santé sexuelle et reproductive, y compris de santé maternelle et néonatale, et réaliser des investissements aux retombées positives à tous les niveaux.



© UNFPA/Fidel Évora

La contraception, une composante essentielle... parmi d'autres

La contraception est l'un des domaines où nous devons absolument investir pour garantir la santé et les droits en matière de reproduction. Selon les estimations mondiales, 257 millions de femmes souhaitant éviter une grossesse n'ont pas recours à des méthodes contraceptives modernes et sûres, et parmi elles, 172 millions n'utilisent aucun moyen de contraception (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2021). Face à cette situation, l'UNFPA s'est employé à améliorer l'accès à la contraception en distribuant 724 millions de préservatifs masculins, 80 millions de plaquettes de contraceptifs oraux et des dizaines

de millions de contraceptifs supplémentaires rien qu'en 2020 (UNFPA, 2020). De nombreux autres gouvernements, organismes donateurs et organisations non gouvernementales ont également fourni de grandes quantités de contraceptifs.

Cependant, si ces produits sont d'une importance capitale, ils ne permettront pas à eux seuls de résoudre cette crise. Des études (détaillées plus avant au Chapitre 4) montrent que le manque d'informations sur les différents moyens de contraception et l'accès limité à ces derniers ne figurent plus parmi les causes principales de leur non-utilisation. Ces obstacles sont désormais éclipsés par des préoccupations relatives aux effets secondaires, aux mythes persistants, à la stigmatisation et à l'opposition de l'entourage. Pour s'attaquer aux facteurs à l'origine de ces besoins non satisfaits, nous devons prévoir un éventail de solutions beaucoup plus large.

Il faudra également déconstruire les idées reçues. Trop souvent, le terme « grossesse non intentionnelle » évoque l'image d'une adolescente non mariée qui suscite la pitié ou les moqueries, parfois les deux. En réalité, aucun moyen de contraception n'étant fiable à 100 % et la volonté de pratiquer l'abstinence se soldant souvent par un échec (ou étant annihilée par la pression, la coercition ou la violence), toute femme ou fille féconde en âge de procréer peut effectivement tomber enceinte de manière inattendue. Pour vaincre les idées reçues concernant les grossesses non intentionnelles, nous devons déployer des efforts résolus afin de faire évoluer les normes sociales discriminatoires, de s'attaquer aux lois entretenant cette stigmatisation et de continuer d'aider les adolescentes tout en élargissant la portée de nos interventions.

Le caractère sensible de cette problématique rend la situation d'autant plus complexe. La capacité d'une personne, ou son incapacité, à prendre des décisions se manifeste souvent dans les domaines les plus intimes de sa vie qui touchent aux fondements

de l'autonomie corporelle et des droits en matière de reproduction. Dans ces contextes, les femmes et les filles voient trop souvent leurs choix se limiter ou leur échapper à la moindre occasion. Une femme pourrait être dans l'incapacité de négocier l'usage du préservatif avec son partenaire. Comme 23 % des femmes pour lesquelles on dispose de données, elle ne sera peut-être pas en mesure de refuser les relations sexuelles (Nations Unies, 2022) et pourrait être victime d'un viol conjugal ou commis par un inconnu.

Si une jeune fille ne bénéficie pas d'une éducation complète à la sexualité dans le cadre scolaire, elle sera probablement mal informée sur le sujet. Elle pourrait ainsi tomber enceinte par défaut, sa vie ne lui offrant que peu de perspectives et de choix. Sans la possibilité d'achever sa scolarité, par exemple, elle ne verra probablement aucune raison de repousser l'arrivée de son premier enfant.

Elle n'aura peut-être aucun désir d'avoir un enfant, ce qui pourrait être jugé inacceptable par sa famille ou sa communauté. Le terme « planification familiale » n'étant pas parlant pour certains groupes, notamment les adolescents et les personnes ne souhaitant pas avoir d'enfant, le terme « contraception » sera privilégié dans le présent rapport.

Une grossesse non intentionnelle n'est pas nécessairement non désirée. Certaines grossesses non intentionnelles seront accueillies comme un heureux événement, tandis que d'autres se termineront par un avortement ou une fausse couche. Une partie d'entre elles demeureront non désirées mais se poursuivront jusqu'à leur terme, et un grand nombre susciteront des sentiments ambivalets. Certaines de ces grossesses ne sont pas complètement non intentionnelles, sans pour autant être tout à fait délibérées. Elles peuvent intervenir à un moment où une personne n'est pas en mesure de définir ses ambitions, ou même d'imaginer qu'elle puisse choisir ou non de concevoir un enfant.

Trop souvent, les questions de pouvoir et de choix sont en réalité des questions de vie ou de mort. Les conséquences d'une grossesse non intentionnelle peuvent perdurer tout au long de la vie et toucher des communautés entières. Le taux de mortalité maternelle montera en flèche chez les jeunes filles dont le développement physique n'est pas suffisant pour mener une grossesse à terme en toute sécurité ou chez les femmes souffrant de pathologies sous-jacentes (Singh et Maddow-Zimet, 2016). Les filles enceintes pourraient être contraintes à se marier et/ou à abandonner leur scolarité sans pouvoir poursuivre leur éducation, ce qui les expose généralement à un manque de revenus tout au long de leur existence. Les femmes qui sont obligées de cesser provisoirement de travailler ou même de quitter leur emploi en raison de leur grossesse pourraient être

confrontées à une perte de revenus imprévue. Elles courront un risque plus élevé de sombrer dans la pauvreté si elles doivent s'occuper d'un enfant, ce qui pèsera sur les ressources déjà limitées du ménage.

Toutes ces problématiques peuvent s'aggraver pour les personnes confrontées à de multiples formes de discriminations et de vulnérabilités qui les privent encore davantage de leur capacité d'agir et de leur autonomie corporelle. Les femmes vivant dans des zones rurales ou des quartiers informels ont généralement accès à des services, des informations et un soutien de moindre qualité, tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans certains contextes, les prestataires de services peuvent légalement refuser de dispenser des soins

Grossesses non intentionnelles et droits fondamentaux

Toutes les grossesses non intentionnelles ne constituent pas nécessairement une violation des droits fondamentaux. La question du respect des droits fondamentaux se pose dès lors que le droit de disposer de son corps et l'autonomie en matière de procréation sont en jeu (UNFPA, 2021). Dans certains accords internationaux de premier plan, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF ou Convention sur les femmes), les États ont affirmé que tout individu et tout couple a le droit d'accéder aux informations et aux moyens nécessaires pour décider d'avoir ou non des enfants, du moment de leur naissance et de leur nombre (Assemblée générale des Nations Unies, 1979). Si ces obligations ne sont pas satisfaites, les droits fondamentaux sont bafoués ou violés. Tel est le cas lorsqu'une personne n'est pas en mesure de faire des choix éclairés parce qu'elle n'a pas accès à des informations de santé reproductive fiables ou qu'elle est dans l'incapacité de prendre des décisions après avoir été informée, lorsqu'elle est victime de violence sexuelle ou de coercition et que la discrimination et les inégalités amoindrissent les possibilités – et par conséquent, les choix – qui s'offrent à elle.

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, un instrument approuvé par 179 pays qui sert de référence à l'UNFPA depuis 1994, exhorte tous les États et la communauté internationale à « employer tous les moyens à leur disposition pour défendre le principe de la liberté de choix en matière de planification familiale. »

Notons que le Programme d'action souligne que « [l']avortement [...] ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale » (UNFPA, 1994). Des informations supplémentaires sur l'avortement sont disponibles à la page 21.

179
pays



aux adolescentes et aux personnes transgenres. Les personnes en situation de handicap sont plus vulnérables à la violence, y compris à la violence sexuelle (UNFPA, 2018). Le risque de grossesse non intentionnelle est exacerbé chez les personnes frappées par des conflits et d'autres formes de crise, qui ont un accès limité aux soins de santé et sont en proie à la violence.



Et pourtant, ces obstacles – une superposition de préoccupations sociales et juridiques, de tabous, de reproches et de normes discriminatoires – ne sont pas insurmontables, loin de là. Nous pouvons et nous devons créer un cercle vertueux de progrès.

Les grossesses non intentionnelles, le reflet des priorités de la société

Une société, quelles que soient ses intentions affichées, peut-elle prétendre valoriser pleinement les femmes et les filles quand leurs ambitions, leurs désirs et leur potentiel humain sont étouffés ? Lorsqu'il leur est impossible d'exercer leur libre arbitre afin d'éviter une grossesse non intentionnelle ? La société peut-elle affirmer accorder une importance majeure à la maternité si le fait de donner la vie bride la capacité d'action des femmes, les expose à la coercition, à la stigmatisation et à la violence ?

Le libre arbitre des femmes et des filles est dévalorisé lorsque l'accès à des informations et à des services en matière de santé sexuelle et reproductive n'est pas pleinement encouragé et considéré comme prioritaire. L'irruption de la pandémie de COVID-19 l'a clairement démontré ; et pour cause, les services de contraception ont compté parmi les services de santé les plus gravement perturbés (OMS, 2020a). Sur les 12 premiers mois de la crise, l'approvisionnement et les services ont été interrompus pendant 3,6 mois en moyenne, entraînant ainsi pas moins de 1,4 million de grossesses non intentionnelles (Luchsinger, 2021). Les perturbations s'étant prolongées en 2021, les services de contraception sont restés parmi les plus touchés, malgré des efforts consentis pour adapter les activités et rattraper le retard accumulé (Luchsinger, 2021).

Lorsque les systèmes de santé ne permettent pas d'assurer une couverture universelle et que les soins de santé sexuelle et reproductive ne sont pas complets, centrés sur les personnes ni de bonne qualité, les gouvernements ne respectent pas leur engagement

à garantir le droit à la santé, un droit pourtant universellement reconnu. C'est particulièrement le cas lorsque les systèmes de santé ne sont pas en mesure de fournir des soins accessibles, appropriés et adaptés aux adolescents. Les adolescentes risquent de subir les conséquences les plus graves des grossesses non intentionnelles : les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement sont en effet la principale cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans (OMS, 2020b).

Le droit à la santé est également compromis lorsque les droits et les préoccupations des patients ne sont pas pris en compte dans les pratiques de soins, comme le prouvent les inquiétudes souvent exprimées concernant les effets secondaires (Bellizzi *et al.*, 2020 ; Sedgh *et al.*, 2016), les difficultés à utiliser une contraception régulière et le grand nombre de grossesses non intentionnelles observées malgré le recours à des contraceptifs (Frost et Darroch, 2008). Lorsque les services de santé ne répondent pas aux besoins des personnes, cela porte atteinte à leur autonomie corporelle, à leur dignité, à leur confiance et à leur bien-être. La campagne « What Women Want » sur l'offre de soins de santé reproductive et maternelle, pour laquelle 1,2 million de femmes et de filles ont été interrogées dans 114 pays entre 2018 et 2019, a révélé que leur principale demande concernait l'accès à des soins plus dignes et respectueux (White Ribbon Alliance, 2019).

Même si certains progrès ont été accomplis, les systèmes juridiques et les politiques qui n'accordent que peu de valeur aux droits des femmes et des filles demeurent trop nombreux. Certains d'entre eux exigent toujours le consentement d'un tiers pour recourir à la contraception ou considèrent la stérilisation forcée comme une « solution » pour éviter les grossesses non intentionnelles chez les personnes en situation de handicap (UNFPA, 2021). Des barrières juridiques considérables continuent de freiner l'accès à l'avortement médicalisé (UNFPA, 2020a), alors qu'elles ne contribuent guère à limiter la pratique et entraînent

au contraire une augmentation du pourcentage d'avortements à risque et de décès qui en résultent (Ganatra *et al.*, 2017). Les décideurs politiques ont le pouvoir de réduire ou de supprimer les financements alloués à ce domaine, même dans les contextes où le recours à la contraception est considéré comme socialement acceptable et où les systèmes de santé sont en mesure d'assurer les services (Gold et Hasstedt, 2017).



© UNFPA/Fidel Évora

Si des efforts notables ont été déployés afin de trouver une « solution miracle » permettant de « résoudre » la question des grossesses non intentionnelles, en proposant notamment de nouveaux moyens contraceptifs, des produits plus accessibles et fiables ainsi qu'une plus grande variété de méthodes, de nombreux aspects du problème ne sont pas suffisamment pris en compte. C'est en particulier le cas de l'égalité des genres, un des fondements qui garantira à toutes et tous la pleine jouissance de leur capacité d'action et de leur autonomie corporelle.

Depuis des décennies, l'égalité des genres demeure un objectif de développement difficile à atteindre. Il est pourtant essentiel d'y parvenir dans tous les pays du monde, car nous connaissons ses effets positifs. Lorsque les femmes et les filles sont plus autonomes et qu'elles sont traitées sur un pied d'égalité avec les hommes, elles sont mieux armées pour faire face à une grossesse non intentionnelle ou l'éviter (comme nous le verrons au Chapitre 2). Leur capacité à exercer leur autonomie leur permet d'améliorer leurs conditions de vie et présente des avantages pour l'ensemble de la société.

Les conventions et les accords relatifs aux droits fondamentaux défendent de longue date l'égalité des genres. En 1994, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a clairement établi que les femmes et les filles doivent pouvoir maîtriser leur corps, leur vie et leur avenir de la même manière que les hommes et les garçons, en vue de parvenir à l'égalité des genres. La réalisation des objectifs de développement durable (ODD) – non seulement de l'ODD 5 relatif à l'égalité des genres, mais aussi

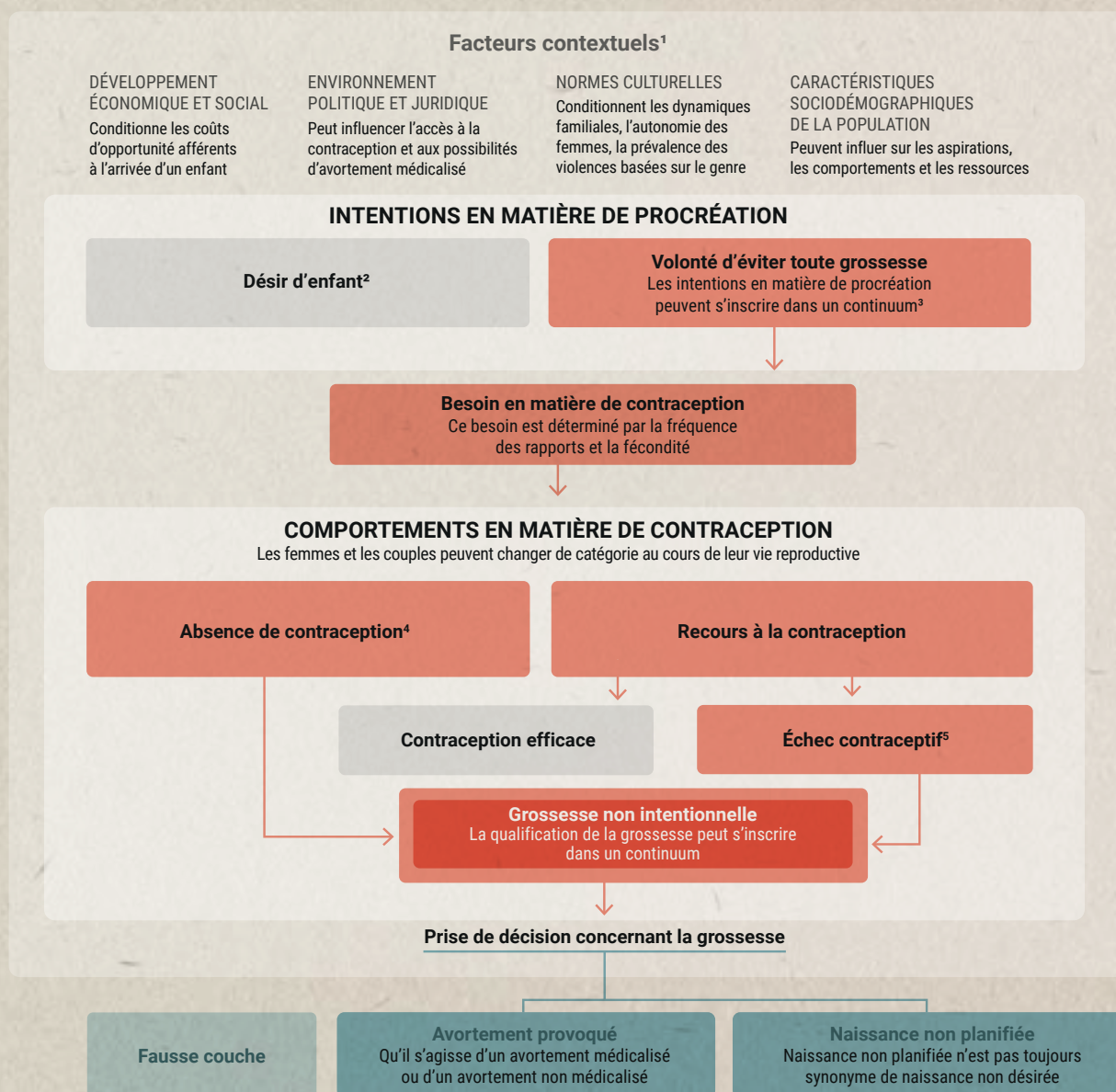
de nombreux autres objectifs et cibles notamment liés à la diminution de la pauvreté et à la croissance économique – exige de réduire les disparités entre les genres.

Il nous faudra redoubler d'efforts, car s'il est nécessaire de renforcer les systèmes de santé, nous devons aller plus loin. Il est grand temps d'offrir à tous les garçons et à toutes les filles une éducation favorisant leur autonomisation, et de faire évoluer les attentes qui assujettissent le destin des filles à la reproduction et à la maternité. L'heure est venue de donner aux femmes la possibilité de s'instruire, d'occuper un emploi décent et d'affirmer leur pouvoir et leur autonomie. Les systèmes de protection sociale doivent garantir le respect des droits des plus vulnérables. Il incombe aux dirigeants de montrer l'exemple en instaurant des normes de genre plus progressistes et de définir de nouvelles orientations s'agissant des lois et des politiques publiques.

Il est difficile d'imaginer un monde où *chaque* grossesse serait intentionnelle. Mais nous devons poursuivre nos efforts afin que la grande majorité des grossesses soient planifiées, voulues et bien accueillies, et que l'ensemble des femmes et des filles puissent contrôler leur vie, profiter pleinement de leur autonomie et affirmer leurs propres choix et intentions. Les éléments de preuve présentés dans les chapitres qui suivent mettent en lumière les problématiques que nous devons résoudre afin de garantir la liberté de choix de chacune et chacun en matière de procréation. Les chercheurs, les décideurs politiques et les militants pourront s'appuyer sur le contenu de ces chapitres qui repose non seulement sur des données, mais également sur de nombreux accords internationaux et documents relatifs aux droits fondamentaux, ainsi que sur les ambitions communes de la communauté internationale affichées dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Les facteurs contribuant aux grossesses non intentionnelles et les issues de ces grossesses

Certains des parcours menant à une grossesse non intentionnelle ont pu être retracés par des études sociodémographiques. Le tableau ci-dessous met en évidence des possibilités d'intervention, mais il convient de préciser que les facteurs présentés sont complexes et susceptibles d'évoluer. Ainsi, le manque d'autonomie reproductive, le faible niveau d'instruction et la pauvreté font partie des facteurs favorisant les grossesses non intentionnelles, mais les liens de causalité ne sont pas toujours clairement établis.



Source : auteurs.

Cases grises : aucun risque de grossesse non intentionnelle. Cases bleues : issues des grossesses non intentionnelles

Remarques : 1) Les environnements politique, économique, social et culturel sont non seulement susceptibles de s'influencer mutuellement, mais peuvent également influencer sur l'ensemble des déterminants favorisant les grossesses non intentionnelles ; la prévalence de ces grossesses pouvant réciproquement affecter certains facteurs contextuels. 2) Même après une grossesse désirée, les circonstances peuvent rendre la maternité compliquée. 3) Les intentions en matière de procréation sont non seulement conditionnées par l'ambivalence éventuelle des sentiments à l'égard de la maternité, mais également par la capacité ou l'incapacité à prendre des décisions reproductives éclairées (voir Chapitre 2). Les intentions en matière de procréation incluent aussi bien le désir de reporter la maternité que d'éviter toute grossesse. 4) Parmi les raisons susceptibles d'expliquer la non-utilisation de contraceptifs, on peut notamment citer les inquiétudes liées aux méthodes, le manque d'information quant aux risques de grossesse, le manque d'accès à des services de qualité, ainsi qu'un certain nombre de facteurs contextuels énumérés au chapitre 4. 5) La question de l'échec contraceptif est évoquée à la page 52.





**Une réalité
avérée :
Le manque de
développement
favorise la prévalence
des grossesses non
intentionnelles**

En 2015, l'ensemble des États membres des Nations Unies ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030, se fixant ainsi comme objectif de parvenir à l'égalité des genres au cours des prochaines années, celle-ci étant reconnue comme un prérequis au développement humain. Afin de mesurer les progrès en la matière, plusieurs indicateurs de suivi ont été mis en place, l'un d'entre eux s'intéressant notamment à « la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative ».

Seules 57 % des femmes sont donc capables de faire valoir leurs choix à l'égard de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction.

En effet, le taux de grossesses non intentionnelles offrant généralement un reflet fidèle du développement social global, cet indicateur, correspondant à l'ODD 5.6.1, s'appuie sur le principe selon lequel une capacité élevée à effectuer des choix éclairés en matière de procréation participera à alimenter un cercle vertueux favorisant les autres accomplissements en matière de développement. Les données les plus récentes dont nous disposons sur l'ODD 5.6.1, démontrent que, dans 64 pays, 23 % des femmes en couple en âge de procréer ne sont pas en mesure de refuser des rapports sexuels, et respectivement 24 % et 8 % n'ont pas la possibilité de prendre des décisions en ce qui concerne les soins de santé ou la contraception. Seules 57 % des femmes sont donc capables de faire valoir leurs choix à l'égard de leur santé et de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction (Nations Unies, 2022). L'incidence des grossesses non intentionnelles doit donc être appréhendée à l'aune de ce contexte.

Au niveau mondial, les dernières données en date montrent que, sur la période 2015-2019, 48 % de l'ensemble des grossesses n'étaient pas intentionnelles, soit un total de 121 millions de grossesses non intentionnelles chaque année, parmi lesquelles 61 % se sont soldées par un avortement.

Le taux actuel de grossesses non intentionnelles est toutefois en baisse par rapport aux années précédentes, probablement en raison des progrès accomplis en matière de développement au cours de cette période. En effet, le taux annuel de grossesses non intentionnelles est passé de 79 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 1990, à 64 ‰ en 2019. Cependant, malgré ce constat relativement positif, le nombre absolu de femmes ayant dû faire face à une grossesse non intentionnelle a, pour sa part, *augmenté* de 13 % ; un chiffre explicable par la croissance démographique enregistrée ces 30 dernières années. Le taux actuel de 64 grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes nous indique qu'au moins 6 % des femmes dans le monde subissent une grossesse non intentionnelle chaque année.

Les dernières estimations par modélisation semblent confirmer que le taux et l'incidence des grossesses non intentionnelles varient sensiblement en fonction des pays (Bearak, J. *et al.*, 2022). Dans quelle mesure les frontières nationales et régionales conditionneraient-elles la fréquence de ces grossesses ? En effet, une grossesse est généralement envisagée comme un acte personnel, relevant de la responsabilité individuelle. Les tendances démontrent cependant que les contextes nationaux et régionaux sont en mesure d'influencer grandement l'autonomie corporelle, en la favorisant ou au contraire en la limitant, et à l'inverse, que la perte de cette autonomie peut avoir un impact significatif sur le bien-être de la société. On s'aperçoit ainsi qu'au-delà des individus, les États ont également une certaine forme de responsabilité en la matière.

Quelles sont donc les conditions à l'échelle nationale susceptibles d'influer sur, ou d'être influencées par, la liberté à disposer de son propre corps ? Si à ce jour, les données probantes disponibles n'ont pas encore permis d'apporter des réponses définitives à cette question, nous pouvons toutefois émettre de fortes suppositions, en particulier en ce qui concerne le rôle du contexte de développement.

Tendances en matière d'avortement

Malgré la diminution du taux de grossesses non intentionnelles, le taux mondial d'avortement reste pratiquement inchangé ; celui-ci étant estimé à 39 pour 1 000 femmes en âge de procréer sur la période 2015-2019 (Bearak, J. *et al.*, 2020) – voir la note technique à la page 141. Aujourd'hui, 29 % de l'ensemble des grossesses dans le monde, intentionnelles ou non, sont ainsi interrompues de manière volontaire, ce qui, selon les estimations, représenterait, sur la période 2015-2019, une moyenne de 73 millions d'avortements chaque année. Des avortements qui, lorsqu'ils sont pratiqués de manière non médicalisée, sont susceptibles d'engendrer des complications, possiblement létales, à court ou à long terme.

La stabilité du taux d'avortement, couplée au déclin du taux de grossesses non intentionnelles, s'est donc traduite, depuis la période 1990-1994, par une augmentation de la proportion de ces grossesses aboutissant à un avortement, laquelle est passée de 51 à 61 % (Bearak, J. *et al.*, 2020). Ensemble, ces constats semblent suggérer que, depuis 30 ans, l'autonomie des femmes en matière de procréation aurait légèrement augmenté, tant en ce qui concerne la prévention des grossesses que la liberté d'interrompre une grossesse non intentionnelle. ✨

Cette tendance générale peut être corrélée à la disponibilité accrue de solutions contraceptives, aux progrès effectués concernant l'égalité des genres, ainsi que, de manière générale, à l'amélioration des indicateurs de développement. En effet, la grande majorité des pays, lorsque de telles données sont disponibles, affichent en parallèle une progression en matière de développement et un déclin du taux de grossesses non intentionnelles.

La proportion de grossesses non intentionnelles menant à un avortement varie cependant grandement en fonction des pays et des régions. Il n'existe ainsi aucun lien observable entre l'incidence nationale des grossesses non intentionnelles et la proportion de ces grossesses aboutissant à un avortement ; la manière dont les femmes exercent leur liberté reproductive semblant différer en fonction des lieux.

Ce chapitre présente donc une analyse écologique originale, afin d'étudier les corrélations entre les indicateurs de développement et les données nationales les plus récentes sur les grossesses non intentionnelles. Bien que cette analyse ne permette pas d'établir de lien de cause à effet, elle soulève des questions essentielles sur la manière dont les choix politiques et les progrès en matière de développement peuvent influencer la prévalence de ces grossesses, et réciproquement, sur la façon dont l'autonomisation des femmes et l'exercice de leur libre arbitre peuvent favoriser le développement et le bien-être national.

Nouvelles perspectives

L'incidence des grossesses non intentionnelles varie sensiblement en fonction des régions. Alors que sur la période 2015-2019, on dénombrait 35 grossesses non intentionnelles par an pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Europe et en Amérique du Nord, ce chiffre s'élevait à 64 ‰ en Asie centrale et Asie du Sud, et atteignait les 91 ‰ en Afrique subsaharienne ; des disparités que l'on retrouve au sein des régions elles-mêmes. Ainsi, tandis qu'au Niger, le taux de grossesses annuelles

Accroître les efforts en vue de prévenir ces grossesses entraînera des bénéfices tangibles en matière de développement.

non intentionnelles était estimé à 49 %, il était de 145 % en Ouganda (Bearak, J. *et al.*, 2022). Malgré ces variations intrarégionales, il est possible de dégager, d'après les estimations disponibles pour chaque région, certaines tendances générales.

Ainsi, si en Europe et en Amérique du Nord, le taux de grossesses non intentionnelles a été divisé de moitié entre le début des années 90 et la période 2015-2019, celui-ci a été réduit d'un quart (28 %) en Amérique latine, ainsi qu'en Asie centrale et méridionale. Nous observons également des améliorations, bien que moins significatives, en Afrique subsaharienne, où le taux de grossesses non intentionnelles a chuté d'environ 12 %.

Que nous apprennent ces variations ? Pour répondre à cette question, nous nous sommes appuyés sur l'analyse écologique susmentionnée, laquelle s'attachait à déterminer les possibles corrélations existant entre les principaux indicateurs sociaux, économiques et politiques (PNUD, *Rapport annuel sur le développement humain*, notes techniques, 2020) et les taux de grossesses non intentionnelles (en particulier la proportion de ces grossesses aboutissant à un avortement). Dans le cadre de cette évaluation, 150 pays et territoires ont été passés au crible, sur la base des estimations disponibles pour la période 1990-2019.

Ces analyses ont permis d'établir avec quasi-certitude que, de manière générale, les pays affichant les

plus hauts niveaux en matière d'égalité des genres et de développement socioéconomique, ainsi que les pays dont les politiques permettent l'accès à un avortement sécurisé, sont ceux qui enregistrent les taux de grossesses non intentionnelles les plus bas. Ces résultats soulignent l'interconnexion et la relation d'influence mutuelle existant entre la prévalence des grossesses non intentionnelles et le manque de développement. On peut donc légitimement penser qu'accroître les efforts en vue de prévenir ces grossesses entraînera des bénéfices tangibles en matière de développement.

En revanche, la proportion de grossesses non intentionnelles se soldant par un avortement s'est révélée extrêmement variable, reflétant par-là la grande diversité des environnements culturels et juridiques dans le monde.

Développement socioéconomique

Afin d'évaluer le lien entre développement socioéconomique et prévalence des grossesses non intentionnelles, les auteurs de l'étude se sont intéressés à l'indice de développement humain (IDH) 2019, et plus particulièrement à deux de ses composantes centrales, à savoir le niveau d'éducation et le revenu national brut (RNB) par habitant, qu'ils ont comparés aux taux de grossesses non intentionnelles. Au niveau mondial, sur la période 2015-2019, les plus hauts niveaux de développement social et économique mesurés sur la base de ces indicateurs semblaient fortement corrélés avec un faible taux de grossesses non intentionnelles. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que, dans les pays affichant les plus hauts scores de développement, les services contraceptifs auraient tendance à être plus largement accessibles, tandis que les obstacles culturels rencontrés par les femmes à l'heure de gérer leurs préférences en matière de fécondité y seraient moins nombreux (une situation qui est sensiblement différente dans les pays d'Afrique subsaharienne : voir la note technique page 141).

L'issue des grossesses tendait également à différer entre les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible et intermédiaire.

En effet, dans les pays à revenus faible et intermédiaire, les hauts niveaux de développement social et économique étaient généralement associés à une proportion d'interruptions supérieure en cas de grossesses non intentionnelles (et ceci même en prenant en compte les spécificités juridiques nationales en matière d'avortement). Forts de cette observation, nous avons pu formuler l'hypothèse suivante : au fur et à mesure que les coûts d'opportunité liés à la maternité augmentent, les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle sont de moins en moins enclines à devenir mères. Une tendance qui s'est vérifiée tout au long de la période 1990-2019, puisque dans ces pays, durant 30 ans, l'amélioration des scores de développement au niveau national s'accompagnait systématiquement d'une hausse de la proportion de ces grossesses aboutissant à un avortement.

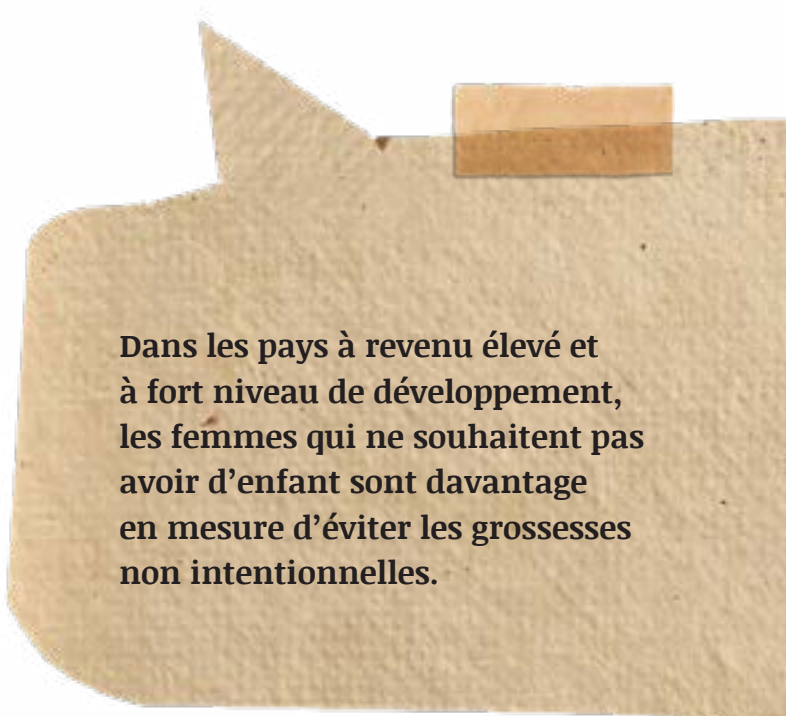
En outre, si dans les pays à revenu élevé affichant de faibles scores de développement, les femmes avaient davantage tendance à recourir à l'avortement, les pays enregistrant, en plus d'un haut niveau de revenu, un IDH élevé, faisaient état, pour leur part, d'une proportion d'interruption *plus faible* en cas de grossesses non intentionnelles. On peut donc supposer que, dans les pays à revenu élevé et à fort niveau de développement, les femmes qui ne souhaitent pas avoir d'enfant sont davantage en mesure d'éviter les grossesses non intentionnelles, notamment grâce à la contraception. Il est également possible que les dispositifs de protection économique et sociale en place dans les pays les plus développés permettent aux femmes de mener à bien ces grossesses avec plus de facilité.

Par ailleurs, bien que l'on puisse penser que les niveaux de revenu et d'instruction des femmes et des filles aient plus d'incidence sur le taux de grossesses non intentionnelles que ceux des hommes et des

garçons, il n'en est rien. En effet, le RNB et le niveau d'éducation par habitant des femmes n'influent *pas plus* que ceux des hommes sur la diminution des grossesses non intentionnelles ou sur la proportion d'avortement. Cela confirme que la prévalence de ces grossesses n'est pas exclusivement liée au RNB ou au niveau d'instruction des femmes et des filles, mais plutôt au RNB et au niveau d'éducation de *l'ensemble de la population*. En d'autres termes, *le développement global* semble être un facteur majeur de réduction du taux de grossesses non intentionnelles.

Égalité des genres

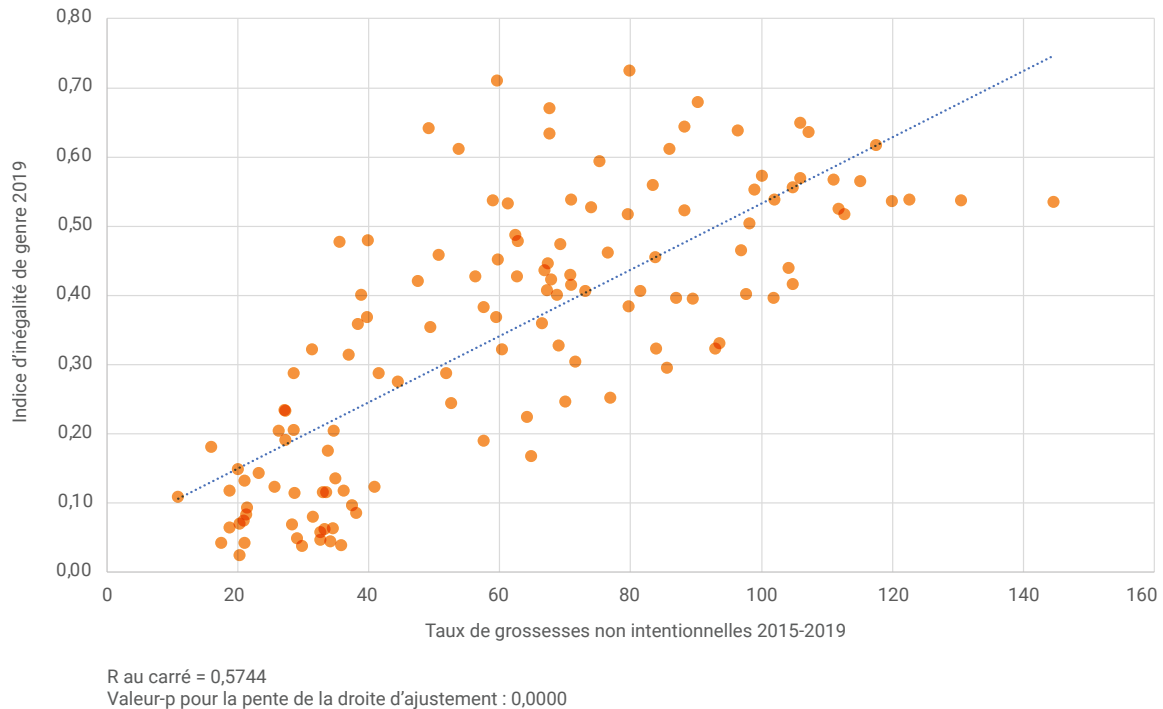
Les auteurs de l'évaluation ont également étudié la corrélation entre le niveau d'égalité des genres et le taux de grossesses non intentionnelles, en s'appuyant sur l'indice d'inégalité de genre (IIG) en tant que critère de référence pour déterminer la condition des femmes et des filles. L'IIG prend en compte trois aspects de l'égalité des genres, à savoir la santé reproductive, l'autonomisation et le statut économique des femmes – un IIG élevé correspondant à un haut niveau d'inégalité. Ainsi, sur la période 2015-2019, les pays (et territoires) affichant les plus forts niveaux



Dans les pays à revenu élevé et à fort niveau de développement, les femmes qui ne souhaitent pas avoir d'enfant sont davantage en mesure d'éviter les grossesses non intentionnelles.

FIGURE 1

Corrélation entre le taux de grossesses non intentionnelles sur la période 2015-2019 et l'indice d'inégalité de genre 2019



Source : auteurs, à partir de données tirées de Bearak *et al.*, 2022.

d'inégalité de genre, tels que mesurés par l'IIG, comptaient parmi ceux qui enregistraient les plus hauts taux de grossesses non intentionnelles, qu'ils appartiennent à la catégorie des pays à revenu faible et intermédiaire ou à celle des pays à revenu élevé. Cette corrélation persiste même après avoir pris en compte l'Indice de développement humain, l'IIG étant apparu, au cours de ces analyses, comme le facteur le plus révélateur de la prévalence des grossesses non intentionnelles (voir Figure 1).

En ce qui concerne l'issue des grossesses non intentionnelles, un schéma similaire a pu être observé, à savoir que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les *plus bas* niveaux d'égalité des

genres étaient associés à une *plus faible* proportion d'interruptions de grossesse : une corrélation qui s'est confirmée après l'instauration des diverses législations nationales en matière d'avortement. Au contraire, dans les pays à revenu élevé, ce sont les plus hauts scores d'égalité des genres qui semblaient être corrélés avec une plus faible proportion d'avortements, bien que la tendance ne soit pas significative.

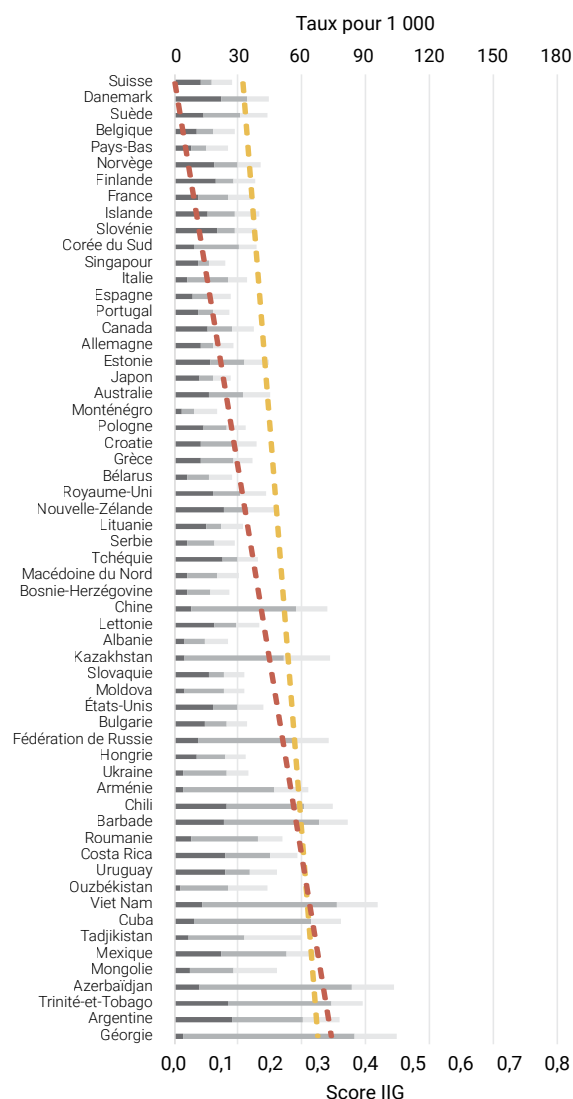
Considérés conjointement, ces constats suggèrent que lorsqu'il existe certains acquis en matière d'égalité des genres, comme nous l'avons vu pour les pays à revenu faible et intermédiaire, les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle sont plus susceptibles de faire le choix de l'avortement.

FIGURE 2

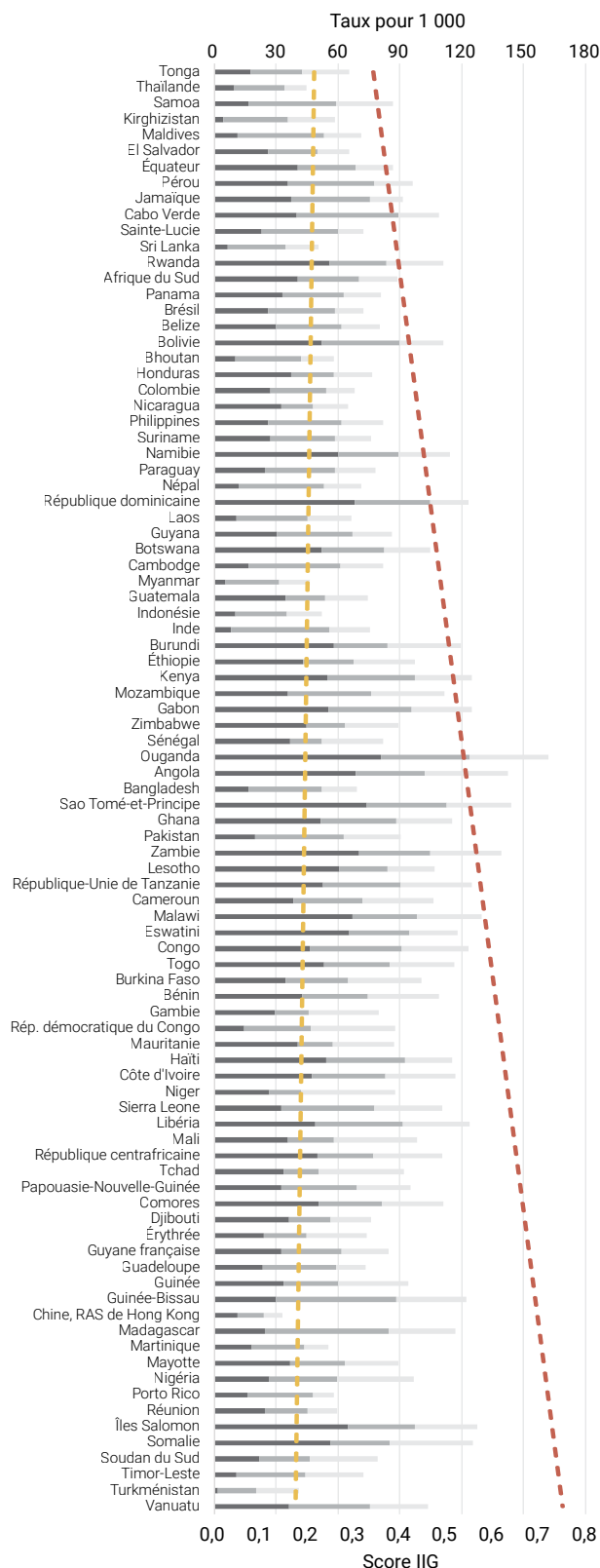
Taux de naissances non planifiées et d'avortement et proportion de grossesses non intentionnelles aboutissant à une naissance non planifiée, un avortement ou une fausse couche sur la période 2015-2019, par indice d'inégalité de genre (IIG)

■ Naissances non planifiées ■ Avortements ■ Fausses couches
 — Avortement pour 1 000 grossesses non intentionnelles
 - - IIG 2019

A. Pays et territoires présentant un IIG inférieur à 0,35



B. Pays et territoires présentant un IIG supérieur à 0,35



Source : auteurs, à partir de données tirées de Bearak et al., 2022.

Cependant, dans les pays à revenu élevé, le niveau d'égalité des genres ne semble pas avoir d'incidence sur le recours à l'IVG (figure 2), sans doute car, dans ces environnements, les femmes sont davantage en capacité d'éviter les grossesses non intentionnelles en premier lieu.

Taux de mortalité maternelle

L'incidence des avortements non médicalisés sur le taux de mortalité maternelle (une composante de l'IIG) est bien connue. L'avortement non médicalisé est en effet l'un des principaux facteurs de mortalité maternelle dans le monde – une pratique qui serait responsable de 4,7 à 13,2 % des décès maternels chaque année (OMS, 2020). Cependant, la relation entre grossesse non intentionnelle et mortalité maternelle n'est pas aussi bien établie.

Les auteurs de l'évaluation se sont donc intéressés aux taux de mortalité maternelle (OMS *et al.*, 2019) – un des principaux indicateurs de développement, en particulier pour le secteur de la santé – et aux taux de grossesses non intentionnelles enregistrés de 2015 à 2019. À l'issue de cette analyse, ils ont ainsi pu établir une véritable corrélation entre mortalité maternelle élevée et taux élevés de grossesses non intentionnelles ; un lien qui s'est vérifié dans tous les pays, indépendamment de leur catégorie de revenu (exception faite des pays d'Afrique subsaharienne, comme détaillé dans la note technique, page 141).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées afin d'expliquer pourquoi les grossesses non intentionnelles sont associées à un plus grand risque de mortalité maternelle que les grossesses intentionnelles. Tout d'abord, les grossesses non intentionnelles sont plus fréquemment interrompues, y compris au cours d'avortements non médicalisés. En outre, les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle sont également moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé (une question abordée plus avant au Chapitre 5, page 94). Les données probantes concernant l'incidence des grossesses

non intentionnelles sur les résultats en matière de santé maternelle restent toutefois limitées, les principaux schémas d'interconnexion à l'œuvre devant toujours être décortiqués par la littérature scientifique (Gipson, Jessica D. *et al.*, 2008).

Lois sur l'avortement

Les taux de grossesses non intentionnelles tendent à être plus bas dans les pays disposant de lois libérales en matière d'avortement (c'est-à-dire dans lesquels celui-ci est autorisé pour des motifs socioéconomiques ou sur simple demande) que dans les pays où la législation est plus restrictive (c'est-à-dire dans lesquels l'interruption de grossesse est entièrement interdite, ou n'est autorisée qu'en cas de danger mortel pour la mère, ou de risque pour sa santé physique ou mentale).

Bien que cette corrélation soit incontestable, aucun lien de causalité n'a pu être établi. En effet, la présence de lois favorables à l'avortement ne semble pas avoir d'effet sur l'incidence des grossesses non intentionnelles. En revanche, il est possible que les législations plus souples quant à la question de l'IVG soient accompagnées de services de santé sexuelle et reproductive plus complets, orientés sur les usagers, et donc plus adaptés aux besoins des personnes sexuellement actives.

En ce qui concerne *l'issue* des grossesses non intentionnelles, aucune association, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, n'a pu être observée entre les lois sur l'avortement et la proportion de ces grossesses qui ont été interrompues. En d'autres termes, dans ces pays, les lois restrictives en matière d'IVG *ne* paraissaient *pas* se traduire par un recul de l'avortement. Cependant, dans les pays à revenu élevé ayant adopté des lois plus permissives, la proportion de grossesses non intentionnelles aboutissant à un avortement était sensiblement *plus faible* que dans les pays à revenu élevé affichant des lois restrictives ; des observations cohérentes avec celles déjà présentées par d'autres chercheurs (Bearak *et al.*, 2022).

Avortement et droits fondamentaux

Bien que grossesses non intentionnelles ne soient pas toujours synonymes de grossesses non désirées, celles-ci se concluent toutefois majoritairement par des avortements. Il est donc particulièrement pertinent, pour les États et les décideurs, de s'efforcer d'appréhender la question de l'IVG par le prisme des droits de la personne. **Les droits en matière de procréation font partie intégrante des droits fondamentaux ; chaque individu devant être en mesure de prendre des décisions éclairées concernant sa santé et son corps, y compris de faire le choix ou non de devenir parent et, le cas échéant, de choisir le moment et le nombre d'enfants**

(Assemblée générale des Nations Unies, 1979). Ces droits, ainsi que les droits à la santé et à la vie, prévoient notamment la possibilité d'accéder à des services d'avortement sûr, garantis par la loi « lorsque le fait de mener la grossesse à terme représenterait un danger pour la vie de la femme/ de la fille ou risquerait de causer une douleur ou une souffrance considérable, tout particulièrement lorsqu'elle résulte d'un viol, d'un inceste, ou que le fœtus n'est pas viable » (Comité des droits civils et politiques des Nations Unies, 2019). Cependant, il convient de garder à l'esprit que l'accès à des possibilités d'avortement sûr n'est pas un droit distinct. Il dépend de la protection et de l'exercice des autres droits fondamentaux, à savoir : les droits à l'information, à la santé, à l'égalité, à la vie privée, ainsi que le droit à une vie exempte de violence, de stéréotypes de genre et de discrimination (Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme, 2018).

Bien que l'accès à l'avortement soit principalement régi au niveau national (UNFPA, 1994), les normes relatives aux droits fondamentaux ont de plus en plus d'influence sur la législation des États. En 2019, par exemple, le Comité des droits civils et politiques des Nations Unies a demandé à l'ensemble des gouvernements de décriminaliser l'avortement et d'assurer l'accès des femmes à des possibilités d'interruption de grossesse légales lorsque cette dernière représente un danger pour leur vie ou leur santé, en s'abstenant d'opposer tout obstacle, d'ordre administratif ou autre, aux femmes

souhaitant avorter dans le cadre de la loi (Comité des droits civils et politiques des Nations Unies, 2019). De nombreux autres traités et organes régionaux relatifs aux droits humains considèrent ainsi l'avortement comme un droit fondamental lorsque la grossesse est le résultat de relations sexuelles forcées ou contraintes (Fine, Johanna *et al.*, 2017). Cependant, que la pratique de l'IVG soit ou non légalisée, toutes les femmes le nécessitant doivent pouvoir accéder à des soins post-avortement, ceux-ci constituant des interventions médicales vitales (UNFPA, 1994).

Dans les faits, l'interruption volontaire de grossesse est légale dans la plupart des pays, bien que souvent soumise à certaines restrictions. Dans 96 % des 147 États membres des Nations Unies qui ont communiqué des données, l'avortement est légal, au moins dans certains cas, notamment pour sauver la vie d'une femme, pour préserver sa santé physique, dans les cas de viol ou en cas de malformation fœtale. Cependant, dans 28 % de ces pays, le consentement du mari est requis pour les femmes mariées qui ont besoin de services de soins. Dans 36 %, l'accord de la justice est nécessaire pour les mineures. Par ailleurs, dans près de 63 % des pays en question, les femmes peuvent être poursuivies au pénal pour avortement illégal (Nations Unies, 2022).

Lorsque l'avortement est illégal ou inaccessible, les grossesses non désirées deviennent des « maternités forcées » (CESAO, 2004). Cette volonté de contraindre un individu à mener à bien une grossesse non désirée prend racine dans les stéréotypes de genre ; elle est le reflet d'une conception discriminatoire selon laquelle la valeur des femmes et des filles résiderait exclusivement dans leurs capacités reproductives. En vertu des conventions relatives aux droits fondamentaux, les États sont donc tenus d'œuvrer à l'éradication de ces stéréotypes néfastes, en veillant notamment à mettre fin aux pratiques qui les perpétuent. Les lois et politiques doivent, au minimum, offrir à chacun la possibilité d'éviter, autant que faire se peut, les grossesses non intentionnelles (UNFPA, 2020b).

Favoriser ou entraver la liberté de choix

Ces analyses ne constituent qu'une première étape dans l'étude des nouvelles estimations disponibles, et appellent donc à des recherches plus approfondies. Cependant, elles nous offrent déjà des éclairages précieux, semblant confirmer les hypothèses et les observations existantes ; comme la corrélation manifeste entre les indicateurs de développement, en particulier ceux liés aux inégalités de genre, et la prévalence des grossesses non intentionnelles. Elles permettent en outre de mettre en lumière certaines différences, entre les pays, dans la manière dont les femmes vivent et gèrent ces grossesses, notamment en mettant en parallèle le niveau d'égalité des genres et l'issue des grossesses non intentionnelles.

Toutes ces données montrent que le contexte national et communautaire général peut créer un climat favorable ou hostile à l'exercice du choix de concevoir ou non un enfant et à quel moment, mais également que l'autonomie corporelle et le pouvoir d'agir peuvent contribuer à améliorer le développement national et communautaire et vice-versa.

Non intentionnelles, non désirées ou sources de sentiments ambivalents ? Les limites des mesures actuelles

Ce chapitre présente des données figurant parmi les plus détaillées et les plus récentes au sujet des grossesses non intentionnelles. Notons toutefois que cette question, malgré son importance socioéconomique déterminante et l'universalité de l'expérience qu'elle constitue, est généralement mal ou insuffisamment décrite, et souvent mal comprise, d'où des méthodes de mesure lacunaires.

Tout d'abord, la large part de grossesses accidentelles — plus de trois sur cinq — se soldant par un avortement (Bearak *et al.*, 2020) porte à croire que la plupart de ces grossesses sont à la fois non intentionnelles et non désirées. Compte tenu des restrictions légales en vigueur dans de nombreux pays et des obstacles socioéconomiques et géographiques à l'avortement dans de nombreuses communautés, la proportion de grossesses non intentionnelles poursuivies sans être désirées pourrait en réalité s'avérer bien plus élevée.

Pour autant, on aurait tort de penser que toutes les grossesses non intentionnelles sont non désirées. Dans certains cas, des femmes qui ne prévoyaient pas spécialement de concevoir un enfant peuvent accueillir leur grossesse de façon positive et souhaiter la poursuivre. Ce constat ressort d'une vaste enquête réalisée en France, et dans le cadre de laquelle les personnes interrogées avaient plus tendance à qualifier la grossesse d'« imprévue » que de « non désirée » (Moreau *et al.*, 2014).

Face à la survenue d'une grossesse, la réaction des femmes n'est pas forcément tranchée, un phénomène connu depuis longtemps par les chercheurs, mais difficile à appréhender dans toute sa complexité (Hall *et al.*, 2017, Aiken *et al.*, 2016). Ainsi, de nombreuses femmes éprouvent

une certaine ambivalence à la perspective de fonder ou d'agrandir une famille. Certaines veulent avoir un bébé, mais ont des doutes quant à leur situation, leur partenaire ou leur avenir. Pour une femme, le désir de maternité peut fluctuer avant une grossesse, et même pendant. En outre, la notion même d'intentionnalité est bien souvent problématique. Dans certains cas, les femmes et les filles concernées ne sont pas en mesure d'exercer leur volonté personnelle ou ont une conception fataliste de la grossesse et de la maternité. Elles peuvent penser que leurs désirs n'ont aucune importance, ce qui est malheureusement souvent le cas aux yeux de leur famille ou de leur communauté.



Ces situations ambiguës ont une incidence sur les données. De nombreux indicateurs partent du principe que le souhait d'avoir ou non un enfant est pour les femmes une décision consciente et binaire. Les estimations actuelles sur l'incidence des grossesses non intentionnelles reposent pour la plupart sur des questions utilisées dans des enquêtes de population, notamment les enquêtes démographiques et de santé (EDS) dans les pays à faible revenu. Pour ces dernières, cela se résume à poser aux femmes une seule question sur chaque grossesse survenue jusqu'à cinq ans auparavant. Il s'agit généralement d'une déclinaison de la question suivante : « À l'époque où vous êtes tombée enceinte, souhaitiez-vous concevoir un enfant à ce moment-là, attendre un peu, ou ne pas/plus du tout avoir d'enfants ? » Les femmes qui répondent qu'elles ne voulaient pas concevoir un enfant ou qu'elles auraient préféré attendre entrent automatiquement dans la catégorie des grossesses non intentionnelles. Cette méthode présente plusieurs limites (Population Council, 2015) : certaines femmes ayant eu un enfant d'une grossesse non intentionnelle peuvent par exemple reconsidérer leur expérience après s'être adaptées à leur nouvelle réalité (Ralph *et al.*, 2020). Après avoir donné naissance à un bébé et s'y être attachée, ou avoir subi la stigmatisation

liée à une grossesse accidentelle, une femme peut passer d'une aversion pour la grossesse à une simple ambivalence, ou requalifier son ambivalence en ouverture à l'égard d'une grossesse. Les mesures fondées sur l'indication des intentions de grossesse *a posteriori* risquent donc de sous-estimer la prévalence des grossesses non intentionnelles.

Certaines femmes, pour des raisons religieuses ou autres, peuvent délibérément décider de ne pas choisir et de s'en remettre à Dieu ou au destin, par exemple. Il est alors difficile de les catégoriser, car leur grossesse peut être considérée comme relevant d'une vague intention, ou tout aussi bien qualifiée d'accidentelle. Enfin, dans le cadre des EDS et autres enquêtes de ce type, les informations sur les grossesses non intentionnelles sont généralement recueillies uniquement auprès des femmes. On ne sait donc pas grand-chose de l'attitude de leur partenaire masculin à l'égard de leur grossesse, ou de leur capacité à exercer leurs droits en matière de reproduction dans leur propre vie.

Des chercheurs tentent actuellement d'affiner la mesure des grossesses accidentelles afin de mieux rendre compte de l'expérience nuancée qu'elles constituent pour les femmes. L'une des méthodes, la London Measure of Unplanned Pregnancy, consiste à mesurer sur une échelle de 0 à 12 dans quelle mesure une grossesse était planifiée (Hall *et al.*, 2017). Des estimations modélisées de l'incidence des naissances non planifiées et des avortements ont été publiées en 2016 (Sedgh *et al.*, 2016a), et suivies par les toutes premières estimations nationales modélisées pour presque tous les pays du monde (Bearak *et al.*, 2022). Il ne s'agit toutefois que d'estimations ; des données approfondies et fiables ne seront disponibles que quand ces expériences pourront être relatées sans honte et que des moyens suffisants seront mobilisés pour mesurer l'incidence du recours à l'avortement.

Les grossesses adolescentes et la question du choix

La question des grossesses non intentionnelles est souvent confondue avec celle des grossesses adolescentes, mais le lien entre ces deux problèmes est en réalité plus complexe. Tous les accouchements d'adolescentes ne résultent pas de grossesses imprévues. La majorité des accouchements chez des jeunes filles de moins de 18 ans se produisent dans le cadre d'un mariage ou d'une union, un constat réaffirmé par une nouvelle étude de la Division de la population des Nations Unies (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022). Bon nombre de ces grossesses peuvent tout à fait être considérées comme « intentionnelles » dans les enquêtes existantes, les témoignages personnels et d'autres mesures, alors même que la capacité de ces jeunes filles à décider quand et avec qui elles souhaitent avoir des enfants est très restreinte, voire inexistante. En observant de plus près la fécondité des adolescentes, et en particulier des plus jeunes, on perçoit mieux les limites d'une approche fondée exclusivement sur les mesures actuelles des intentions de grossesse pour étudier les questions d'autonomie et de choix.

Devenir mère pendant l'enfance

Selon une nouvelle étude de l'UNFPA (UNFPA, 2022) portant sur 96 % de la population adolescente de l'ensemble des pays à l'exclusion de la Chine et des pays à revenu élevé, *près d'un tiers* des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ont accouché à l'adolescence, soit entre 10 et 19 ans. Près de la moitié sont devenues mères alors qu'elles étaient encore enfants (à 17 ans ou moins), et beaucoup ont connu plusieurs accouchements avant de sortir de l'enfance.

Autrement dit, 13 % des jeunes femmes des pays en développement ont découvert la maternité avant l'âge adulte, et ces jeunes filles continuent de représenter une part étonnamment importante des accouchements d'adolescentes. Trois quarts des filles ayant accouché pour la première fois à l'âge de 14 ans ou plus tôt ont donné naissance à un deuxième enfant avant l'âge de 20 ans, et 40 % de ces dernières ont même accouché une troisième fois avant cet âge. La moitié des jeunes filles ayant accouché une

première fois entre 15 et 17 ans ont connu un deuxième accouchement avant l'âge de 20 ans.

Par ailleurs, plus de la moitié de ces nouveaux accouchements (après une première naissance) de mères adolescentes font suite à des grossesses rapprochées : ils surviennent au cours des 24 mois suivant la naissance précédente et présentent des risques élevés de mortalité et de morbidité infantiles (Molitoris *et al.*, 2019 ; Rutstein, 2008).

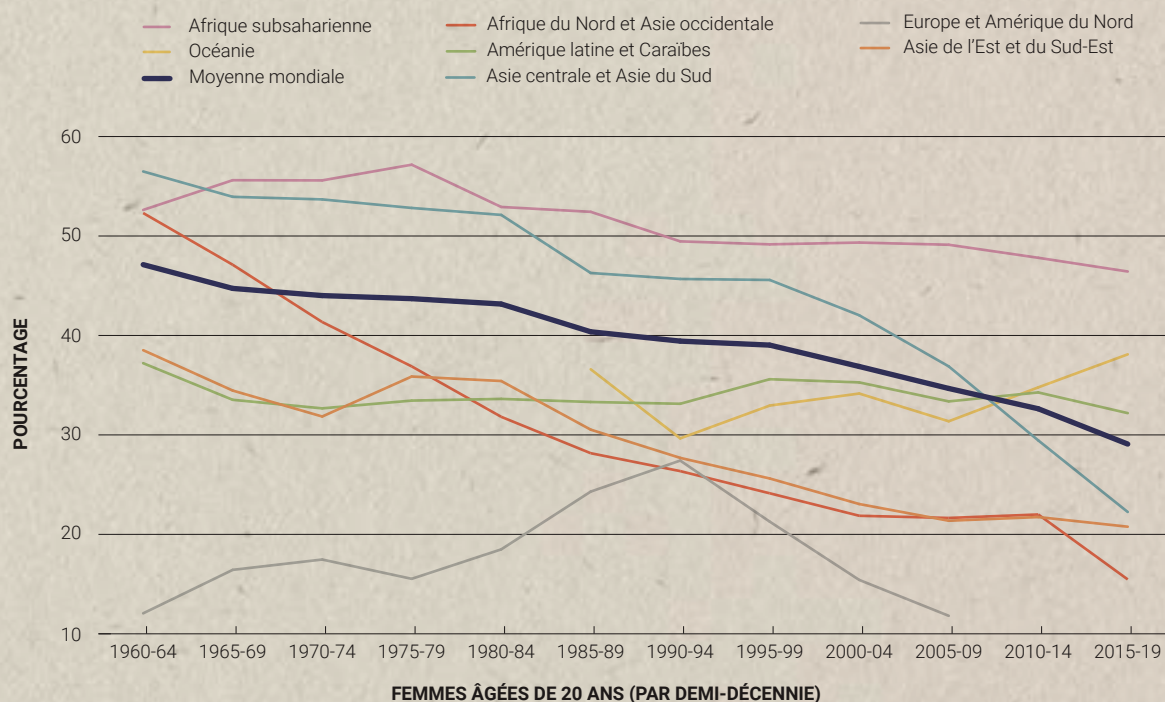
Cette nouvelle étude montre que :

- **45 %** des adolescentes qui deviennent mères pour la première fois sont elles-mêmes des enfants (17 ans ou moins) ;
- **50 %** des accouchements d'adolescentes concernent des filles devenues mères pendant l'enfance ;
- **54 %** des accouchements d'adolescentes non primipares font suite à des grossesses rapprochées.

Des progrès ont été accomplis pour reculer l'âge de la première grossesse, mais ce n'est pas suffisant. En près de 60 ans, la proportion de premiers accouchements d'adolescentes concernant des jeunes filles âgées de 17 ans ou moins est passée de 60 à 45 %. Pour l'ensemble des accouchements d'adolescentes, cette tranche d'âge est passée de 68 à 50 %. Dans les deux cas, cela correspond à une diminution d'à peine 3 points de pourcentage tous les 10 ans, avec une accélération au cours des 20 dernières années. À ce rythme-là, il faudra 160 ans pour mettre un terme à la maternité des enfants. En ce qui concerne les grossesses répétées, la baisse est encore plus limitée : seulement 1 point de pourcentage tous les 10 ans au cours des 60 dernières années.

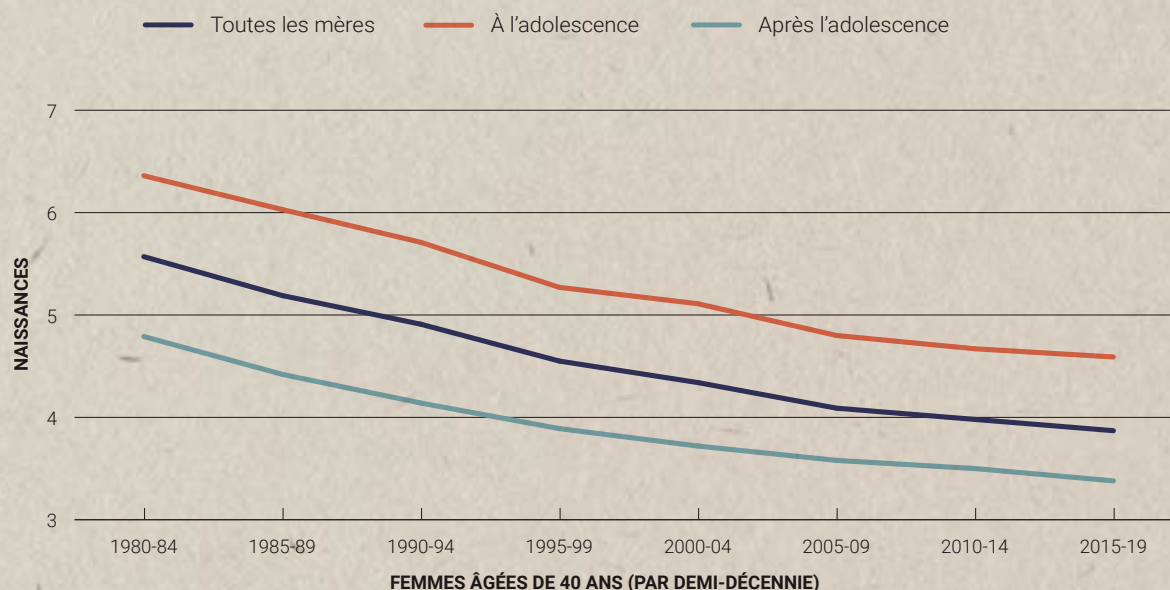
Dans toutes les régions du monde, une part importante des femmes commencent leur vie reproductive à l'adolescence (figure 3).

FIGURE 3 Proportion de femmes ayant découvert la maternité à l'adolescence, par région des ODD, hors Chine et pays à revenu élevé



Source : UNFPA, 2022.

FIGURE 4 Descendance finale par âge de la première maternité, moyenne mondiale, hors Chine et pays à revenu élevé



Source : UNFPA, 2022.

En moyenne, les femmes qui accouchent pour la première fois à l'adolescence connaissent pratiquement deux accouchements de plus au cours de leur existence que celles qui commencent à l'âge de 20 ans ou plus (figure 4).

Le rôle du mariage d'enfants

Dans 54 pays en développement pour lesquels des données sont disponibles, la majorité des premiers accouchements de filles de moins de 18 ans surviennent dans le cadre d'un mariage ou d'une union, selon une nouvelle analyse de la Division de la population des Nations Unies (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies). Les pays d'Asie centrale et d'Asie du Sud, d'Afrique du Nord et d'Asie occidentale sont ceux qui affichent le plus souvent une proportion élevée d'accouchements dans le cadre d'un mariage.

Quel est le lien entre le mariage et la maternité chez les adolescentes ? Souvent, les jeunes mariées sont censées avoir des enfants ou prouver leur fécondité dès le début de leur union, et donc tomber enceintes rapidement après le mariage.

On sait toutefois que la grossesse peut inciter au mariage d'enfants, compte tenu des croyances culturelles et des mentalités stéréotypées concernant la maternité et le mariage, les rapports sexuels avant le mariage et l'honneur familial, ainsi que du manque d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, et notamment à l'avortement (Petroni *et al.*, 2017). Les données issues d'enquêtes révèlent que de nombreux accouchements de jeunes filles de moins de 18 ans ont lieu moins

de sept mois après leur mariage ou le début d'une cohabitation, ce qui porte à croire que la conception est souvent antérieure à leur mariage (figure 5). Dans certains pays (le Bangladesh, le Bénin, les Comores, l'Indonésie, le Lesotho, le Niger, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines et le Tchad), c'est le cas pour plus d'un cinquième des premiers accouchements avant l'âge de 18 ans. On constate toutefois d'importantes disparités entre les régions et les pays (voir la note technique pour plus d'informations page 142).

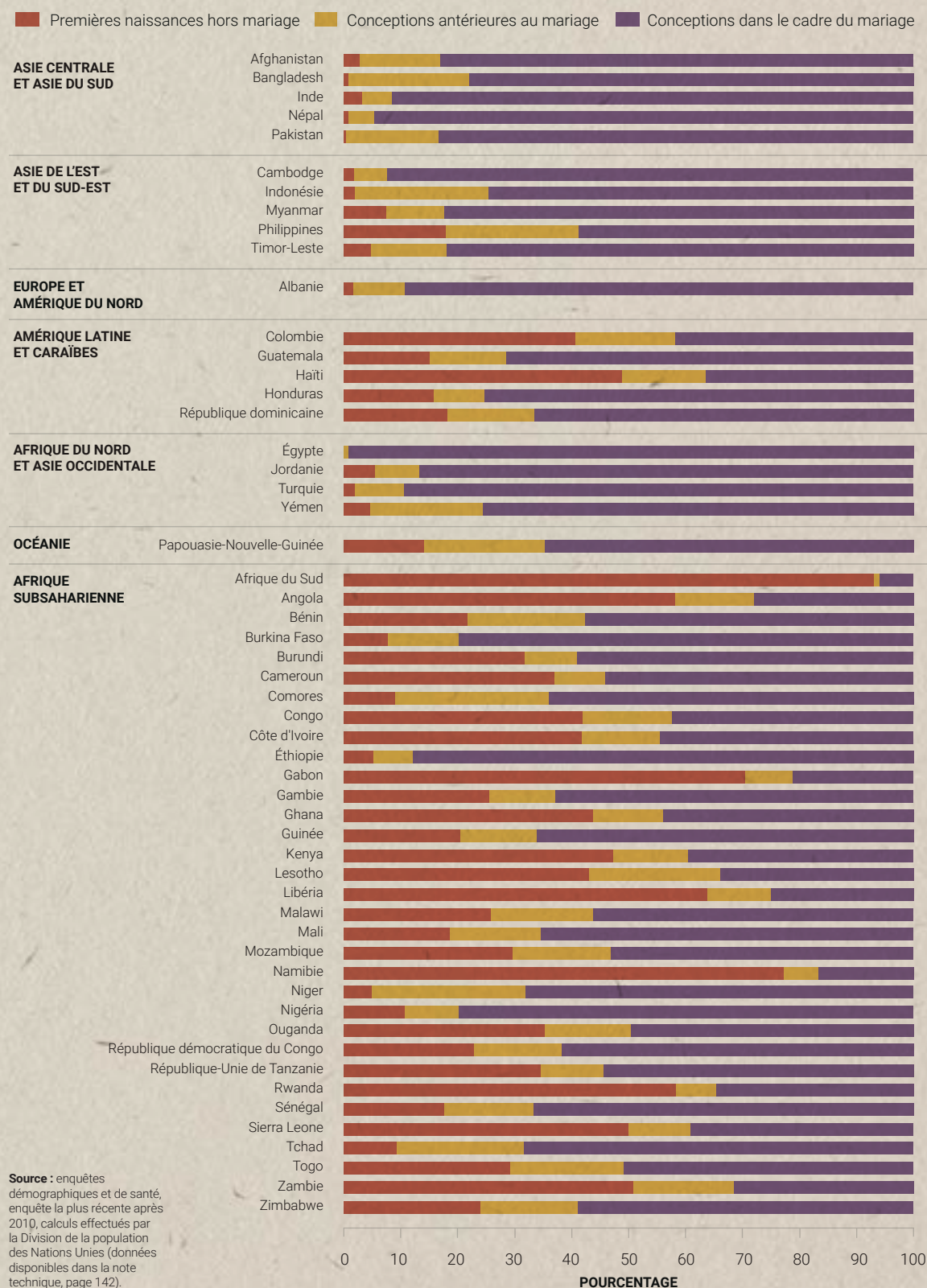
Certaines adolescentes se marient officiellement ou se mettent en concubinage informel dans le cadre d'une stratégie d'émancipation (Horii, 2021) ; elles ne considèrent pas leur union comme un mariage « forcé », mais comme une solution à l'interdiction des relations romantiques et sexuelles avant le mariage, voire comme un moyen d'échapper à des violences familiales. Néanmoins, ces mariages qualifiés de « volontaires » ont globalement les mêmes conséquences néfastes que le mariage forcé, à savoir un passage accéléré et dangereux à un rôle et des responsabilités d'adultes, notamment la maternité, alors qu'elles sont encore adolescentes.

Les femmes et les filles mariées à l'adolescence sont généralement moins instruites, moins autonomes aux niveaux domestique et économique et moins mobiles que les adolescentes non mariées et les femmes plus âgées. Souvent, elles se retrouvent isolées et ne possèdent pas les connaissances et compétences nécessaires pour négocier des situations qui nuisent à

leur santé et à leur bien-être, y compris s'agissant du nombre d'enfants et du moment où elles souhaitent en avoir. La différence d'âge au sein du couple est généralement plus élevée lorsque les femmes se marient jeunes que lorsqu'elles attendent d'atteindre un âge plus mûr (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022 ; Haberland *et al.*, 2004). Une activité sexuelle précoce avec un partenaire plus âgé est corrélée à de piètres relations entre les genres et à des problèmes de santé reproductive (Ryan *et al.*, 2008).

Pour remédier à ces problèmes sous-jacents, il convient de combattre les inégalités de genre ; il s'agit d'offrir aux adolescents et aux jeunes des alternatives au mariage et aux grossesses précoces en améliorant les perspectives d'éducation, d'emploi et de participation ; en dispensant une éducation complète à la sexualité ; en proposant des services de santé sexuelle et reproductive et des moyens de contraception adaptés aux adolescents ; en impliquant les parents et les proches dans l'apport d'informations, de soutien et de soins afin d'encourager une sexualité respectueuse et des relations saines parmi les adolescents (UNESCO *et al.*, 2018) ; en fixant l'âge légal du mariage à 18 ans pour les filles comme pour les garçons, avec ou sans consentement parental ; et en s'abstenant de criminaliser les relations sexuelles librement consenties et sans caractère d'exploitation entre les adolescents de même âge (Comité des droits de l'enfant, 2016).

FIGURE 5 Premiers accouchements avant l'âge de 18 ans, par région des ODD



LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES : L'ILLUSION D'UN CHOIX



Pour Yajaira, et pour un si grand nombre de jeunes femmes, en particulier celles qui sont marginalisées par la pauvreté et le manque de perspectives professionnelles et éducatives, il est presque impossible d'éviter une grossesse et un mariage précoces. © UNFPA/Wilton Castillo

EL SALVADOR/PHILIPPINES — À tout juste 16 ans, Yajaira est tombée enceinte de son petit ami âgé de 18 ans dès leur premier rapport sexuel. Peu de temps après, ils se sont mariés. « Je démarrais une nouvelle étape de ma vie », se souvient Yajaira. « Le changement a été brutal, car je devais assumer ma grossesse, alors que je venais seulement de terminer ma neuvième année d'études », ajoute-t-elle.

Sa situation n'est que trop courante. En El Salvador, où elle habite, les grossesses

chez les adolescentes comptent pour un quart de l'ensemble des grossesses (UNFPA El Salvador, 2021). Cette proportion est un signe de privation générale d'autonomie : les grossesses chez les adolescentes et les mariages précoces sont associés à des cycles de violence domestique et sexuelle (UNFPA El Salvador, 2021), un fléau qui sévissait déjà avant de bondir de 70 % au cours de la pandémie de COVID-19 (IRC, 2020). L'éducation sexuelle commence seulement à être intégrée dans le programme d'enseignement national,

et l'avortement reste strictement interdit dans toutes les circonstances, peu importe que la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste, ou que la vie de la mère et de l'enfant soit en péril.

Nous pourrions alors penser que la plupart des grossesses adolescentes sont non intentionnelles. En réalité, en El Salvador, plus de la moitié des adolescentes qui tombent enceintes (58 %) estiment que leur grossesse est intentionnelle, contre 75 % des hommes concernés (Carter et Speizer, 2005).

Lorsqu'on lui demande si elle a choisi d'avoir un enfant à 16 ans, Yajaira ne répond pas directement à la question. Elle dit qu'elle n'a bénéficié d'aucune éducation sexuelle et qu'elle a fini par avoir des relations sexuelles et tomber enceinte. Pour elle, et pour un si grand nombre de jeunes femmes, en particulier celles qui sont marginalisées par la pauvreté et le manque de perspectives professionnelles et éducatives, il est presque impossible d'éviter une grossesse et un mariage précoces. Plus d'un quart des jeunes Salvadoriennes sont mariées ou en union non officialisée avant l'âge de 18 ans (CEPALC, 2020).

Si Yajaira n'a pas fait le choix de concevoir un enfant, le mariage était sa décision. « Ma mère n'était pas d'accord », se confie-t-elle, « mais je ne voulais pas que mon enfant vive la même situation

que moi et qu'il grandisse sans père ; j'ai donc décidé de me marier pour ensuite aller vivre chez les parents de mon petit ami. Ce fut l'étape la plus difficile de ma vie. Alors que j'étais en route pour me marier à la mairie, mes camarades de classe participaient à un événement pour célébrer l'entrée au lycée. J'ai dû affronter cette triste réalité. Je me suis dit « que suis-je en train de faire ? ».

Son mari lui avait promis qu'elle pourrait continuer ses études, mais la réalité fut bien différente. En plus de s'occuper de son fils en bas âge et d'aider à couvrir les dépenses en fabriquant et vendant du fromage, elle se rendait dans la capitale départementale tous les samedis pour poursuivre sa scolarité. Après les cours, elle devait rapidement rentrer et préparer le repas pour son mari, une situation qui exaspérait sa belle-mère. Yajaira se rappelle l'entendre dire : « cette histoire de cours, c'est terminé ».

À l'autre bout du monde, à Maguindanao aux Philippines, Rahmadina était une élève comme toutes les autres, jusqu'à ce qu'elle achève sa sixième année d'études. À 14 ans, elle est tombée amoureuse et s'est mariée avec Morsid, un jeune homme âgé de 16 ans. La naissance de leur premier enfant a rapidement suivi. Le mariage et la grossesse relevaient de sa décision personnelle, affirme-t-elle. Mais elle ne s'attendait pas à ce qui allait suivre.

« Après notre mariage, j'ai réussi à terminer ma première année de lycée », précise Rahmadina, en berçant son second enfant, un nourrisson. Mais malgré son souhait de poursuivre sa scolarité, elle a finalement été rattrapée par la dure réalité. Après être parti à Manille pour le travail, son mari lui a demandé de mettre un terme à ses études car il avait lui-même quitté le système scolaire.

En dépit des problèmes financiers et des difficultés auxquelles elle est parfois confrontée pour élever, si jeune, ses deux enfants, Rahmadina apprécie son rôle de mère. Néanmoins, elle imagine la vie qu'elle aurait pu mener si elle avait fait des choix différents, confie-t-elle.

Aujourd'hui, elle souhaite trouver du travail à l'étranger « pour subvenir aux besoins de [ses] enfants », dit-elle. « Mais mon mari ne me laissera pas partir. Il dit que je n'ai pas le droit et qu'il m'abandonnera si je pars travailler à l'étranger. Je me suis fait une raison, je n'envisage plus de partir où que ce soit. »

Yajaira se sentait elle aussi coincée. Même si le mariage était sa décision, ses choix de vie ne lui appartenaient plus. Son mari était infidèle et lui infligeait des violences psychologiques. Alors qu'elle souhaitait quitter le foyer, son époux et ses beaux-parents ont utilisé son fils comme moyen de pression : « ils m'ont demandé de partir et de laisser mon fils. » Après cinq ans de mariage, elle a finalement pris une décision radicale. Elle est repartie vivre chez sa mère avec son enfant. « Je n'allais pas leur laisser mon fils. Personne ne pouvait me l'enlever. »

Déterminée à changer le cours de sa vie, elle a terminé ses études et intégré les forces de police afin de venir en aide aux victimes de violence basée sur le genre. Elle a été confrontée à une nouvelle grossesse non intentionnelle. Si cette fois elle a eu recours à un moyen de contraception, ce dernier s'est avéré inefficace. Lorsqu'elle a annoncé sa grossesse à son partenaire, celui-ci a déserté la ville.

Aujourd'hui, à 34 ans, Yajaira semble avoir confiance en elle. Elle est satisfaite par sa carrière



Rahmadina Talusan Malang, 18 ans, mère de deux enfants. © UNFPA/Rosa May DeGuzman

professionnelle, fière de ses garçons âgés de 6 et 17 ans et se réjouit du diplôme en travail social qu'elle va bientôt décrocher. Elle apprend à ses fils à devenir des hommes responsables qui rejettent les normes sexistes et parlent ouvertement de certains sujets tels que la contraception : « les mères évitent très souvent d'aborder ces sujets avec leurs enfants. Pourtant, nous devons leur en parler pour qu'ils prennent confiance en eux. »

Rahmadina prend elle aussi des décisions pour assurer son avenir. Elle s'est renseignée sur les différents moyens de contraception disponibles et va bientôt recevoir sa première injection contraceptive. Elle souhaite que sa fille ait le choix. « Je veux qu'elle finisse ses études, qu'elle ait une vie différente de la mienne et qu'elle atteigne ses objectifs avant de se marier », explique-t-elle.



*Un risque qui n'épargne
aucune femme : quand
l'érosion du libre arbitre
entraîne des grossesses
non intentionnelles*



Les grossesses non intentionnelles touchent des femmes et des filles (ainsi que des hommes transgenres et des personnes non binaires) de toutes les cultures, toutes les strates économiques et toutes les religions, quelle que soit leur situation matrimoniale. Dans de nombreuses cultures et de nombreux pays, la grossesse est source de stigmatisation pour les filles et les femmes non mariées. Quant aux femmes mariées, on part souvent du principe qu'elles seraient ouvertes ou favorables à la perspective d'une grossesse à tout moment, sans se soucier de leurs souhaits et de leurs choix. Selon cette vision du monde, le concept de grossesse non intentionnelle n'existe pas chez les femmes mariées.

En réalité, toute femme féconde en âge de procréer peut être confrontée à une grossesse non intentionnelle.

Cette situation résulte du taux d'échec des contraceptifs et des difficultés à s'en procurer (sur lesquels nous reviendrons plus en détail dans le chapitre 4), des violences sexuelles et de la coercition reproductive encore généralisées, et de l'incapacité à refuser un rapport sexuel, qui touche environ 23 % des femmes dans les pays pour lesquels on dispose de données (chiffres des ODD). Tout cela signifie que quasiment toutes les femmes et les filles fécondes en âge de procréer courent un risque, aussi infinitésimal soit-il, de tomber enceintes sans l'avoir prévu, souhaité ou accepté.

De nombreux facteurs exacerbent toutefois cette vulnérabilité. Il ne s'agit pas ici de qualités morales, mais de conditions sociodémographiques, comme l'a montré le précédent chapitre. En outre, ces facteurs n'entraînent pas des grossesses non intentionnelles, dans le sens où ils ne poussent pas inexorablement les femmes et les filles vers la grossesse : il serait plus juste de dire qu'ils *érodent* le libre arbitre. Le présent chapitre étudie la manière dont les conditions sociodémographiques peuvent compromettre (comme cela arrive souvent) le pouvoir de décision des femmes et des filles confrontées à une grossesse non intentionnelle.

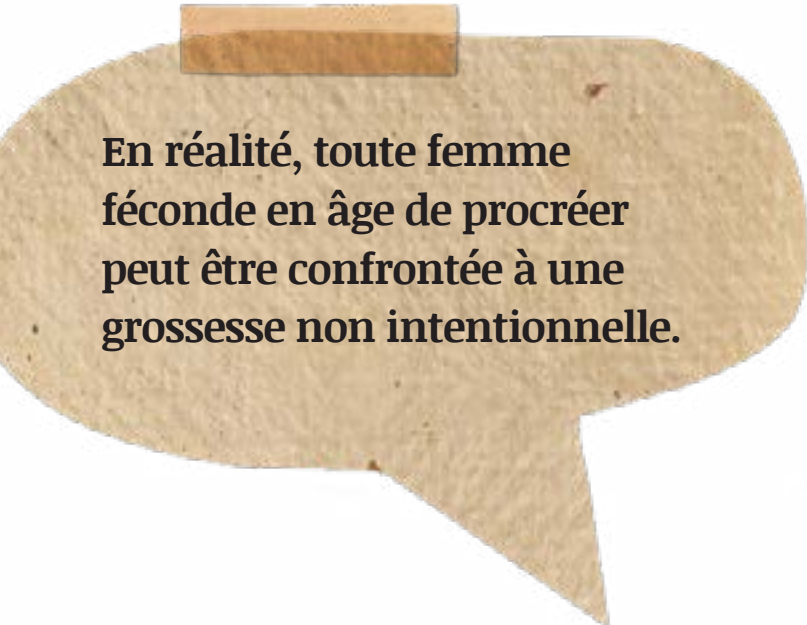
Les facteurs qui favorisent ou entravent le choix

La pauvreté et les inégalités de revenu, gravement préjudiciables au libre arbitre des femmes

On pense souvent qu'il existe un lien entre pauvreté et grossesses non intentionnelles, mais c'est loin d'être aussi simple. Le degré d'intentionnalité avec lequel une femme envisage une grossesse est souvent influencé par le contexte dans lequel elle vit. Les femmes pauvres aux perspectives plus limitées peuvent considérer la grossesse comme une fatalité ou vivre dans des conditions économiques favorables aux familles nombreuses.

Selon plusieurs études menées dans des pays en développement, les femmes qui appartiennent aux catégories de revenus les plus modestes enregistrent des taux de grossesses non intentionnelles plus élevés que celles issues de familles plus aisées (Sarder *et al.*, 2021 ; Bain *et al.*, 2020 ; Ameyaw *et al.*, 2019). Dans le cadre d'une vaste analyse des données des EDS de 29 pays d'Afrique subsaharienne entre 2010 et 2016 (Ameyaw *et al.*, 2019), des chercheurs ont observé que les femmes les plus pauvres affichaient la proportion de grossesses considérées comme non intentionnelles la plus élevée. Des études menées aux États-Unis ont abouti à des conclusions similaires (Finer et Zolna, 2016).

Cette corrélation peut s'expliquer par le fait que les femmes plus pauvres ont généralement moins les moyens d'acheter des contraceptifs modernes (Garraza *et al.*, 2020). Les femmes à faible revenu sont aussi nettement moins instruites que les autres, et ne possèdent donc pas forcément les connaissances nécessaires sur la contraception. Elles sont en outre plus susceptibles de vivre dans des régions rurales ou des quartiers mal desservis de zones urbaines, ce qui peut limiter leur accès aux services.



En réalité, toute femme féconde en âge de procréer peut être confrontée à une grossesse non intentionnelle.

Entente au sein du couple

D'après les données des EDS réalisées dans 18 pays d'Afrique subsaharienne, collectées entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000, les hommes exprimaient très majoritairement le souhait d'avoir plus d'enfants que les femmes (Westhoff, 2010). Plus récemment, une étude de 2019 consacrée à quatre pays d'Afrique subsaharienne a également révélé que le nombre d'enfants souhaités par les maris était généralement supérieur au nombre idéal indiqué par leur épouse (Atake et Ali, 2019).

La capacité des couples à exprimer et négocier leurs préférences dans ce domaine en respectant l'autonomie et le libre arbitre de chacun est donc un enjeu crucial. Malheureusement, il est établi que bon nombre de femmes n'ont guère leur mot à dire sur ces questions fondamentales : les données les plus récentes, recueillies dans 64 pays, montrent que 8 % des femmes ne sont pas en mesure de prendre des décisions en matière de contraception, et que près d'une sur quatre n'a pas le pouvoir de refuser un rapport sexuel (Nations Unies, 2022). Beaucoup font le choix de recourir à la contraception en cachette afin de réaffirmer leur autonomie lorsque leurs choix en matière de procréation sont bafoués.

Des chercheurs de l'organisation Avenir Health ont créé un indice d'entente au sein du couple, qui mesure non seulement l'entente sur le nombre d'enfants, mais aussi les déséquilibres de pouvoir au sein de la relation, influençant notablement les choix en matière de fécondité (niveau d'instruction, différence d'âge entre les deux partenaires, normes de genre, etc.). Plus les valeurs sont élevées, plus elles indiquent une bonne entente et un partage équitable des décisions. Les analyses font apparaître une forte corrélation entre l'indice d'entente au sein du couple et la prévalence de l'utilisation de moyens de contraception modernes. Constat révélateur, aucun pays inclus dans l'étude n'affichait une prévalence de l'utilisation de contraceptifs modernes supérieure à 55 % sans un indice d'entente au sein du couple relativement élevé (Bietsch et Emmart, 2022). Cette observation tend à indiquer que lorsque les couples parviennent à planifier ensemble leur avenir reproductif dans des conditions d'égalité des genres, les femmes sont plus susceptibles de pouvoir utiliser des moyens de contraception modernes.

Il convient ici de préciser que les hommes, de leur côté, n'ont à leur disposition qu'une méthode de contraception traditionnelle (le retrait) et deux méthodes modernes (les préservatifs et la stérilisation masculine). Une seule de ces méthodes modernes, à savoir la stérilisation masculine, est jugée « très efficace » dans le cadre d'une utilisation courante, selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'autre méthode moderne considérée comme principalement destinée aux hommes, le préservatif masculin, est jugée « modérément efficace » dans le cadre d'une utilisation courante (même s'il convient de souligner que les préservatifs présentent d'autres avantages, comme celui de protéger les utilisateurs et utilisatrices des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH) (OMS, 2020c). (De plus amples informations sur la contraception masculine sont disponibles à la page 70). Le manque de moyens de contraception à la disposition des hommes oblige les femmes à assumer l'essentiel de la charge contraceptive, y compris les coûts, le temps passé à consulter des services de santé et les effets secondaires, alors même que beaucoup n'ont qu'un faible pouvoir de décision en matière de contraception et de sexualité en raison de normes sociales favorisant les inégalités de genre. Une liste des méthodes à la disposition des femmes est proposée à la page 58.



© UNFPA/Fidel Évora

Néanmoins, toutes les études ne concluent pas à une corrélation linéaire ou directe entre le niveau de richesse et les grossesses non intentionnelles (Habib *et al.*, 2017), ce qui montre que cette corrélation est en fait contextuelle, qu'elle dépend des pays, et que d'autres facteurs liés à la pauvreté, comme le manque d'éducation, jouent aussi un rôle important.

Âge et libre arbitre

Les grossesses non intentionnelles chez les adolescentes sont souvent utilisées comme mises en garde pour illustrer les dangers des rapports sexuels avant le mariage. À cause de ce stéréotype, de nombreuses personnes, et même des décideurs politiques, pensent que les grossesses accidentelles



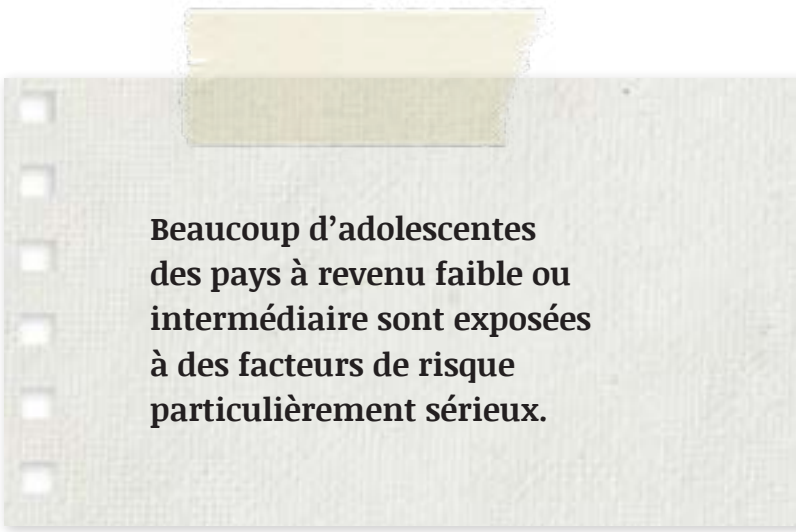
touchent majoritairement (voire essentiellement) les jeunes femmes et jeunes filles. Pourtant, les données présentent une réalité bien plus complexe.

Dans le cadre d'une récente étude sur les femmes mariées ou ayant été mariées dans six pays d'Asie du Sud (l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Inde, les Maldives, le Népal et le Pakistan), pas moins de 90 % des répondantes âgées de 15 à 19 ans ont qualifié leurs grossesses d'intentionnelles : ce chiffre, plus élevé que dans toutes les autres tranches d'âge, semble contredire l'hypothèse selon laquelle il existerait davantage de grossesses non intentionnelles chez les plus jeunes. Cependant, après vérification des éventuels facteurs de confusion (notamment la pauvreté et le niveau d'instruction), il est apparu que les adolescentes étaient les plus susceptibles

d'être tombées enceintes accidentellement (Sarder *et al.*, 2021). Une autre étude portant sur 29 pays d'Afrique subsaharienne et incluant les femmes n'ayant jamais été mariées a confirmé que les adolescentes non mariées étaient plus susceptibles que les femmes non mariées plus âgées de qualifier leurs grossesses de non intentionnelles. En revanche, sur l'ensemble des femmes et des filles, qu'elles soient célibataires, mariées ou en union libre (ou même divorcées ou veuves), les taux de grossesse non intentionnelle se sont avérés plus faibles chez les 15-19 ans que dans les autres tranches d'âge. Toutes tranches d'âge et toutes situations matrimoniales confondues, dans les pays d'Afrique, les femmes plus âgées étaient plus susceptibles de vivre des grossesses non intentionnelles que les femmes âgées de 15 à 19 ans (Ameyaw *et al.*, 2019).

Il est difficile d'en tirer des conclusions, en partie à cause de la grande hétérogénéité des méthodes d'étude et de la qualité des données. Les taux de grossesses non intentionnelles peuvent varier considérablement selon que les études s'intéressent à l'ensemble des femmes d'une cohorte ou uniquement aux femmes sexuellement actives (Finer et Zolna, 2016 ; Finer, 2010). En outre, du fait des archétypes culturels, les jeunes femmes sont souvent censées avoir des enfants pour prouver leur fécondité, en particulier si elles sont mariées, et comme nombre d'entre elles souhaitent effectivement des enfants, il est possible qu'elles choisissent ce qu'elles croient être la « bonne » réponse lorsqu'on leur demande, dans le cadre des EDS, si leur première grossesse était intentionnelle. Si l'intentionnalité était mesurée différemment (en demandant par exemple aux filles si, au moment de la survenue de leur grossesse, elles souhaitaient tomber enceintes ou auraient préféré poursuivre leurs études), l'incidence des grossesses non intentionnelles chez les adolescentes serait sans doute tout autre.

Ces résultats contradictoires entre différentes études s'expliquent également par le fait que les femmes ne sont pas confrontées aux mêmes vulnérabilités selon



Beaucoup d'adolescentes des pays à revenu faible ou intermédiaire sont exposées à des facteurs de risque particulièrement sérieux.

leur tranche d'âge. Beaucoup d'adolescentes des pays à revenu faible ou intermédiaire sont exposées à des facteurs de risque particulièrement sérieux (Neal *et al.*, 2020). On sait par exemple qu'elles n'ont pas facilement accès aux informations et aux services de contraception (Smith, 2020 ; Comité des droits de l'enfant, 2003) et que la satisfaction de leurs besoins en contraceptifs modernes est plus faible que celle de toutes les autres tranches d'âge (Kantorová *et al.*, 2021). Des études mettent par ailleurs en évidence des facteurs individuels, familiaux et communautaires qui aggravent encore la vulnérabilité de certaines filles et adolescentes face aux grossesses non intentionnelles, notamment un faible niveau d'instruction, l'utilisation ou l'abus de substances psychoactives et la violence au sein du couple (Chung *et al.*, 2018).

Compte tenu de ces vulnérabilités supplémentaires, les normes relatives aux droits fondamentaux imposent aux États de garantir aux adolescentes des services de santé de qualité, qui respectent leurs droits à la vie privée et à la confidentialité sur la base de la non-discrimination (Comité des droits de l'enfant, 2016). Ces services doivent être disponibles et accessibles même sans l'autorisation des parents ou des tuteurs en vertu de la loi, des politiques en vigueur ou dans la pratique. Pourtant, ces droits ne sont pas respectés dans de nombreuses régions du monde, ce qui signifie que la réduction du nombre de grossesses non intentionnelles chez les adolescentes et les jeunes

femmes doit être placée au cœur des préoccupations. Signalons également que ces grossesses engendrent pour les adolescentes un coût disproportionné (que nous étudierons plus en détail dans le chapitre 5).

En fin de vie reproductive, les femmes peuvent aussi être confrontées à des grossesses non intentionnelles. Les risques sont en général sensiblement différents, et pas nécessairement suscités par des problèmes d'accès aux services de contraception ou par une méconnaissance des questions liées à la sexualité et à la contraception, mais plutôt par des préjugés répandus sur le déclin de leurs capacités reproductives. On manque souvent d'informations sur la fécondité après 45 ans et sur la ménopause (Ilankoon *et al.*, 2021 ; Im *et al.*, 2010). S'il est vrai que la fécondité des femmes diminue avec l'âge, beaucoup peuvent encore tomber enceintes pendant toute la préménopause. Pourtant, l'impression qu'elles sont trop âgées pour être fécondes ou avoir une activité sexuelle peut les dissuader d'utiliser une contraception efficace (Bakour *et al.*, 2017 ;

Wellings *et al.*, 2013). Certaines femmes peuvent se croire stériles du fait de l'irrégularité menstruelle liée à la préménopause, et les prestataires de santé ne sont pas nécessairement au fait des besoins en matière de santé sexuelle à cet âge (Taylor et James, 2012). Dans les faits, les femmes mûres ou plus âgées peuvent tomber enceintes dans les mêmes ratios que les femmes plus jeunes (Chae *et al.*, 2017 ; Baldwin et Jensen, 2013).

Les conséquences d'une grossesse non intentionnelle dans cette tranche d'âge sont différentes également. Avec l'âge, la grossesse présente plus de risques de complications et de fausses couches (Frederiksen *et al.*, 2018). Si ces femmes s'exposent moins à devoir interrompre leurs études à cause d'une grossesse, elles sont en revanche confrontée à des coûts d'opportunité liés à leur participation au marché du travail, aux dépenses destinées aux enfants qu'elles ont déjà, le cas échéant, à la responsabilité vis-à-vis d'autres membres de la famille ou de petits-enfants ainsi qu'aux économies prévues pour leur retraite ou leur vieillesse.

L'inconvénient des approches exclusivement fondées sur l'abstinence

Beaucoup considèrent l'abstinence comme une méthode « infaillible » pour prévenir les grossesses. Bien entendu, cela n'est pas valable dans le cas d'un viol ou d'un rapport sexuel contraint, des pratiques malheureusement répandues à certains endroits et dans certaines circonstances, notamment en situation de crise humanitaire (voir page 54). Toutefois, même en dehors d'un tel contexte de coercition ou de violence, l'abstinence peut être inefficace si elle n'est pas pratiquée de façon fiable. Ainsi, les personnes interrogées dans le cadre des EDS indiquent souvent avoir recours à l'abstinence périodique à des fins de contraception, mais environ 40 % des personnes intéressées cessent d'utiliser cette méthode dans les 12 mois (Ali *et al.*, 2012).

Plus généralement, l'éducation prônant exclusivement l'abstinence est souvent recommandée comme un moyen d'éviter tout contact sexuel entre jeunes non mariés. Pourtant, les programmes qui font la promotion de cette seule méthode n'ont aucune efficacité pour retarder la première expérience sexuelle, réduire la fréquence des rapports sexuels ou diminuer le nombre de partenaires sexuels, contrairement aux programmes qui encouragent à retarder l'activité sexuelle tout en dispensant des informations sur l'utilisation des préservatifs et autres contraceptifs (UNESCO *et al.*, 2018).

L'éducation, facteur de liberté de choix et d'égalité

Le Programme 2030 reconnaît l'éducation et l'égalité des genres comme des piliers du développement. Il est établi que plus les filles et les femmes sont scolarisées longtemps, plus elles peuvent exercer leur libre arbitre au cours de leur existence. Elles sont mieux armées pour choisir de se marier ou non, et avec qui, et d'avoir ou non des enfants, quand et combien. Elles sont également mieux soutenues lorsqu'elles font ces choix. Il convient cependant d'éviter toute confusion : certes, l'éducation dote les filles de connaissances sur leur corps et sur leurs droits, mais elle ne doit pas faire reposer sur leurs seules épaules l'entière responsabilité de prévenir les grossesses non intentionnelles. Les communautés portent également une part de responsabilité, car lorsqu'une société accorde de l'importance à l'éducation formelle des filles, elle accepte implicitement que le potentiel des filles et des femmes ne se limite pas à la procréation et à la maternité. Le niveau d'études des filles peut ainsi être considéré à la fois comme un signe et un vecteur de lutte contre les inégalités et les stéréotypes de genre.

Selon de nombreuses études, les femmes plus instruites risquent moins de vivre des grossesses non intentionnelles que celles qui ont été scolarisées moins longtemps. Ce constat se vérifie dans des études menées dans toute l'Afrique subsaharienne, qui révèlent que les femmes ayant suivi un enseignement primaire et secondaire sont respectivement 26 et 29 % moins susceptibles de connaître une grossesse non intentionnelle que celles qui ne sont jamais allées à l'école (Ameyaw *et al.*, 2019). Il se vérifie également dans des pays à revenu plus élevé comme le Royaume-Uni (Wellings *et al.*, 2013) ou les États-Unis (Finer et Zolna, 2016).

Une corrélation a également été observée entre un niveau d'études plus élevé des partenaires masculins et un taux de grossesses non intentionnelles plus faible (Seifu *et al.*, 2020). Autrement dit, plus leurs maris

sont instruits, moins les femmes sont susceptibles de tomber enceintes accidentellement. Cette observation peut en partie s'expliquer par le fait que les femmes mariées à des hommes instruits sont plus susceptibles d'être elles-mêmes instruites, mais elle peut aussi indiquer que l'éducation permet de mieux sensibiliser les hommes aux bienfaits de la planification des naissances pour le bien-être de la famille.



Plus les filles et les femmes sont scolarisées longtemps, plus elles peuvent exercer leur libre arbitre au cours de leur existence.

La situation matrimoniale ne constitue pas une véritable protection contre les grossesses non intentionnelles

Par le passé, les inquiétudes liées aux grossesses non intentionnelles se rapportaient à la situation matrimoniale. La grossesse en dehors du mariage a longtemps été considérée comme scandaleuse ou déshonorante, et cette norme perdure dans différentes cultures et religions. Bien que la situation matrimoniale ne protège pas directement des grossesses accidentelles, on pourrait croire que la stigmatisation et les répercussions négatives qu'entraînent les grossesses non intentionnelles hors mariage produisent un effet dissuasif.



CONTRACEPTION D'URGENCE (NOM) -

CONTRACEPTIF UTILISÉ APRÈS
UN RAPPORT SEXUEL POUR
RETARDER L'OVULATION ET/OU
EMPÊCHER LA FÉCONDATION
AFIN D'ÉVITER UNE GROSSESSE.
REMARQUE D'USAGE : LES
CONTRACEPTIFS D'URGENCE
NE SONT PAS DES PRODUITS
ABORTIFS.

Cependant, les données ne font apparaître aucun lien évident entre la situation matrimoniale et le risque de grossesse non intentionnelle (Hall *et al.*, 2016 ; Ikamari *et al.*, 2013 ; Melian, 2013). Certaines études avancent que les femmes non mariées y sont plus exposées, tandis que d'autres parviennent à la conclusion inverse (Ameyaw *et al.*, 2019 ; Nyarko, 2019). Selon une étude portant sur 29 pays d'Afrique subsaharienne, par exemple, les grossesses non intentionnelles chez les femmes non mariées étaient, en moyenne, plus *fréquentes* que chez les femmes mariées. Mais une fois pris en compte d'autres facteurs (tels que l'âge), les chercheurs ont abouti à la conclusion inverse : les femmes mariées étaient *in fine* bien plus *susceptibles* de connaître une grossesse non intentionnelle (Ameyaw *et al.*, 2019).

On pourrait aussi supposer que les femmes mariées, dont les grossesses accidentelles sont en général plus acceptables socialement, sont moins disposées à se faire avorter. Une fois encore, les données disponibles brossent un tableau plus nuancé :

une étude de 2016 (Sedgh *et al.*, 2016a) fait état d'un taux d'avortement globalement supérieur chez les femmes mariées, en dépit de variations considérables d'une région à l'autre.

Nombre d'enfants et intentions

De nombreuses études tendent à indiquer que les femmes ayant davantage d'enfants seraient plus exposées aux grossesses non intentionnelles. Une étude consacrée aux femmes vivant avec le VIH en Ouganda a ainsi conclu qu'« un plus grand nombre de grossesses augmentait la probabilité de connaître des grossesses non intentionnelles » (Napyo *et al.*, 2020). Dans six pays d'Asie du Sud, en moyenne, 22,7 % des femmes ayant au moins trois enfants avaient connu une grossesse non intentionnelle, contre seulement 5,5 % des femmes sans enfants (Sarder *et al.*, 2021).

Cette corrélation peut s'expliquer de plusieurs manières. Certains chercheurs allèguent que les femmes ayant plus d'enfants ont peut-être une utilisation moins régulière de la contraception, un recours plus limité à la contraception d'urgence, plus d'expérience des effets secondaires des contraceptifs (saignements excessifs, par exemple), ou qu'elles sont peut-être davantage confrontées au refus de leurs partenaires ou encore aux ruptures de stock dans les établissements de santé accessibles. D'autres expliquent cela par les préférences des femmes en matière de fécondité. Les femmes ayant plus d'autonomie, c'est-à-dire plus instruites, jouissant d'un pouvoir de décision plus important et exerçant davantage de contrôle sur les ressources domestiques, préfèrent en général avoir moins d'enfants (Atake et Ali, 2019) ; il est donc possible que les femmes moins autonomes aient tendance à préférer fonder une famille plus nombreuse, *mais aussi* qu'elles aient moins de prise sur leur fécondité, d'où un nombre supérieur de grossesses non intentionnelles.

Le lien entre le nombre d'enfants et les intentions de grossesse est pourtant loin d'être irréfutable : plusieurs études montrent une corrélation, tandis que



Risques, orientation sexuelle et identité de genre : les minorités sexuelles ne sont pas épargnées

La marginalisation, quelle que soit sa forme, peut gravement affecter le libre arbitre des personnes susceptibles de tomber enceintes. Malgré l'opinion dominante selon laquelle seules les femmes en couple hétérosexuel risqueraient une grossesse non intentionnelle, des études montrent que cette vulnérabilité touche également (et peut-être même encore davantage) les minorités sexuelles.

Des chercheurs ont d'ailleurs observé que la présomption selon laquelle ce risque ne concernerait pas les femmes des minorités sexuelles, notamment les femmes lesbiennes et bisexuelles, pouvait en réalité contribuer à accroître leur vulnérabilité (Everett *et al.*, 2017). Ces femmes sont en effet moins susceptibles d'avoir recours à la contraception, ont moins accès aux services de santé reproductive que les femmes hétérosexuelles, et sont davantage confrontées aux tensions sociales et à la stigmatisation.

Une méta-analyse d'études menées dans plusieurs pays a révélé que les adolescentes lesbiennes et bisexuelles risquaient davantage de tomber enceintes que les adolescentes hétérosexuelles (Hodson *et al.*, 2016). Dans le cadre d'une autre étude, des femmes lesbiennes ont rapporté avoir eu des partenaires sexuels masculins, et les femmes bisexuelles ont indiqué, en moyenne, un plus grand nombre de partenaires sexuels masculins que les femmes hétérosexuelles (Xu *et al.*, 2010). Ces conclusions contre-intuitives peuvent en partie s'expliquer par les pressions sociales, la coercition et les violences sexuelles auxquelles les minorités sexuelles sont bien plus souvent soumises (Rothman *et al.*, 2011). Une équipe de recherche a calculé qu'environ 54 % des grossesses enregistrées sur un échantillon de personnes s'identifiant comme transgenres, non binaires ou fluides étaient accidentelles, contre 48 % dans l'ensemble de la population (Moseson *et al.*, 2021). Pour les minorités sexuelles, ces grossesses non intentionnelles peuvent également s'accompagner de conséquences spécifiques, notamment parce qu'elles aggravent la stigmatisation, la discrimination et la dysphorie dont souffrent ces personnes, et parce qu'elles compliquent la recherche de prestataires de santé bienveillants et compétents (Everett *et al.*, 2019 ; Müller *et al.*, 2018).

d'autres n'en trouvent aucune (Napyo *et al.*, 2020) ; certaines concluent au contraire que les grossesses non intentionnelles *diminuent* quand le nombre d'enfants augmente (Ameyaw *et al.*, 2019 ; Nyarko, 2019).

L'espacement des naissances peut également apporter un éclairage sur le libre arbitre exercé par les femmes. Il est établi que les grossesses non intentionnelles (Ahrens *et al.*, 2018 ; Hall *et al.*, 2016 ; White *et al.*, 2015) et la violence au sein du couple (Maxwell *et al.*, 2018) sont associées à un plus faible espacement des naissances. Des naissances trop rapprochées peuvent entraîner des complications pour la mère, le fœtus

et le nouveau-né (OMS, 2007), ce qui illustre bien l'accumulation de vulnérabilités qui touche les femmes ayant moins d'autonomie corporelle et décisionnelle.

La participation au marché du travail, facteur propice au libre arbitre

De nombreuses études montrent une corrélation entre l'absence du marché du travail rémunéré et un nombre accru de grossesses non intentionnelles. En Éthiopie, les femmes sans emploi étaient 6,8 fois plus susceptibles de connaître une grossesse accidentelle que les femmes travaillant comme fonctionnaires,

par exemple (Moges *et al.*, 2020). Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les femmes sans activité professionnelle enregistraient des taux de grossesses non intentionnelles largement supérieurs à ceux des femmes occupant quatre catégories d'emploi (encadrement, emplois de bureau, vente et agriculture) (Ameyaw *et al.*, 2019).

Ce qu'il faut retenir, c'est que la participation au marché du travail rémunéré a un effet émancipateur sur le libre arbitre et l'autonomie corporelle des femmes. Les femmes disposant de ressources financières sont mieux en mesure de se procurer des contraceptifs et disposent d'un pouvoir décisionnel plus important au sein du ménage (Acharya *et al.*, 2010). Les coûts d'opportunité d'une grossesse accidentelle sont par conséquent bien plus élevés pour les femmes qui ont accès à un revenu, ce qui porte à croire que le travail rémunéré constituerait une forte motivation à éviter les grossesses non intentionnelles (Ameyaw *et al.*, 2019). Une participation accrue de femmes instruites au marché du travail est en outre considérée comme un facteur essentiel de développement, facteur qui inversement favorise leur liberté de choix (comme nous l'avons vu dans le chapitre 2).

La fracture entre zones rurales et urbaines

De nombreuses études montrent que la probabilité pour les femmes des régions rurales de connaître une grossesse non intentionnelle est plus élevée que pour celles des zones urbaines, et même plus de deux fois supérieure dans certains cas (Ameyaw *et al.*, 2019). L'explication la plus simple serait que les femmes des zones rurales ont un accès plus limité aux moyens de contraception modernes, ce qui est souvent vrai (nous reviendrons plus en détail sur cette question dans le chapitre 4), mais cette justification est largement incomplète. À bien des égards, les habitantes des communautés rurales ont sans doute plus de mal à affirmer leur autonomie de manière générale. Ainsi, les femmes des régions rurales des pays d'Asie (Acharya *et al.*, 2010), d'Amérique latine (Chant, 2013) et d'Afrique (Darteh *et al.*, 2019) possèdent moins d'autonomie décisionnelle au sujet des soins de santé, de la gestion du foyer et de l'utilisation de contraceptifs. En règle générale, les normes sociales et de genre dans ces régions sont aussi plus conservatrices et patriarcales. Des entretiens menés avec des femmes de République démocratique du Congo montrent que les normes socioculturelles et la mauvaise communication entre époux sont un frein à la contraception, par exemple (Mbadu *et al.*, 2017). En outre, les habitantes des zones rurales des pays en développement sont généralement moins instruites et plus pauvres (Suttie, 2019 ; ONU-Femmes, 2012), des facteurs qui, nous l'avons vu, sont associés à des taux plus élevés de grossesses non intentionnelles.

Quand les choix sont inexistants

Si les facteurs mentionnés ci-dessus contribuent largement à favoriser ou à restreindre l'autonomie corporelle des femmes et des filles, on sait également que nombre d'entre elles n'ont qu'un pouvoir décisionnel faible, voire inexistant, en ce qui concerne les grossesses et l'activité sexuelle qui les précède. Ces femmes et ces filles, ainsi que les personnes à l'identité

COERCITION REPRODUCTIVE (NOM)

COMPORTEMENT QUI CONSISTE À ENTRAVER ACTIVEMENT L'AUTONOMIE D'UNE FEMME EN MATIÈRE DE PROCRÉATION, NOTAMMENT EN AYANT RECOURS AU SABOTAGE CONTRACEPTIF, AU RETRAIT NON CONSENTI DU PRÉSERVATIF (« STEALTHING »), À L'AVORTEMENT FORCÉ, OU EN L'EMPÊCHANT D'AVORTER ALORS QU'ELLE LE SOUHAITE. CES ACTES SONT RECONNUS COMME UNE FORME DE VIOLENCE AU SEIN DU COUPLE, MAIS PEUVENT ÉGALEMENT ÊTRE COMMIS PAR DES MEMBRES DE LA FAMILLE OU PAR D'AUTRES PERSONNES.

de genre non conforme, se voient privées de tout ou partie de leur autonomie corporelle du fait de la violence, de la coercition ou de situations sur lesquelles elles n'ont absolument aucune prise.

Violence et coercition

La violence, en particulier la violence sexuelle, constitue une violation incontestable et reconnue des droits fondamentaux et présente une forte corrélation avec les grossesses non intentionnelles (Miller *et al.*, 2010). Un rapport sexuel violent, non désiré ou non consenti peut donner lieu à une grossesse. Ces diverses formes de violence peuvent en outre altérer de façon plus générale les capacités de décision de la personne survivante, compromettant son aptitude à exercer ses droits de multiples manières, notamment en l'empêchant

de se faire entendre, d'accéder aux services de santé (et notamment à un avortement médicalisé) ou de se procurer et d'utiliser des contraceptifs.

Des décennies de recherche ont établi que la violence au sein du couple et les comportements qui s'y rattachent, comme la coercition reproductive, avaient de lourdes conséquences sur la santé sexuelle des personnes survivantes, notamment en ce qui concerne le recours à la contraception et la prévalence des grossesses non intentionnelles (Skracic *et al.*, 2021 ; Silverman *et al.*, 2019 ; Raj *et al.*, 2015 ; Miller *et al.*, 2010a ; Coker, 2007). Ces personnes sont plus susceptibles d'avoir un partenaire non monogame et il est plus probable que celui-ci n'utilise pas de préservatif (Silverman et Raj, 2014). Certaines études ont observé que la probabilité d'avoir un partenaire

Le contrôle reproductif

Le terme « contrôle reproductif » a été utilisé pour la première fois dans la littérature scientifique en 2010, mais les pratiques auxquelles il renvoie existent depuis très longtemps (Miller *et al.*, 2010a). Très différent du concept de « contrôle des naissances » (synonyme de planification familiale), le contrôle reproductif peut prendre la forme de comportements très divers, comme le chantage émotionnel, la violence verbale, les menaces de violence et la violence physique, destinés à empêcher une femme de maîtriser son corps et sa fécondité. Le contrôle reproductif peut aller jusqu'à la « coercition reproductive » (Paterno *et al.*, 2021 ; Tarzia et Hegarty, 2021 ; Boyce *et al.*, 2020 ; Grace et Anderson, 2018), exercée par un partenaire ou un membre de la famille pour contrer les choix d'une femme en matière de procréation, par exemple en l'empêchant d'interrompre une grossesse alors qu'elle le souhaite ou, à l'inverse, en la forçant à se faire avorter contre son gré. La coercition reproductive englobe également le sabotage contraceptif, qui consiste par exemple à percer un préservatif, à jeter des pilules contraceptives ou à retirer de force un patch, un anneau vaginal ou un DIU (Rowlands et Walker, 2019) – et le « stealthing », retrait du préservatif par le partenaire masculin pendant un rapport sexuel consenti uniquement avec un préservatif (Brodsky, 2017). Non seulement les femmes qui subissent des violences au sein du couple sont deux fois plus susceptibles que les autres d'avoir un partenaire masculin qui refuse la contraception (Silverman et Raj, 2014), mais elles s'exposent en outre à des violences supplémentaires si elles tentent de négocier sur ce point (Thiel de Bocanegra *et al.*, 2010).

VIOLENCE, COERCITION ET ÉROSION DU LIBRE ARBITRE

FREETOWN, Sierra Leone — « Je n'étais pas prête à tomber enceinte », confie Mamusu, une jeune fille aujourd'hui âgée de 18 ans et originaire de Freetown, en Sierra Leone. « Quand j'ai commencé à fréquenter cet homme, personne ne s'occupait de mon éducation ou ne m'aidait quand j'avais besoin de fournitures pour l'école... Il était le seul à être là pour moi. »

Mamusu décrit le père de son enfant comme son « petit ami », son « mari » ou « l'homme qui l'a mise enceinte », ce qui montre bien que leur relation n'est absolument pas basée sur l'égalité.

Mamusu a rencontré cet homme alors qu'elle était enfant, tout juste adolescente. Elle voulait à tout prix poursuivre sa scolarité, mais la pauvreté venait assombrir la perspective fragile d'un avenir plus radieux. « On nous demandait d'acheter des stylos, des livres, de faire nos devoirs, etc., mais je n'avais pas d'argent... Il m'a dit qu'il voulait sortir avec moi, et je lui ai expliqué mes problèmes. »

Son aide n'a été que de courte durée : « je n'ai pas été ravie d'apprendre que j'étais enceinte à 14 ans. »

Mamusu n'est pas la seule dans cette situation. En Sierra Leone, les jeunes filles sont souvent désemparées face à des dilemmes insolubles. Les taux de grossesses adolescentes (UNFPA, n. d.) et de mortalité maternelle (UNFPA, n. d. a.) du pays figurent parmi les plus élevés au monde. Les violences sexuelles, omniprésentes (UNFPA Sierra Leone, n. d.), ciblent en grande partie les enfants et entraînent des conséquences terribles. Les jeunes filles les plus vulnérables sont susceptibles d'être agressées ou approchées par des garçons et des hommes plus âgés lorsqu'elles se risquent à sortir pour aller chercher de l'eau, vendre des marchandises ou même se rendre à l'école. Celles qui acceptent une relation sexuelle, qu'elle soit amoureuse, monnayée ou les deux, le font souvent dans une position de faiblesse ou pour assurer leur survie. Lorsqu'elles tombent enceintes, il n'est pas rare qu'elles soient chassées de chez elles et abandonnées à leur sort.

Selon Mangenda Kamara, cofondatrice et directrice de 2YoungLives, un projet de mentorat consacré aux filles enceintes, « les jeunes filles ne tombent pas enceintes par choix. » « La pauvreté extrême, la violence et les différents niveaux de coercition dont elles sont victimes, y compris les rapports sexuels monnayés, limitent leurs possibilités », précise-t-elle.



Mamusu a connu sa première grossesse à l'âge de 14 ans. © UNFPA/Michael Duff

Bien que les jeunes filles n'aient que peu d'autonomie, elles doivent assumer l'entière responsabilité de leur grossesse, même si elle est la conséquence d'un viol. « Lorsqu'une personne subit un viol et tombe enceinte, elle n'a pas vraiment le choix », explique Fatmata Sorie, avocate à Freetown et présidente de l'organisation d'avocates Legal Access through Women Yearning for Equality, Rights and Social Justice. » « Les structures en place ne viennent pas en aide aux victimes de viol. Par exemple, les postes de police ne disposent même pas du matériel nécessaire pour les examiner », ajoute-t-elle.

On fait souvent comprendre aux jeunes filles qu'elles sont responsables de leur sexualité, même lorsque les rapports sont contraints. En outre, elles ne sont guère informées sur leurs droits ou sur le fonctionnement de leur corps. Jusqu'à récemment, l'éducation à la sexualité était quasi inexistante et les filles visiblement enceintes n'étaient pas autorisées à retourner à l'école. (L'association de Mme Sorie et l'UNFPA ont milité en faveur de l'adoption d'une loi modifiant ces règles, mais la mise en œuvre de cette politique vient à peine de commencer.) Selon le partenariat Family Planning 2030 (FP2030), plus de 86 % des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans n'ont jamais utilisé de moyens de contraception, et 21 % d'entre elles deviendront mères avant l'âge de 19 ans (FP2030, 2020 ; Stats SL et ICF, 2020). Par ailleurs, l'avortement reste passible de poursuites pénales en Sierra Leone. Lorsqu'une femme y a recours, « celui-ci est pratiqué dans des conditions particulièrement dangereuses et peu professionnelles », affirme Mme Sorie.

L'accumulation de tous ces facteurs est souvent fatale. « Avant la mise en place des mesures de quarantaine,

nous avons réalisé une enquête qui a révélé que le taux de mortalité maternelle chez les filles âgées de moins de 18 ans [à East Freetown] s'élevait à une sur dix », explique Lucy November, sage-femme et chercheuse au King's College de Londres (November et Sandall, 2018). Les recherches qu'elle a menées aux côtés de Mme Kamara ont incité les deux femmes à lancer l'initiative 2YoungLives.

Les filles qui tombent enceintes sont souvent reniées et abandonnées. C'est ce qui est arrivé à Dankay, aujourd'hui âgée de 18 ans. Elle aussi a été approchée par un homme plus âgé qui l'a aidée à s'en sortir : « Quand j'ai accepté ses avances, il s'est peu à peu mis à m'apporter son aide. Mais lorsque je suis tombée enceinte de lui, il a refusé d'assumer ses responsabilités et commencé à m'éviter. Ma tante m'a alors mise à la porte, car pour elle, il était scandaleux d'être enceinte sans qu'un homme reconnaisse l'enfant. » Dankay a été hébergée par une connaissance, mais bien souvent, elle ne mangeait pas à sa faim et était contrainte de dormir sur le pas de la porte, dans le froid.

« Ces jeunes filles ont été stigmatisées par la communauté, par l'école, par l'hôpital, par tout le monde », explique Mme Kamara. Parfois, « lorsque personne ne vient à leur rescousse, en les accompagnant ou en les conseillant, elles finissent par perdre le bébé, voire par y laisser la vie. »

Le moindre soutien peut être d'une importance capitale, ajoute-t-elle. Le mentorat, le soutien social, les services de garde d'enfants, la diffusion d'informations factuelles et la bienveillance peuvent faire la différence. Grâce au projet 2YoungLives,



Dankey, 18 ans, a essayé, en vain, de faire reconnaître la paternité de son enfant.
© UNFPA/Michael Duff

Mamusu a pu créer sa petite entreprise et s'est révélée une excellente élève. Elle entend bien tirer pleinement profit de ses capacités, non seulement pour elle et son enfant, mais également pour sa communauté. « Après ma réussite aux examens et l'obtention de mon diplôme universitaire, je souhaite devenir infirmière », explique Mamusu. « Quand je vais à l'hôpital, je vois combien les infirmières prennent soin des patients », ajoute-t-elle.

Dankay reçoit elle aussi de l'aide pour pouvoir jongler entre ses études et son rôle de mère. La résilience et la détermination de ces femmes à offrir à leurs enfants une vie meilleure sont des exemples dont les décideurs politiques feraient bien de s'inspirer. Leur potentiel doit être valorisé et non gaspillé, et elles en ont conscience.

« Devenir mère à un si jeune âge n'est pas facile, mais je sortirai plus forte de ces épreuves », elle affirme.

refusant d'utiliser un moyen de contraception et celle de connaître une grossesse non intentionnelle étaient deux fois plus élevées pour les femmes victimes de violence au sein du couple que pour les femmes non confrontées à la violence dans leurs relations (Silverman et Raj, 2014). Ces études portaient sur des pays aussi divers que le Bangladesh (Silverman *et al.*, 2007) et la Nouvelle-Zélande (Fanslow *et al.*, 2008).

Les femmes qui subissent des violences sont aussi plus susceptibles d'avoir recours à la contraception en cachette (Silverman *et al.*, 2020 ; McCarraher *et al.*, 2006), ce qui porte à croire que les partenaires violents sont nombreux à réprimer activement ou à tenter de réduire l'autonomie reproductive de leur compagne. Selon une méta-analyse de sept études réunissant près de 15 000 participants de cinq pays (Maxwell *et al.*, 2015), dans l'ensemble, « la probabilité qu'une femme indique utiliser des

contraceptifs était 53 % plus faible chez les femmes ayant vécu [des violences au sein du couple] que chez les femmes qui n'y avaient pas été confrontées. » Une autre étude menée auprès de femmes mariées au Nigéria a révélé que celles qui avaient subi des violences au sein du couple étaient 1,28 fois plus susceptibles d'avoir interrompu leur contraception que celles qui n'avaient pas été exposées à la violence (Kupoluyi, 2020).

En dehors des violences sexuelles, d'autres formes de violence ont de sérieuses conséquences sur le libre arbitre des femmes et des filles en matière de procréation. Une étude réalisée aux États-Unis en 1999 a établi une forte corrélation entre les grossesses non intentionnelles et le fait d'avoir subi des violences domestiques physiques ou psychologiques pendant l'enfance et l'adolescence. Cet exemple illustre de façon éloquente les

Quand les lois et les normes se heurtent à la réalité de l'expérience vécue

De nombreux textes législatifs et instruments de protection des droits de la personne s'accordent de manière quasi universelle sur le fait que la violence sexuelle et la violence au sein du couple constituent des violations des droits fondamentaux. Le droit de ne pas subir de violences sexuelles ni de violences au sein du couple est énoncé clairement depuis des décennies, notamment par le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2017). Dans de nombreux cas, la grossesse résulte d'un recours à la force ou à la coercition. C'est en partie pour cela que l'avortement est légal dans une grande majorité de pays (Allotey *et al.*, 2021) et considéré comme un droit fondamental par de nombreux organes conventionnels des droits de l'homme internationaux ainsi que dans des traités régionaux de protection des droits fondamentaux (Fine *et al.*, 2017).

L'obligation qui incombe aux gouvernements de prévenir les actes de violence, à enquêter à leur sujet, ainsi qu'à poursuivre en justice et sanctionner leurs auteurs figure également dans le droit international et régional des droits de l'homme et dans les législations nationales (Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2017). Par ailleurs, les grossesses forcées sont dans certains cas considérées comme un crime contre l'humanité et un crime de guerre (Assemblée générale des Nations Unies, 1998 ; CICR, 1977). Pourtant, malgré une adhésion massive à ces instruments et normes juridiques du monde entier, la coercition et les violences sexuelles demeurent omniprésentes, et leurs auteurs restent impunis.

conséquences durables de cette aliénation et tend à indiquer que les répercussions psychologiques de la privation d'autonomie pourraient être un facteur majeur de grossesses non intentionnelles (Dietz *et al.*, 1999).

À quelle fréquence les violences sexuelles et les rapports sexuels contraints entraînent-ils des grossesses ? Trop souvent, comme le confirment les données. Des enquêtes menées en Haïti, au Malawi, au Nigéria, en Ouganda et en Zambie se sont intéressées à l'incidence des grossesses issues d'un rapport sexuel contraint chez les jeunes filles et les jeunes femmes âgées de 13 à 21 ans. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 10,4 à 18 % avaient subi des violences sexuelles, soit de la part de leur partenaire intime actuel ou d'un ancien partenaire intime, soit de la part d'un membre de la famille, d'une connaissance ou d'un inconnu (Statmatakis *et al.*, 2020). Parmi celles qui avaient été violées, la proportion d'adolescentes ayant indiqué être tombées enceintes à la suite du viol allait de 13,2 % au Nigéria à 36,6 % au Malawi. Cette étude concluait que dans certains cas, plus d'un tiers des personnes ayant indiqué avoir subi des violences étaient tombées enceintes à la suite de leur première expérience de rapport sexuel forcé ou sous la contrainte, ou de la dernière expérience en date. Des études plus anciennes consacrées à l'incidence des grossesses issues d'un viol ont révélé que celles-ci étaient aussi fréquentes, voire plus fréquentes (Gottschall *et al.*, 2003 ; Wilcox *et al.*, 2001) que celles issues d'un rapport sexuel consenti.

La violence reste en effet bien plus acceptée socialement que ce que l'on pourrait croire. Si cette tolérance de la part des femmes aussi bien que des hommes a nettement diminué entre 2000 et 2010 (Pierotti, 2013), les mentalités évoluent à un rythme irrégulier, et des études montrent que dans certaines régions, une large proportion de femmes estiment encore que la violence est justifiée si une femme refuse un rapport sexuel (Banque mondiale, 2021).

Une analyse consacrée aux violences sexuelles chez les personnes réfugiées et déplacées dans leur propre pays a toutefois estimé leur prévalence à 21,4 % sur la base d'une sélection de 19 études.

La violence n'est pas la seule forme de privation d'autonomie corporelle et de pouvoir de décision subie par les personnes qui tombent enceintes de façon non intentionnelle. La coercition, c'est-à-dire le recours à la force, à des pressions et/ou à l'intimidation ainsi que l'absence de consentement, ne s'accompagne pas nécessairement de violences, mais altère sérieusement les capacités d'une personne à affirmer ses intentions et à exercer sa liberté de choix. Les femmes peuvent céder leur pouvoir de décision en matière de sexualité et de grossesse à leur partenaire de peur de subir des violences, ou parce que la violence est socialement acceptée ou attendue.

Lorsqu'une grossesse fait suite à un viol ou à un rapport sexuel contraint, les préjudices et les violations des droits se cumulent. La coercition ou violence sexuelle constitue en elle-même une violation des droits fondamentaux ; en outre, forcer une personne à tomber enceinte et forcer une personne à poursuivre sa grossesse ou à subir un avortement contre son gré (des formes de coercition reproductive) sont reconnus comme des formes de violence et des violations des droits fondamentaux (Grace et Anderson, 2018 ; Miller et Silverman, 2010).

QUAND LA CONTRACEPTION EST INEFFICACE

UNFPA — La contraception a changé le cours de l'histoire : depuis des décennies, les méthodes modernes renforcent le pouvoir des femmes sur leur vie reproductive et aident les pays à atteindre leurs objectifs de développement. Toutefois, ces méthodes ne sont pas toujours efficaces.

En Inde, après avoir vécu un accouchement difficile qui aurait pu lui coûter la vie à l'âge de 24 ans, Mukul a décidé de se faire poser un dispositif intra-utérin. Cependant, moins d'un an plus tard, elle a découvert à sa grande surprise qu'elle était de nouveau enceinte. Cinq mois s'étant déjà écoulés, il était trop tard pour envisager un avortement. Elle a donné naissance à une deuxième petite fille. « Nous avons accueilli notre deuxième enfant et l'avons éduquée avec sa sœur », explique Mukul. « Tout allait pour le mieux, ma fille recevait beaucoup d'amour de la part de toute ma famille et de tous mes amis. »

Mukul n'imaginait pas retomber enceinte. Le dispositif intra-utérin, une méthode de longue durée, est considéré comme l'un des moyens de contraception les plus fiables. Toutefois, aucun contraceptif n'est infaillible, qu'il s'agisse de contraceptifs oraux,

des implants, des progestatifs injectables ou même des vasectomies. Lorsqu'elles sont utilisées systématiquement et correctement, ces méthodes présentent un taux d'échec inférieur (voire nettement inférieur) à un point de pourcentage, mais elles s'avèrent parfois inefficaces. Par exemple, au Royaume-Uni, un avortement sur quatre est imputable à une contraception hormonale inefficace (BBC, 2017), un chiffre qui est presque multiplié par deux si d'autres méthodes telles que le préservatif, le diaphragme et le retrait sont prises en compte.

« J'ai compris que le moyen de contraception que j'utilisais n'avait pas fonctionné quand j'ai appris la nouvelle à six mois de grossesse. J'étais en état de choc et me suis demandé ce qu'il s'était passé. »

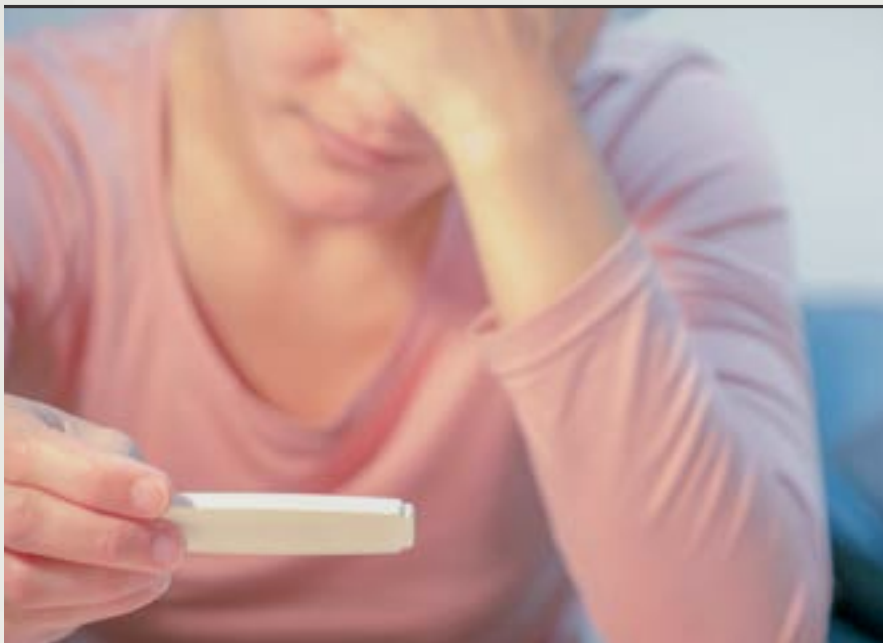
Plusieurs années plus tard, Mukul est de nouveau tombée enceinte, alors qu'elle continuait de recourir à la contraception. Elle était certaine de ne plus vouloir d'enfant, même si son père insistait fortement pour qu'elle essaye d'avoir un garçon. (Malgré la réussite personnelle de Mukul, une universitaire accomplie, sa famille continuait d'afficher une nette préférence pour les garçons.) « J'ai choisi d'avorter afin de pouvoir assumer mes engagements

envers mes deux filles, des engagements qui auraient été réduits par l'arrivée d'un troisième enfant », explique-t-elle. « Je n'ai aucun regret », ajoute-t-elle.

Dalila*, qui vit dans une zone rurale en El Salvador, a vécu une expérience très similaire. Peu après leur mariage, elle et son nouveau mari ont reçu la visite d'un conseiller du planning familial, mais Dalila n'a pas souhaité recourir à la contraception. « Je voulais avoir un enfant. La naissance de ma fille m'a comblée de joie », explique-t-elle.

Comme Mukul, elle a commencé à utiliser un moyen de contraception après la naissance de son premier enfant et a appris qu'elle était de nouveau enceinte alors que sa grossesse était déjà bien avancée. « J'ai compris que le moyen de contraception que j'utilisais n'avait pas fonctionné quand j'ai appris la nouvelle à six mois de grossesse. J'étais en état de choc et me suis demandé ce qu'il s'était passé. »

Ces histoires ne surprendraient pas D' Ayse Akin, médecin exerçant en Turquie qui œuvre depuis cinquante ans dans le domaine de la santé publique et reproductive. Elle a été témoin de nombreuses grossesses inattendues chez des patientes munies d'un DIU ou utilisant d'autres méthodes



Aucun contraceptif n'est infaillible.

© Shutterstock

« Parfois, les femmes ne découvrent leur grossesse que très tardivement, car elles ne s'y attendent pas ».

avec la légalisation de l'avortement en Turquie, un grand nombre d'hôpitaux ne pratiquent toujours pas d'avortements médicalisés, et de nombreux médecins n'ont ni le temps ni l'envie de conseiller leurs patientes sur l'utilisation de contraceptifs.

Dalila et Mukul ont continué de recourir à la contraception même après leurs mésaventures. Le mari de Mukul a subi une vasectomie pour ne plus risquer d'agrandir la famille. Dalila, qui dit avoir été « comblée de joie » par sa deuxième grossesse surprise, a elle aussi décidé de ne plus avoir d'enfants.

Dalila conseille à ses filles, désormais adolescentes, de trouver un partenaire qui les soutiendra et les aidera à concrétiser leurs ambitions, mais aussi de recourir à des méthodes de planification familiale. Elle tient à ce que chacune de ses filles décide de son avenir : « personne ne les obligera à porter la vie si elles ne se sentent pas prêtes à devenir mères. »

** Le prénom a été modifié pour garantir le respect de la vie privée et la protection de la personne concernée.*

contraceptives. « Parfois, les femmes ne découvrent leur grossesse que très tardivement, car elles ne s'y attendent pas », explique-t-elle.

Toutefois, l'échec contraceptif ne touche pas toutes les femmes de la même façon ou dans les mêmes proportions. Une étude réalisée en 2019 a mis en évidence, pour certaines méthodes, un taux d'échec contraceptif jusqu'à dix fois plus élevé chez les jeunes utilisatrices que chez les utilisatrices plus âgées (Bradley *et al.*, 2019). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène : il est possible que les jeunes femmes soient plus fécondes et actives sexuellement, qu'elles manquent d'expérience dans l'utilisation des contraceptifs, ou qu'elles aient encore plus de difficultés à accéder à des conseils de qualité dans ce domaine. En outre, le taux d'échec contraceptif est nettement

plus élevé chez les femmes les plus pauvres. Ces résultats montrent que les femmes les moins armées pour faire face à une grossesse non intentionnelle, c'est-à-dire les plus jeunes et les plus pauvres, sont plus susceptibles d'être confrontées à cette situation, malgré tous leurs efforts pour l'éviter.

Les conséquences peuvent être désastreuses, explique D^r Akin, une médecin qui a aidé de nombreuses patientes ayant eu recours à un avortement clandestin ou non médicalisé. Ces femmes arrivaient en sang, souffraient d'anémie ou de septicémie ; nombre d'entre elles ont subi des complications à long terme ou n'ont pas survécu. « C'était terrible », confie-t-elle. En un mois, sur quatre femmes prises en charge après un avortement non médicalisé, « trois sont décédées, une seule a pu être sauvée. » Selon D^r Akin, si la situation s'est améliorée après 1983

(et, implicitement, l'avortement médicalisé) dans le dispositif minimum d'urgence en matière de santé reproductive et de violence basée sur le genre (Heidari *et al.*, 2019 ; Foster *et al.*, 2017).

Échec des moyens de contraception et utilisation irrégulière ou incorrecte

L'accès aux contraceptifs n'est pas une solution miracle qui permettrait de prévenir la totalité des grossesses non intentionnelles. Même utilisés correctement et régulièrement, tous les moyens de contraception modernes se traduisent par un certain taux d'échec. (Quant aux méthodes traditionnelles, elles sont encore moins fiables.) Autrement dit, les grossesses imprévues ne peuvent pas être et ne seront pas totalement éliminées par les méthodes actuellement disponibles.

De plus, comme le montrent les données des Centers for Disease Control and Prevention et de l'OMS, le taux d'échec des contraceptifs est encore plus élevé si l'on se base sur l'utilisation en conditions réelles, jusqu'à 21 % d'échec dans le cas des préservatifs féminins (de plus amples informations sur le taux d'efficacité des différents contraceptifs sont disponibles à la page 58).

L'échec du moyen de contraception et l'utilisation en conditions réelles figurent parmi les principales raisons de grossesse non intentionnelle invoquées par les femmes du monde entier. Au Royaume-Uni, le British Pregnancy Advisory Service, qui pratique des avortements, a révélé que sur les quelque 60 000 femmes ayant eu recours à l'avortement dans l'un de ses centres en 2016, plus de la moitié utilisaient au moins un moyen de contraception. Le directeur du service s'est confié à la BBC : « Nos informations montrent que les femmes ne peuvent pas contrôler leur

L'UNFPA et les grossesses non intentionnelles

Pour prévenir les grossesses non intentionnelles et le recours aux avortements non médicalisés, l'UNFPA œuvre dans plus de 120 pays afin de favoriser l'accès à des soins et des services complets de santé sexuelle et reproductive et de stimuler la demande en la matière, et ce à tous les âges de la vie, les besoins n'étant pas les mêmes et pouvant évoluer tout au long de l'existence et aux différentes étapes de la vie sexuelle et reproductive de chaque individu.

Le Plan stratégique de l'UNFPA pour la période 2022-2025 définit l'engagement de l'organisation à développer la dispense de services complets de santé sexuelle et reproductive et d'informations dans ce domaine en vue d'un objectif de couverture sanitaire universelle.

À la demande des gouvernements concernés, dans les limites permises par la loi de chaque pays et conformément aux directives de l'OMS ainsi qu'au paragraphe 8.25 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, l'UNFPA aide les gouvernements et d'autres parties prenantes et partenaires de mise en œuvre à assurer l'accès à l'éducation complète à la sexualité pour les jeunes, scolarisés ou non, à des services de contraception et des produits contraceptifs de qualité, y compris pour les adolescentes, ainsi qu'à des soins post-avortement pour toutes, et à des services destinés à prévenir et à combattre la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes telles que le mariage d'enfants, entre autres.

Plus de
120 pays et
territoires

fécondité grâce à la contraception uniquement, même lorsqu'elles utilisent les méthodes les plus efficaces » (BBC, 2017).

Une étude affirme ainsi que les grossesses enregistrées chez des utilisatrices de contraceptifs représentaient près de la moitié des grossesses non intentionnelles ; dans 9 cas sur 10, ces grossesses s'expliquaient par une utilisation irrégulière ou incorrecte des contraceptifs, et dans 1 cas sur 10, le contraceptif n'avait pas fonctionné malgré une utilisation optimale (Frost et Darroch, 2008).

Autres formes de marginalisation

D'autres formes de marginalisation parfois imbriquées contribuent à l'érosion du libre arbitre et exacerbent les vulnérabilités face aux grossesses accidentelles. Les travailleuses du sexe, par exemple, se heurtent à des obstacles juridiques et sociaux pour accéder à la contraception, ce qui entraîne un nombre élevé de grossesses non intentionnelles (Faini *et al.*, 2020 ; Ampt *et al.*, 2018). Les personnes handicapées sont extrêmement exposées aux violences sexuelles (jusqu'à 10 fois plus de risques de subir des violences sexuelles pour les femmes

handicapées que pour les autres) et peuvent aussi être soumises à des avortements forcés en cas de grossesse (UNFPA, 2018). Les inégalités raciales et ethniques ainsi que d'autres disparités aggravent la vulnérabilité face aux grossesses non intentionnelles. Tous ces facteurs mériteraient d'être étudiés de manière bien plus approfondie que nous ne pouvons le faire ici.

S'intéresser davantage aux données et éviter les attitudes réprobatrices

Contrairement à la représentation erronée qui en est souvent faite (résultat d'un moment éphémère de passion ou d'imprudence, par exemple), les grossesses non intentionnelles constituent un problème complexe que l'on ne peut réduire à des explications simplistes. Comme le montrent les données présentées ici et dans le chapitre 2, ce problème relève d'un ensemble plus large de facteurs politiques, économiques, socioculturels et technologiques touchant les filles, les femmes et les autres personnes susceptibles de tomber enceintes, et ce à tous les niveaux. Il serait tout à fait judicieux d'adopter une approche globale pour réduire les grossesses accidentelles, et d'éviter les attitudes moralisatrices à l'égard des personnes concernées. Du fait de la stigmatisation des grossesses imprévues chez les adolescentes et les femmes non mariées, celles-ci ont souvent du mal à accéder à des moyens de contraception. Chez les femmes mariées, dont la société attend généralement qu'elles aient des enfants, l'expérience des grossesses non intentionnelles est souvent trop peu reconnue et trop peu étudiée. La stigmatisation peut aussi toucher des femmes qui, sans cela, se réjouiraient d'être enceintes, ou qui ont besoin de temps pour surmonter leur ambivalence.

En définitive, la question des grossesses non intentionnelles témoigne de la valeur que la société accorde ou non aux femmes et aux filles. En ne



La question des grossesses non intentionnelles témoigne de la valeur que la société accorde ou non aux femmes et aux filles.

donnant pas aux femmes et aux filles suffisamment de pouvoir pour choisir de concevoir ou non un enfant, la société fait de la maternité une fatalité plutôt qu'une aspiration. En revanche, lorsque la

société leur donne les moyens de faire des choix délibérés dans ce domaine, elle reconnaît leur valeur intrinsèque en tant qu'êtres humains, en matière de maternité, mais aussi bien au-delà.



© UNFPA/Fidel Évora

Efficacité, effets secondaires et effets bénéfiques des contraceptifs

Les contraceptifs sont sans danger, et les moyens de contraception modernes, en particulier, peuvent être extrêmement efficaces pour prévenir une grossesse non intentionnelle. Certaines méthodes peuvent ne pas convenir à toutes les utilisatrices pour des raisons médicales, socioéconomiques ou logistiques. Il est donc important que les personnes concernées aient accès à des informations sur le large éventail de contraceptifs disponibles, sur leurs effets secondaires et sur leurs effets bénéfiques en dehors de la contraception pour pouvoir prendre des décisions éclairées. Les informations ci-après sont tirées des dernières recommandations de l'OMS (OMS, 2020c ; OMS, 2018). Elles n'ont pas vocation à être utilisées pour prodiguer des conseils médicaux ou à des fins thérapeutiques ; les prestataires de santé doivent consulter les sources originales.

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES INTRA-UTÉRINES					
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU LNG)	3 à 7 ans (selon le type)	0,2 à 0,8	0,2 à 0,8	Perturbations des saignements, acné, maux de tête, sensibilité ou douleurs mammaires, nausées, prise de poids, vertiges, troubles de l'humeur, kystes ovariens	Peut protéger de l'anémie, des cancers de l'endomètre et du col de l'utérus, pourrait réduire les crampes, les saignements et les symptômes de l'endométriose
Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre	Jusqu'à 10 à 12 ans (selon les directives nationales)	0,6	0,8	Perturbations des saignements, crampes abdominales pendant les périodes menstruelles, notamment dans les 3-6 premiers mois	Peut protéger des cancers de l'endomètre
MÉTHODES HORMONALES					
Implant	3 à 5 ans (selon le type)	0,1	0,1	Perturbations des saignements, maux de tête, douleurs abdominales, acné (amélioration ou aggravation selon le cas), prise de poids, sensibilité mammaire, vertiges, troubles de l'humeur, nausées, complications rares	Peut protéger de la maladie pelvienne inflammatoire symptomatique et de l'anémie
Contraceptif progestatif injectable (DMPA, DMPA-SC ou NET-EN)	Tous les 2 ou 3 mois (selon le type)	0,2	4	Perturbations des saignements, prise de poids, maux de tête, vertiges, gêne abdominale, troubles de l'humeur, baisse de la libido, perte de densité osseuse	Peut protéger du cancer de l'endomètre, des fibromes, des symptômes de la maladie pelvienne inflammatoire et d'autres maladies (DMPA) ainsi que de l'anémie (DMPA et NET-EN)
Contraceptifs injectables ou injectables combinés mensuels	Tous les mois	0,05	3	Perturbations des saignements, prise de poids, maux de tête, vertiges, sensibilité mammaire	Données limitées, mais les effets bénéfiques pourraient être les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée
Pilule contraceptive combinée (ou « pilule »)	Tous les jours	0,3	7	Perturbations des saignements, maux de tête, vertiges, nausées, prise de poids, troubles de l'humeur, sensibilité mammaire, autres risques rares, voire rarissimes	Peut protéger des cancers de l'endomètre et des ovaires ainsi que des symptômes de la maladie pelvienne inflammatoire
Pilule progestative (ou « pilule minidosée »)	Tous les jours	0,3	1 à 7 (selon que l'utilisatrice est ou non allaitante)	Perturbations des saignements, maux de têtes, vertiges, troubles de l'humeur, sensibilité mammaire, douleurs abdominales, nausées	Protège des risques de grossesse. Sans danger pour les femmes allaitantes et leur bébé, car n'affecte pas la lactation
Patch	Une fois par semaine pendant 3 semaines	0,3	7	Irritations cutanées, perturbations des saignements, maux de tête, nausées, vomissements, sensibilité et douleurs mammaires, douleurs abdominales, symptômes grippaux, vaginite	Données limitées, mais les effets bénéfiques pourraient être les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée
Anneau vaginal contraceptif (progestatif)	Anneau à porter pendant 3 semaines	0,3	7	Perturbations des saignements, maux de tête, vaginite, pertes	Données limitées, mais les effets bénéfiques sont probablement les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée
Anneau vaginal (contraceptif hormonal)	90 jours	1 à 2	1 à 2	Perturbations des saignements, douleurs abdominales, douleurs mammaires	Ne compromet pas la lactation pour les femmes allaitantes

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES BARRIÈRES					
Cape cervicale	Avant chaque rapport sexuel	9 à 26 (selon que l'utilisatrice a déjà accouché ou non)	16 à 32 (selon que l'utilisatrice a déjà accouché ou non)	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Peut protéger de certaines IST ainsi que des lésions cervicales précancéreuses et du cancer du col de l'utérus
Diaphragme	Avant chaque rapport sexuel	16	17	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Peut protéger de certaines IST ainsi que des lésions cervicales précancéreuses et du cancer du col de l'utérus
Préservatif masculin	Usage unique	2	13	Réactions allergiques au latex (extrêmement rares)	Double protection contre la grossesse et les IST (notamment le VIH)
Préservatif féminin	Usage unique	5	21	Aucun	Double protection contre la grossesse et les IST (notamment le VIH)
Spermicide	Avant chaque rapport sexuel	16	21	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Contribue à protéger des risques de grossesse
MÉTHODES FONDÉES SUR LA CONNAISSANCE DES PÉRIODES DE FÉCONDITÉ					
Méthode du calendrier (Standard Days Method)	Tous les mois, en évitant les rapports sexuels pendant la période de fécondité ou en utilisant des méthodes barrières ces jours-là	5	12	Aucun	Contribue à protéger des risques de grossesse
Méthodes fondées sur les symptômes (méthode des deux jours, méthode de l'ovulation, méthode symptothermique)	Tous les mois, en évitant les rapports sexuels pendant la période de fécondité ou en utilisant des méthodes barrières ces jours-là	< 1 à 4	2 à 23	Aucun	Contribue à protéger des risques de grossesse
Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	Jusqu'à 6 mois après un accouchement, pendant la période d'aménorrhée, dans le cadre d'un allaitement exclusif	0,9 (en 6 mois)	2 (en 6 mois)	Aucun	Encourage l'allaitement, bénéfique pour la santé de la mère et du bébé
RETRAIT					
Retrait (coït interrompu)	Pendant le rapport sexuel	4	20	Aucun	
CONTRACEPTION D'URGENCE					
DIU au cuivre	Pose dans un délai de 5 jours après un rapport sexuel non protégé	Aucune donnée	Aucune donnée	Perturbations des saignements, risques et complications peu fréquents ou rares	Peut protéger des cancers de l'endomètre et du col de l'utérus
Pilule contraceptive d'urgence	Jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé	< 1 à 2	S.o.	Perturbations des saignements, nausées, douleurs abdominales, fatigue, maux de tête, sensibilité mammaire, vertiges, vomissements	Contribue à protéger des risques de grossesse, n'interrompt PAS une grossesse existante
MÉTHODES PERMANENTES DE CONTRÔLE DES NAISSANCES					
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	Permanente, efficacité immédiate	0,5	0,5	Complications peu fréquentes, voire rarissimes	Peut protéger de la maladie pelvienne inflammatoire ainsi que du cancer des ovaires
Stérilisation masculine (vasectomie)	Permanente, mais une autre méthode doit être utilisée pendant les 3 premiers mois	0,1	0,15	Complications peu fréquentes, voire rarissimes	Peut protéger la partenaire des risques de grossesse

DMPA : acétate de médorxyprogestérone • **DMPA-SC** : acétate de médorxyprogestérone en injection sous-cutanée
NET-EN : énanthate de noréthistérone • **IST** : infections sexuellement transmissibles

Témoignages

Un questionnaire informel a permis de recueillir une soixantaine de réponses issues de près de 30 pays à la fin de l'année 2021. Nous en présentons les principaux échantillons, adaptés à des fins de concision.

Dans quel contexte avez-vous acquis vos connaissances en matière de reproduction et de contraception ?

Réponse	Personne interrogée
En école de médecine.	<i>Inde, homme, 59 ans</i>
J'ai appris tout cela à l'école de médecine.	<i>Brésil, femme, 46 ans</i>
Au sein d'une organisation de jeunes	<i>République-Unie de Tanzanie, homme, 53 ans</i>
C'est au cours de ma formation universitaire que j'ai pu en apprendre plus sur la reproduction	<i>Nigéria, femme, 37 ans</i>
Via un prestataire de santé.	<i>Mali, homme, 43 ans</i>
Dans le cadre d'un projet mis en place dans ma communauté.	<i>Burkina Faso, femme, 23 ans</i>
Grâce à ma mère et aux médias.	<i>Algérie, femme, 44 ans</i>
Via l'organisation dans laquelle je travaille.	<i>Maroc, femme, 24 ans</i>
Dans le cadre d'une formation officielle et à travers les réseaux sociaux.	<i>Jordanie, femme, 40 ans</i>
Après la naissance de mon premier enfant, grâce à une gynécologue.	<i>Ukraine, femme, 39 ans</i>
À l'école, à l'université, à la télévision, sur internet.	<i>Népal, femme, 23 ans</i>

Est-il quelquefois difficile d'accéder à des informations fiables en matière de santé sexuelle ?

Réponse	Personne interrogée
C'est très difficile pour les adolescents et les jeunes. On leur donne souvent des informations erronées, destinées à leur faire peur.	<i>République-Unie de Tanzanie, homme, 53 ans</i>
Quand j'étais au lycée, ma copine a dû faire 50 km en bus pour pouvoir se rendre dans une bibliothèque qui proposait un livre sur la reproduction.	<i>États-Unis, femme, 70 ans</i>
Beaucoup croient encore aux histoires de grand-mères.	<i>Jordanie, femme, 44 ans</i>
Presque tous les jeunes que je connais, mais également des personnes non mariées de tout âge, rencontrent des difficultés pour accéder à ces informations.	<i>Soudan, femme, 31 ans</i>
Ces informations, pour la plupart, ne sont accessibles qu'en zone urbaine.	<i>Ouganda, homme, 35 ans</i>
La sexualité a tendance à être un sujet tabou.	<i>Tadjikistan, femme, 30 ans</i>
J'ai rencontré une femme qui avait déjà 6 enfants. Elle ne voulait pas en avoir d'autres, mais ne savait pas quoi faire pour l'éviter.	<i>République démocratique populaire lao, femme, 58 ans</i>
Beaucoup de personnes dans mon entourage sont abreuvées d'informations erronées et stéréotypées. Les personnes chargées de communiquer autour de ces sujets ne sont pas correctement formées.	<i>Bénin, homme, 24 ans</i>
Oui. Mes parents ne parlaient jamais de ces choses-là.	<i>Pérou, femme, 53 ans</i>
Oui, à l'époque, on ne savait presque rien de tout cela. La sexualité et la contraception étaient des sujets tabous.	<i>Ukraine, femme, 39 ans</i>

Avez-vous déjà été confronté(e) à des croyances infondées sur la contraception ?

Réponse	Personne interrogée
On m'a dit que la pilule contraceptive pouvait rendre stérile.	<i>États-Unis, femme, 39 ans</i>
Certaines personnes croient à tort qu'uriner après les relations sexuelles peut permettre de prévenir les grossesses.	<i>Inde, homme, 59 ans</i>
Même les médecins continuent de penser que les DIU, par exemple, ne peuvent pas être posés sur des femmes nullipares.	<i>Brésil, femme, 46 ans</i>
J'ai entendu dire que les contraceptifs faisaient grossir.	<i>Ghana, femme, âge non précisé</i>
J'ai entendu dire que les contraceptifs étaient inefficaces, qu'ils pouvaient se déplacer dans l'organisme.	<i>Nigéria, femme, 37 ans</i>
En pharmacie, une amie s'est vue refuser une pilule contraceptive d'urgence sous prétexte qu'elle allaitait. C'est comme ça qu'elle a donné naissance à son quatrième enfant.	<i>Espagne, femme, 40 ans</i>
Les gens pensent que les contraceptifs rendent stérile, qu'ils causent le cancer, que vouloir contrôler les naissances est une idée importée de l'étranger.	<i>Soudan, femme, 31 ans</i>
Non. Je ne suis pas mariée et je ne me renseigne pas à ce sujet. Pour moi, ce sont des questions taboues.	<i>Maroc, femme, 24 ans</i>
On nous disait que la contraception rendait stérile.	<i>Burkina Faso, femme, 43 ans</i>
Oui. Que les préservatifs doivent uniquement être utilisés pour les rapports sexuels hors mariage, que la pilule rend stérile, que le DIU cause des hémorragies, etc.	<i>Algérie, femme, 44 ans</i>
Les médecins participent souvent à diffuser des informations erronées auprès des femmes.	<i>Brésil, homme, 75 ans</i>
Une tante m'avait expliqué que le simple fait de parler de contraception était une invitation au sexe.	<i>Mexique, femme, 35 ans</i>
Un recours trop fréquent à la contraception d'urgence pourrait rendre stérile.	<i>Népal, femme, 23 ans</i>

Certain(e)s de vos ami(e)s ou vous-même avez-vous déjà utilisé des méthodes AUTRES que les moyens de contraception modernes ?

Réponse	Personne interrogée
Non, mais beaucoup de mes patients pratiquent la méthode du retrait.	<i>Brésil, femme, 46 ans</i>
Une femme m'a indiqué se laver après chaque rapport.	<i>Ouganda, femme, 46 ans</i>
Oui, une variété particulière de melon.	<i>Nigéria, femme, 60 ans</i>
Non, mais j'ai entendu parler de certaines méthodes traditionnelles, comme l'utilisation d'herbes.	<i>Niger, femme, 37 ans</i>
Les méthodes naturelles.	<i>Burkina Faso, femme, 50 ans</i>

Est-il parfois difficile de se procurer des contraceptifs ?

Réponse	Personne interrogée
À l'époque, le régime d'assurance-maladie dont je bénéficiais ne me permettait pas d'accéder à des contraceptifs oraux.	États-Unis, femme, 39 ans
Durant le confinement lié à la pandémie de COVID-19, les femmes des bidonvilles ont eu beaucoup de mal à se procurer des contraceptifs. Beaucoup d'entre elles sont tombées enceintes malgré elles, ce qui a conduit à un grand nombre d'avortements.	Inde, homme, 59 ans
Oui, en tant que médecin, nous éprouvons des difficultés à nous procurer des implants et des kits de pose de DIU.	Brésil, femme, 46 ans
Oui, surtout pour les jeunes. Ils essuient de nombreuses insultes et injures.	Nigéria, femme, 60 ans
Oui. Les gens ont peur, car la confidentialité n'est pas toujours respectée	Trinité-et-Tobago, femme, 65 ans
Les contraceptifs sont régulièrement en rupture de stock.	Ouganda, homme, 35 ans
Beaucoup de filles non mariées n'osent pas consulter, car elles craignent que les principes de confidentialité ne soient pas respectés. Les médecins n'appliquent pas toujours le secret médical.	Tadjikistan, femme, 30 ans.
Non, pas du tout.	Bénin, femme, 27 ans
Non.	Jordanie, homme, 42 ans
Les mineurs ne sont pas autorisés à consulter sans la présence d'un adulte.	Panama, femme, 56 ans
Oui ! Quand j'avais 21 ans, après qu'un médecin a refusé de me prescrire la contraception de mon choix, j'ai décidé de consulter un de ses confrères. Il a accepté de me poser un DIU, mais l'a fait de façon très brutale.	Mexique, femme, 38 ans
Oui, malheureusement.	Pérou, homme, 26 ans

Avez-vous déjà fait pression sur votre partenaire pour qu'il ou elle n'utilise pas de contraceptifs ?

Réponse	Personne interrogée
Non !	États-Unis, femme, 39 ans
Non, je ne lui ai jamais mis la pression pour ça.	Bénin, homme, 24 ans
Non.	Inde, homme, 59 ans
Oui, car je veux des enfants, mais mon mari, lui, ne souhaite pas en avoir.	Soudan, femme, 37 ans
Non.	République-Unie de Tanzanie, homme, 53 ans
Non.	Brésil, femme, 46 ans
J'étais plutôt celle qui insistait pour utiliser des contraceptifs.	Nicaragua, femme, 50 ans
Non.	Trinité-et-Tobago, femme, 65 ans
Non.	Tadjikistan, femme, 30 ans
Oui.	Inde, femme, 35 ans
Non, il s'agit toujours d'un accord mutuel.	Pérou, homme, 26 ans
Non.	Ukraine, femme, 39 ans

Avez-vous déjà ressenti des effets secondaires indésirables après avoir utilisé un moyen de contraception ?

Réponse	Personne interrogée
Prise de poids, acné, nausées, sautes d'humeur, maux de tête, diarrhées, crampes d'estomac.	États-Unis, femme, 39 ans
J'avais souvent la vision trouble et je souffrais de sautes d'humeur. Personne ne m'avait jamais prévenue des potentiels effets secondaires.	Jordanie, femme, 44 ans
Oui, des saignements plus abondants et des douleurs abdominales dans les premiers mois.	Nigéria, femme, 37 ans
Non.	Inde, femme, 62 ans
Oui, des sautes d'humeur.	Soudan, femme, 31 ans
Non applicable.	Ouganda, homme, 35 ans
Le DIU causait à ma femme des crampes abdominales.	Brésil, homme, 75 ans
Oui, avec l'implant. De la fatigue et une perte de libido.	Mexique, femme, 38 ans
Non.	Panama, femme, 56 ans
J'ai pris du poids.	Ukraine, femme, 39 ans
Non.	Jordanie, homme, 42 ans

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels sans recours à un moyen de contraception, alors que vous ne projetiez pas pour autant d'avoir un enfant ?

Réponse	Personne interrogée
Oui, mais mon partenaire utilisait la méthode du retrait.	Jordanie, femme, 29 ans
Oui.	Inde, femme, 62 ans
Oui. Personnellement, comme je n'aime pas utiliser de préservatifs, en particulier lorsque je ne connais pas la marque ou le modèle, il m'arrive d'avoir des rapports non protégés.	Pays non spécifié, femme, 24 ans
Oui.	Tanzanie, homme, 53 ans
Oui. Non seulement car il est difficile de se procurer des contraceptifs, mais également, parfois, sous la pression de mon partenaire.	Soudan, femme, 31 ans
Rarely.	États-Unis, femme, 30 ans
Oui, car les moyens contraceptifs ne sont pas toujours accessibles.	Trinité-et-Tobago, femme, 65 ans
Oui.	Tadjikistan, femme, 30 ans
Non, j'ai toujours utilisé le préservatif couplé à une autre méthode contraceptive, même dans le cadre des relations avec mon mari.	Brésil, femme, 65 ans

Dans votre communauté, qui prend généralement les décisions en matière de contraception ? Les femmes et les hommes ont-ils le même pouvoir de décision ?

Réponse	Personne interrogée
On considère généralement que c'est à la femme de s'occuper des questions liées aux contraceptifs oraux ou à action prolongée. Les préservatifs, eux, sont plutôt vus comme une responsabilité masculine.	<i>États-Unis, femme, 39 ans</i>
Les femmes et les hommes ont le même pouvoir de décision, mais les familles et les communautés ont également leur mot à dire.	<i>République démocratique populaire lao, femme, 50 ans</i>
Les hommes ont un plus grand pouvoir de décision. Les femmes doivent souvent agir en secret ou faire preuve de discrétion lorsqu'elles souhaitent accéder à des services contraceptifs.	<i>Inde, homme, 59 ans</i>
Généralement, les hommes n'aiment pas utiliser des préservatifs, et beaucoup dissuadent les femmes de prendre un traitement contraceptif.	<i>Brésil, femme, 46 ans</i>
Les hommes ont un plus grand pouvoir de décision.	<i>République-Unie de Tanzanie, homme, 53 ans</i>
Les femmes ne sont pas autorisées à décider par elles-mêmes.	<i>Nigéria, femme, 60 ans</i>
Les hommes peuvent facilement se procurer des préservatifs, mais les femmes, elles, doivent supporter les regards désapprobateurs lorsqu'elles en achètent. De plus, dans beaucoup de cliniques, les femmes ont encore besoin de l'autorisation de leur partenaire pour bénéficier d'une consultation de planification familiale. Et puisque, dans la majorité des cas, c'est le mari qui tient la bourse, les hommes finissent par influencer leurs décisions.	<i>Nigéria, femme, 37 ans</i>
Nous sommes dans une société patriarcale. Les hommes ont plus de poids dans la prise de décision.	<i>Jordanie, femme, 44 ans</i>
La plupart des hommes refusent que leurs femmes utilisent des contraceptifs. C'est également mal vu par les familles et les communautés.	<i>Tanzanie, femme, 51 ans</i>
Les hommes ont un pouvoir de décision sur tout. Les prestataires de santé demandent d'ailleurs souvent l'autorisation du mari pour délivrer une contraception.	<i>Soudan, femme, 31 ans</i>
Dans la plupart des cas, le choix du contraceptif est conditionné par sa disponibilité, plutôt que par les préférences personnelles.	<i>Ouganda, homme, 35 ans</i>
Mon mari et ma belle-mère interfèrent beaucoup dans mes choix.	<i>Jordanie, femme, 29 ans</i>
Même lorsqu'elles se rendent à l'hôpital pour se faire délivrer une contraception, les femmes doivent être accompagnées de leur mari.	<i>Bénin, homme, 24 ans</i>
Beaucoup d'hommes pensent que les contraceptifs ne sont pas autorisés.	<i>Maroc, femme, 24 ans</i>
Dans ma congrégation, les femmes n'ont pas recours à la contraception...quant aux hommes, ça ne leur vient même pas à l'idée. Il y a 30 ans, j'ai subi une grande pression de la part du père de mes enfants, qui souhaitait que je tombe enceinte.	<i>Nicaragua, femme, 50 ans</i>
Dans certains couples, les hommes refusent d'utiliser des contraceptifs, prétextant une gêne ou une absence de plaisir. Les femmes cèdent souvent par crainte ou soumission.	<i>Pérou, femme, 20 ans</i>
On fait beaucoup pression sur moi pour que j'aie des enfants, alors même que je n'en ai pas le désir. On me considère comme anormale, car je ne souhaite pas être mère.	<i>Mexique, femme, 38 ans</i>

**Vous-même ou l'une de vos connaissances, avez-vous déjà vécu une grossesse non intentionnelle ?
Si vous deviez faire face à cette situation aujourd'hui, comment réagiriez-vous ?**

Réponse	Personne interrogée
J'en vis une en ce moment même. Avec mon partenaire de longue date, nous utilisons systématiquement (et correctement) un préservatif, mais celui-ci a glissé. Même si nous n'avions pas prévu d'avoir des enfants, j'ai décidé de garder le bébé. Malheureusement, cela a signé la fin de notre relation. Je serai donc une mère célibataire.	<i>États-Unis, femme, 39 ans</i>
Oui, ma sœur. Elle avait 19 ans.	<i>Brésil, femme, 46 ans</i>
Pas que je sache... Pour ma part, j'essaierais d'obtenir un avortement médicamenteux le plus rapidement possible.	<i>États-Unis, femme, 30 ans</i>
Oui, à 18 ans. C'est également arrivé à l'une de mes amies, alors âgée de 35 ans.	<i>Nigéria, femme, 37 ans</i>
Oui, une de mes amies a subi un avortement chirurgical lorsqu'elle avait 23 ans. Personnellement, je chercherais des solutions d'avortement sans risque, même si pour cela je dois me rendre à l'étranger.	<i>Pays inconnu, femme, 24 ans</i>
Non. Pour ma part, je m'organiserais pour accueillir notre enfant au mieux.	<i>République démocratique populaire lao, femme, 58 ans</i>
Oui, lorsque j'avais une vingtaine, puis une trentaine d'années. Aucune de mes grossesses n'était planifiée.	<i>Ukraine, femme, 39 ans</i>
Une de mes amies proches a pris du misoprostol pour mettre fin à sa grossesse. Mais, en Tanzanie, l'avortement n'est autorisé qu'en cas de danger mortel pour la mère. Donc, si la situation se reproduisait, je lui conseillerais d'accepter la situation et d'éviter de recourir à une interruption de grossesse non médicalisée.	<i>République-Unie de Tanzanie, homme, 53 ans</i>
Oui. Une de mes connaissances, qui s'est mariée assez jeune, a subi des pressions pour avoir des enfants dès sa première année de mariage.	<i>Jordanie, femme, 44 ans</i>
Oui, cette personne avait 16 ans et a donné naissance à un enfant mort-né à cause d'une mauvaise prise en charge médicale.	<i>Ouganda, homme, 35 ans</i>



Révéler les obstacles à la liberté de choix

La manière la plus évidente de prévenir une grossesse non intentionnelle – à part l’abstinence sexuelle qui, comme nous l’avons déjà expliqué (voir page 42), n’est pas une méthode « infallible » – est de recourir à la contraception ; une large gamme de moyens de contraception sûrs et efficaces a été mise au point. Bien que toutes les formes de contraception enregistrent un certain taux d’échec, l’échec contraceptif proprement dit ne représente qu’une proportion relativement modeste des grossesses accidentelles. Les difficultés rencontrées dans le cadre d’une utilisation régulière et correcte jouent également un rôle important, mais le principal problème, et de loin, concerne la non-satisfaction des besoins en matière de contraception.

Selon les estimations mondiales, 257 millions de femmes souhaitant éviter une grossesse n'ont pas recours à des méthodes contraceptives modernes et sûres, et parmi elles, 172 millions n'utilisent aucun moyen de contraception (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2021). L'indicateur 3.7.1 des ODD appelle expressément à répondre à ce besoin, compte tenu de son importance pour le développement international.

Il serait très réducteur de penser que la grossesse est une conséquence évidente d'un rapport sexuel non protégé et que les politiques publiques n'ont guère de solutions à proposer aux couples ou aux individus qui ne tiennent pas compte de cette réalité ; cette opinion est pourtant bien trop répandue. Selon les derniers chiffres des ODD, dans 64 pays, pas moins de 8 % des femmes ne sont pas en mesure de faire leurs propres choix en matière de contraception, et 24 % ne peuvent pas prendre de décisions concernant leur propre santé, des violations manifestes de leurs droits qui nécessitent des mesures correctrices de la part des États ainsi qu'une évolution des normes. Des millions de femmes sont également confrontées à des situations ayant une incidence moins évidente mais bien réelle sur l'utilisation, la non-utilisation et l'abandon de la contraception. Une analyse plus approfondie de ces facteurs laisse entrevoir les mesures que pourraient prendre les décideurs pour encourager et protéger le libre arbitre individuel en matière de procréation.

Les programmes de planification familiale fonctionnent

Il convient tout d'abord d'insister sur le fait que les programmes de planification familiale ont considérablement amélioré la situation à l'échelle mondiale. L'utilisation de moyens de contraception est en hausse dans toutes les régions du monde, et la non-satisfaction des besoins diminue. En 2022, sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (soit âgées de 15 à 49 ans), 1,1 milliard étaient considérées

comme ayant besoin d'une contraception, c'est-à-dire souhaitant éviter ou retarder la conception d'un enfant. Parmi elles, 858 millions utilisaient un moyen de contraception moderne et 85 millions avaient recours à une méthode traditionnelle (Nations Unies, 2022).

Des chercheuses ont remarqué une évolution des raisons invoquées par les femmes pour expliquer pourquoi elles n'employaient pas de contraceptifs alors lorsqu'elles souhaitaient éviter une grossesse (Sedgh *et al.*, 2016). Si la méconnaissance des moyens de contraception était la cause la plus fréquente de non-utilisation dans les années 1980, c'est aujourd'hui la raison la moins souvent invoquée, et davantage de femmes mettent en cause les effets secondaires et la faible fréquence de leurs rapports sexuels. L'accès aux contraceptifs s'est également amélioré avec le temps, et est moins souvent mentionné pour expliquer la non-utilisation. Ces études mettent en évidence les progrès qui peuvent être et ont été accomplis par des programmes de planification familiale efficaces, mais elles font également apparaître les écarts qu'il reste encore à réduire. Ainsi, l'accès insuffisant aux contraceptifs et le manque de connaissances persistent dans de nombreux endroits, en particulier dans les régions rurales (Moreira *et al.*, 2019).

Pour combler ces lacunes, il convient de s'intéresser de plus près aux taux de non-utilisation et à leurs raisons. Le point de départ doit consister à demander aux femmes ce qu'elles souhaitent. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra déterminer si elles peuvent réaliser leurs souhaits et dans quelle mesure cette possibilité est influencée par les programmes, les politiques et les normes. Le présent chapitre se penche sur trois grandes questions que les chercheurs et les décideurs devraient poser s'agissant de la non-satisfaction des besoins de contraception. Lorsqu'une femme souhaite prévenir ou retarder une grossesse : a) souhaite-t-elle utiliser des moyens de contraception modernes ; b) peut-elle se procurer la méthode de son choix, en particulier en cas

d'évolution de ses choix ; et c) l'environnement facilite-t-il ou complique-t-il son recours à la contraception ?

S'il s'attache tout particulièrement aux femmes des pays à revenu faible ou intermédiaire, où ces besoins sont les moins satisfaits, ce chapitre aborde de nombreux problèmes également valables et répandus dans des pays de toutes les régions, indépendamment du niveau de revenu.

Les femmes souhaitent-elles utiliser des moyens de contraception modernes ? Analyse de la demande

Toute personne a le droit de décider elle-même de façon éclairée d'avoir ou non recours à une méthode contraceptive. Ce choix touche évidemment à son désir d'éviter une grossesse, un souhait qui n'est pas nécessairement clair ni permanent. Ce désir est fortement susceptible d'évoluer au fil du temps selon l'âge de la personne concernée, en fonction des normes sociales, de sa famille et de son ou ses partenaires, mais également de son parcours et de son corps.

Inquiétudes liées à la santé et aux effets secondaires

Les études démontrent que la non-utilisation ou l'arrêt de la contraception s'expliquent souvent par la peur d'avoir ou le fait d'avoir eu des effets secondaires ou des problèmes de santé. D'après les données des EDS, 38 % des femmes dont les besoins en matière de contraceptifs modernes ne sont pas satisfaits en ont utilisé par le passé, mais ont fait le choix d'arrêter pour une raison autre que le souhait de concevoir un enfant (Castle et Askew, 2015). En moyenne, plus d'un tiers des femmes qui commencent à utiliser un moyen de contraception moderne cessent de l'utiliser

Qu'en est-il des besoins des hommes ?

Force est de constater que les hommes aussi peuvent présenter des besoins de contraception non satisfaits, et c'est d'ailleurs le cas. Malheureusement, les indicateurs existants ne rendent pas bien compte de cette réalité. La non-satisfaction des besoins, tout comme la plupart des indicateurs relatifs à la santé reproductive, est généralement définie en fonction des comportements des femmes. Ces dernières sont considérées comme les principales utilisatrices de contraceptifs, et les données disponibles les concernent essentiellement. Pourtant, pour dresser un bilan plus complet de la situation, il est essentiel de tenir compte des besoins et des connaissances des hommes, tout en veillant à ce que les droits des femmes en matière de reproduction ne soient pas mis en péril. Une approche plus globale de satisfaction des besoins contraceptifs pourrait en effet faire progresser les droits et le bien-être des femmes en instaurant un environnement plus favorable à l'expression et à la réalisation des choix de chacun en matière de fécondité (voir le reportage sur les contraceptifs masculins à la page 70 et l'encadré sur l'entente au sein des couples dans le chapitre 2).

Par ailleurs, la plupart des méthodes contraceptives reposent sur la biologie féminine, qu'il s'agisse des méthodes barrières (diaphragmes, capes cervicales, éponges contraceptives ou préservatifs féminins) ou des méthodes hormonales (contraceptifs injectables, certains DIU, pilule contraceptive ou contraception d'urgence). Si ce choix est souvent justifié par la charge physique démesurée qu'une grossesse fait peser sur les femmes, il soulève la question éthique de l'égalité des genres, en lien avec les droits fondamentaux. **Est-il tolérable que les femmes assument de façon disproportionnée la responsabilité de la contraception ?** Pourquoi les hommes, contrairement aux femmes, ont-ils accès à une offre si limitée de contraceptifs ? Les gouvernements ont-ils le devoir de favoriser la mise au point de contraceptifs destinés aux hommes afin de donner aux couples et aux individus les mêmes possibilités et les mêmes responsabilités dans la réalisation de leurs intentions en matière de grossesse ? La société a, pour l'essentiel, laissé les marchés en décider (Costantino *et al.*, 2007). Les seules perspectives mercantiles n'étant pas à la hauteur des enjeux, les gouvernements, en vertu de l'obligation qui incombe aux États de lutter contre les stéréotypes de genre (Assemblée générale des Nations Unies, 1979), devraient intervenir davantage.

CONTRACEPTIFS MASCULINS : POURQUOI SE FONT-ILS TANT ATTENDRE ?

UNFPA — « La plus grande difficulté en matière de procréation devrait consister à déterminer si l'on souhaite des enfants et quand », affirme Logan Nickels, chercheur pour la Male Contraceptive Initiative (MCI) aux États-Unis. « Une fois cette décision prise, chaque personne devrait avoir accès aux outils nécessaires pour pouvoir mener à bien son projet de vie facilement et efficacement. »

Aujourd'hui, deux méthodes contraceptives destinées aux hommes, à savoir le préservatif et le retrait, représentent environ 26 % du recours à la contraception à l'échelle mondiale. Malheureusement, le préservatif masculin affiche un taux d'échec d'environ 13 % dans le cadre d'une utilisation courante, et le retrait compte parmi les formes de contraception les moins efficaces (OMS, 2018). La vasectomie, en revanche, est considérée comme

l'une des méthodes les plus efficaces (OMS, 2018), mais moins de 3 % des couples y ont recours pour prévenir une grossesse (Pile et Barone, 2009).

Les perspectives prometteuses de nouvelles méthodes de contraception masculine ne manquent pas : pilules, crèmes locales, patches à micro-aiguilles, contraceptifs injectables biodégradables, ainsi qu'un dispositif aux mêmes effets que la vasectomie, mais conçu pour être réversible. Plus de 40 méthodes sont ainsi recensées dans une base de données des moyens de contraception en cours d'étude ou de développement (Calliope, n. d.). Alors pourquoi ne dispose-t-on toujours pas de solutions plus satisfaisantes en matière de contraception masculine ? « À mon avis, le fait que la société confie aux femmes la responsabilité de la procréation y est pour beaucoup : ce sont les femmes qui assument la charge d'une grossesse », explique Logan.

Il est souvent ancré dans les mentalités que la contraception est une affaire de femmes. Ce préjugé peut être un véritable frein. « On considère souvent que les hommes n'ont qu'un rôle secondaire dans l'équation, car tout le monde pense qu'ils ont déjà tous les droits nécessaires », poursuit Logan. « Selon moi, [la recherche sur les contraceptifs] s'est attachée à donner plus de droits aux femmes et aux filles, plutôt qu'à inclure les hommes de façon efficace et utile dans l'équation. »

Des études montrent que, dans de nombreux pays, les hommes s'intéressent aux moyens de contraception leur étant destinés. Selon une étude réalisée en 2002 auprès de 9 000 hommes issus de neuf pays, 55 % des répondants affirment qu'ils seraient prêts à essayer un nouveau produit (Heinemann *et al.*, 2005). Aux États-Unis, une étude de 2019 portant sur environ 1 500 hommes a révélé que 60 % des répondants souhaitant prévenir une grossesse espéraient la commercialisation d'un nouveau moyen de contraception destiné aux hommes (Friedman *et al.*, 2019). Malheureusement, l'industrie pharmaceutique mondiale reste au point mort dans ce domaine. « Le problème, c'est qu'ils ne voient pas l'intérêt, puisque les produits déjà en vente [pour les femmes] fonctionnent et ne présentent aucun danger », précise Rebecca Callahan, chargée du développement des produits pour FHI 360, organisation américaine de

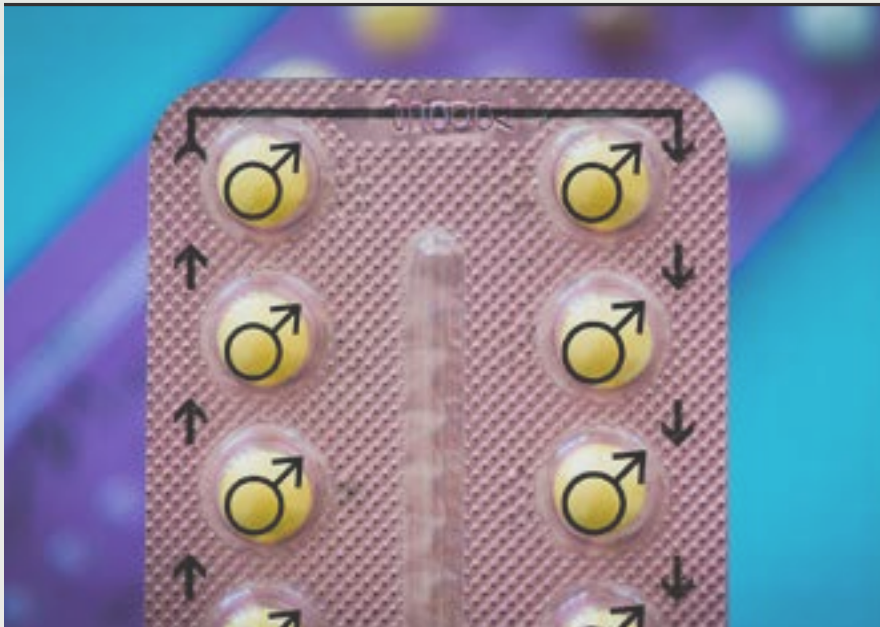
Le préservatif et le retrait

Représentent environ 26 % du recours à la contraception à l'échelle mondiale

- » Le préservatif masculin affiche un taux d'échec d'environ 13 %
- » Le retrait compte parmi les formes de contraception les moins efficaces

Vasectomie

Est considérée comme l'une des méthodes les plus efficaces mais moins de **3 % des couples y ont recours pour prévenir une grossesse**



Des études montrent que, dans de nombreux pays, les hommes s'intéressent aux moyens de contraception leur étant destinés. Getty Images/Canopy

55 % DES RÉPONDANTS AFFIRMENT QU'ILS SÉRAIENT PRÊTS À ESSAYER UN NOUVEAU PRODUIT.

alors qu'elle travaillait sur un projet de promotion de la vasectomie sans bistouri en Turquie. « Notre projet démontrait que les hommes accepteraient immédiatement cette méthode », confie-t-elle. Sur plus de 2 000 vasectomies pratiquées en trois ans dans quatre hôpitaux du pays, plus de 60 % des patients potentiels ont accepté la procédure dès la première consultation. Pourtant, faute d'un soutien durable de la part des donateurs, la méthode n'a jamais percé. La vasectomie est donc restée rare en Turquie (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2011a).

Par ailleurs, il ne suffit pas d'améliorer l'offre contraceptive masculine. Pour pouvoir faire des choix responsables en matière de procréation, chaque personne doit aussi être correctement informée des avantages et des inconvénients des méthodes contraceptives, être capable d'exprimer ses souhaits à ce sujet, et respecter les besoins et l'opinion de son ou sa partenaire.

Dans ce domaine également, on peut observer certaines avancées. Martha Brady, experte internationale de la santé spécialisée dans la recherche sur les contraceptifs, témoigne de cette évolution des mentalités : « [Les jeunes hommes] se rendent compte que le monde change à vitesse grand V. Partout, les normes se transforment, aux États-Unis comme en Afrique... Je suis convaincue que certains jeunes seront prêts à essayer des choses que des quinquagénaires d'une autre époque auraient sans doute refusées », ajoute-t-elle.

promotion de la santé et du bien-être à but non lucratif.

Pour être compétitif, un nouveau contraceptif masculin devrait être au moins aussi efficace que les meilleurs produits destinés aux femmes disponibles sur le marché. De plus, les seuils de sécurité à respecter pour commercialiser un nouveau contraceptif, qu'il soit masculin ou féminin, sont plus stricts que pour n'importe quel autre produit pharmaceutique, « parce qu'il est destiné à prévenir un événement non désiré chez des jeunes gens en bonne santé », ajoute Rebecca. Et ces normes sont même encore plus strictes pour les nouvelles méthodes masculines, les risques que présentent les effets secondaires des contraceptifs féminins étant habituellement considérés à l'aune des risques potentiels d'une grossesse (aux conséquences parfois fatales).

Une étude a mis en évidence l'efficacité des injections d'hormones hebdomadaires destinées aux hommes

en prévention d'une grossesse, avec des effets secondaires généralement minimes (Berhe *et al.*, 2016). Les problèmes signalés, à savoir quelques cas d'acné, de prise de poids et de sautes d'humeur, étaient comparables à ceux souvent rencontrés par les femmes sous contraception hormonale. Mais l'étude a été interrompue lorsqu'un homme a plongé dans une grave dépression et qu'un autre a fait une tentative de suicide, alors que la dépression est un risque reconnu des contraceptifs hormonaux féminins (Skovlund *et al.*, 2016).

Les difficultés ne s'arrêtent pas à la recherche pharmaceutique. Le lancement de nouveaux moyens de contraception nécessite des financements, d'innombrables tests, des campagnes de marketing et des réseaux de distribution. Sans soutien, même des méthodes efficaces et attendues par les utilisateurs peuvent se solder par un fiasco. D^r Demet Güral l'a observé dans les années 1990

Les raisons de ne pas utiliser de contraceptifs

Selon une analyse parue dans la publication de l'institut Guttmacher *Adding it Up*, 77 % des grossesses non intentionnelles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire surviendraient chez des femmes qui souhaitent éviter une grossesse, mais n'utilisent aucun moyen de contraception ou recourent à une méthode traditionnelle, c'est-à-dire moins efficace, comme l'abstinence périodique ou le retrait (Sully *et al.*, 2020). Une étude récemment menée dans 36 pays à revenu faible ou intermédiaire a révélé que plus de 65 % des femmes qui connaissent une grossesse non intentionnelle n'utilisaient pas de contraception ou employaient une méthode traditionnelle (Bellizzi *et al.*, 2020). En s'appuyant sur les chiffres des ODD pour 52 pays entre 2005 et 2014, des chercheuses ont observé que la proportion de femmes mariées présentant des besoins non satisfaits en matière de contraception (toutes méthodes confondues) allait de 8 % en Colombie à 38 % à Sao Tomé-et-Principe (Sedgh *et al.*, 2016).

Les raisons les plus fréquemment invoquées par les femmes pour cette absence de contraception étaient les suivantes : inquiétude quant aux effets secondaires des contraceptifs et à leurs risques pour la santé (26 %) ; faible fréquence ou absence de rapports sexuels (24 %) ; opposition personnelle ou opposition de l'entourage à la contraception (23 %) ; ou allaitement et/ou menstruations pas encore revenues après un accouchement (20 %). Chez les femmes sexuellement actives et jamais mariées souhaitant éviter une grossesse, les raisons les plus couramment mentionnées étaient également la faible fréquence des rapports sexuels (49 %), le fait de ne pas être mariées (29 %) et les inquiétudes à l'égard des effets secondaires des contraceptifs (19 %) (Sedgh *et al.*, 2016).

Une étude réalisée en 2019 dans 47 pays montre qu'en moyenne, 40,9 % des femmes sexuellement actives n'utilisaient aucun moyen de contraception pour éviter une grossesse, les raisons les plus courantes étant les inquiétudes médicales et la faible fréquence des rapports sexuels, mais avec des variations notables selon les pays, les populations, ainsi que d'autres facteurs socioéconomiques (Moreira *et al.*, 2019). Ainsi, la non-utilisation en raison d'une « opposition de l'entourage » était plus importante chez les femmes mariées que non mariées ; la prévalence de la non-utilisation en raison d'un « manque d'accès » ou d'un « manque de connaissances » était deux fois plus élevée dans les régions rurales que dans les zones urbaines ; et les femmes moins instruites indiquaient plus souvent qu'elles n'utilisaient pas de contraceptifs en raison d'un « manque d'accès ».

Ces raisons renvoient directement à des questions de précision des informations, de libre arbitre et d'effets sur la santé (souvent présentées sous l'angle de l'approvisionnement, de l'environnement favorable et de la demande), des domaines dans lesquels les dirigeants, les décideurs politiques, les systèmes de santé et d'autres acteurs exercent une influence considérable. Lorsqu'une femme indique s'inquiéter des effets secondaires, par exemple, cela peut trahir à la fois des problèmes d'approvisionnement (choix de méthodes limité, manque de conseils sur les effets secondaires) et de demande (expériences négatives de la contraception et/ou mythes et idées fausses). Il est intéressant de noter que les femmes dont les besoins de contraception ne sont pas satisfaits déclarent rarement qu'elles ignorent l'existence des moyens de contraception, qu'elles n'ont pas accès à une source d'approvisionnement ou encore que les contraceptifs coûtent trop cher, ce qui témoigne en partie de la réussite des programmes de planification familiale. Les pays où plus de 10 % des femmes ont mentionné l'une de ces raisons se situent en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, des régions dans lesquelles la prévalence de l'utilisation de contraceptifs est restée faible jusqu'à récemment (Sedgh *et al.*, 2016).



au cours de la première année, et plus de la moitié arrêtent dans les deux ans. Des études montrent que l'échec contraceptif et les effets secondaires ou problèmes liés à la méthode employée sont parmi les raisons les plus courantes d'interrompre la contraception (Bradley *et al.*, 2009). Peu d'utilisatrices arrêtent pour des problèmes de coût ou d'accès (Bradley *et al.*, 2009), ce qui n'est guère surprenant puisque ces femmes, à un moment donné, sont parvenues à se procurer des moyens de contraception abordables.

Bien que le taux d'abandon et les raisons de l'arrêt de la contraception varient selon les méthodes, les raisons invoquées pour chaque méthode évoluent relativement peu au fil du temps (Castle et Askew, 2015 ; Bradley *et al.*, 2009). Selon des enquêtes menées dans 25 pays, le DIU enregistre le taux d'abandon le plus faible (13 % sur 12 mois) et le préservatif, le plus élevé (50 %), tandis que la pilule contraceptive, les méthodes injectables et les méthodes moins efficaces telles que l'abstinence périodique et le retrait ont été abandonnées par 40 % de leurs utilisateurs dans les 12 premiers mois d'utilisation. Quel que soit le moyen de contraception employé, les principales raisons de l'abandon concernaient la méthode elle-même (Ali *et al.*, 2012).

Les femmes qui souffrent d'effets secondaires modérés à graves sont plus susceptibles d'arrêter la contraception que celles qui présentent des effets secondaires bénins (Jain *et al.*, 2021). Ces observations confirment à bien des égards les inquiétudes des femmes qui invoquent les effets secondaires comme une préoccupation majeure. Les effets secondaires graves, bien que rares, peuvent être invalidants (voir le tableau à la page 58). Dans des cas extrêmement rares, certains effets secondaires comme la formation d'un caillot de sang peuvent provoquer la mort. Malgré les nombreuses retombées positives avérées des contraceptifs sur la santé des femmes, notamment la réduction des risques de mortalité maternelle (Utomo *et al.*, 2021) et

OFFRE CONTRACEPTIVE (NOM) -

- (1) ÉVENTAIL DES MOYENS DE CONTRACEPTION À LA DISPOSITION D'UNE PERSONNE, D'UNE PATIENTÈLE OU D'UNE POPULATION.
- (2) (ACADÉMIQUE) TENDANCES, RÉPARTITION OU POURCENTAGE D'UTILISATION DE CHAQUE MÉTHODE AU SEIN D'UNE POPULATION.

d'apparition de certains cancers (Hannaford *et al.*, 2010), ce constat ne suffit pas nécessairement à apaiser les craintes des femmes qui ont subi des effets secondaires graves ou intolérables ou en ont été témoins chez d'autres.

L'adhésion aux moyens de contraception efficaces et la peur de leurs effets secondaires vont souvent de pair. Une étude récemment menée au Ghana auprès de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans a révélé que celles-ci appréciaient les méthodes hormonales en raison de leur efficacité pour prévenir une grossesse, tout en s'inquiétant des effets secondaires (en particulier des perturbations des menstruations), d'une altération de leur fécondité future et de problèmes de santé à long terme qui avaient conduit certaines d'entre elles à abandonner les méthodes hormonales. L'apparition de problèmes de santé à long terme perçue comme causée par l'utilisation d'un contraceptif hormonal réduisait de plus de moitié la probabilité que le contraceptif en question soit encore utilisé (Keogh *et al.*, 2021).



L'autonomie au cœur de la planification familiale fondée sur les droits

Le recours aux moyens de contraception modernes est généralement l'un des principaux indicateurs de réussite des programmes de planification familiale. Cette volonté d'accroître le recours à la contraception peut inciter les observateurs à considérer la non-utilisation comme un échec, alors qu'il peut s'agir d'un choix légitime pour une femme. La chercheuse Leigh Senderowicz suggère de créer et d'utiliser un nouvel indicateur, à savoir l'« autonomie contraceptive », qu'elle définit comme « l'ensemble des facteurs nécessaires pour qu'une personne puisse décider elle-même ce qu'elle souhaite en matière de contraception et appliquer cette décision » (Senderowicz, 2020). Ce type de perspective permettrait de rendre les programmes plus conformes à une approche fondée sur les droits. Pour calculer cet indicateur, il faudrait ajouter de nouvelles questions aux enquêtes de population telles que les EDS.

Ces problèmes ne sont pas propres aux femmes des pays à revenu faible ou intermédiaire. Un examen systématique des raisons du refus de la contraception hormonale chez les femmes et les hommes des pays à revenu élevé met en évidence des préoccupations similaires : problèmes liés aux effets secondaires physiques, inquiétudes quant à la modification de la santé mentale, effets négatifs sur la sexualité, inquiétudes à l'égard de la fécondité future ou des menstruations, peurs et anxiété ; d'autant plus si, par le passé, leurs craintes des effets secondaires n'ont pas été prises au sérieux par les prestataires de santé (Le Guen *et al.*, 2021). L'une des principales conclusions à en tirer est la suivante : les systèmes et les prestataires de santé doivent gagner (et parfois regagner) la confiance des femmes en mettant l'accent sur des approches respectueuses et centrées sur les personnes, et en ayant conscience que les besoins individuels sont susceptibles d'évoluer au fil du temps. Autre leçon à retenir : les diverses solutions actuellement disponibles ne suffisent pas, et des investissements publics doivent être engagés pour mettre au point de nouveaux contraceptifs, ou améliorer ceux qui existent, de façon à atténuer ou réduire leurs effets secondaires.

Les effets secondaires peuvent aussi avoir des conséquences indésirables sur le plan socioculturel, ce qui contribue au choix de certaines femmes d'abandonner leur contraception (Castle et Askew, 2015). Dans les communautés dont les normes interdisent aux femmes de participer à

certaines activités en cas de saignements vaginaux (généralement pendant les menstruations), un moyen de contraception peut être abandonné s'il provoque des saignements anormaux ou en dehors des périodes de menstruation. Ce désagrément peut en effet empêcher les femmes de prier, de préparer à manger ou d'avoir des relations sexuelles. Chez certaines femmes, ces effets secondaires peuvent prendre la forme d'une aménorrhée, ou absence de menstruations ; cela peut les inciter à interrompre leur contraception, parce que l'aménorrhée limite leur capacité à éviter des rapports sexuels, ou qu'elles l'associent à la stérilité (Polis *et al.*, 2018 ; Chebet *et al.*, 2015).

Les effets secondaires susceptibles d'être repérés par un partenaire, comme les saignements en dehors des périodes de menstruation, peuvent être particulièrement gênants pour les femmes qui utilisent des contraceptifs en cachette de celui-ci (Castle *et al.*, 1999). L'utilisation clandestine de contraceptifs est relativement courante, en particulier lorsque les femmes se heurtent à un partenaire opposé à la contraception, que la relation est compliquée ou qu'elles souhaitent éviter un conflit (Kibira *et al.*, 2020 ; Castle *et al.*, 1999). Cette pratique peut être dangereuse pour les femmes, notamment dans certains pays d'Afrique subsaharienne comme l'Éthiopie où le fait d'avoir recours à la contraception sans l'aval de son mari est considéré comme un signe d'infidélité (Alio *et al.*, 2009), ce qui favorise encore plus l'arrêt des méthodes pouvant être découvertes par un partenaire.

Si les moyens de contraception moderne sont aujourd'hui mieux connus à travers le monde, ils restent l'objet de nombreux mythes et préjugés qui contribuent à leur non-utilisation. Des discussions de groupe organisées avec des femmes au Ghana ont ainsi révélé que beaucoup d'entre elles, en particulier parmi les jeunes, croyaient que la contraception pouvait entraîner la stérilité. Les rumeurs et les fausses informations concernant les effets secondaires étaient également des causes fréquentes de non-utilisation (Hindin *et al.*, 2014). Chez les jeunes Kenyans, hommes et femmes, la contraception moderne était accusée de compromettre la fécondité future, d'entraîner des difficultés à concevoir un enfant, de provoquer des malformations congénitales, d'inciter les femmes à la promiscuité, d'être « anti-africaine » et de priver les couples de leur liberté sexuelle (Mwaisaka *et al.*, 2020). Ces exemples montrent bien la nécessité d'informer correctement les hommes et de les impliquer dans la contraception, étant donné leur pouvoir de décision souvent prédominant dans ce domaine.

Les utilisatrices de contraceptifs sont-elles satisfaites ?

Les pays, soucieux de respecter leur engagement à assurer des soins de santé sexuelle et reproductive, des services de planification familiale et des services éducatifs universels d'ici à 2030, surveillent les données relatives à la proportion de femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) dont les besoins de contraception sont satisfaits par des méthodes modernes, et celles dont les besoins ne sont pas satisfaits. Les derniers chiffres des ODD révèlent ainsi que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le taux global de non-satisfaction des besoins de contraception s'élève à 9,2 %, et atteint 13,3 % pour la non-satisfaction des besoins en moyens de contraception modernes.

Aussi instructifs soient-ils, ces chiffres sont imparfaits. Mesurer les besoins satisfaits et non satisfaits consiste à opérer une distinction entre les utilisatrices de contraceptifs modernes et les femmes qui n'en

utilisent pas, alors que la réalité est plus nuancée. Si les femmes sont de plus en plus nombreuses à opter pour des méthodes modernes, le niveau élevé d'arrêt des contraceptifs témoigne manifestement d'une insatisfaction généralisée à l'égard des moyens de contraception actuellement à leur disposition.

Les chercheurs Rominski et Stephenson appellent à la création d'indicateurs tenant compte de ces complexités : « La définition actuelle de la non-satisfaction des besoins de contraception part du postulat selon lequel toutes les femmes qui utilisent un moyen de contraception ont répondu à leur besoin. Selon nous, si le degré de satisfaction à l'égard de la méthode employée n'est pas pris en compte, les besoins de nombreuses femmes sont considérés comme comblés alors que ce n'est pas le cas. Elles utilisent une méthode qui ne répond pas à leurs attentes, soit parce qu'elle provoque des effets secondaires qu'elles trouvent insupportables, soit en raison d'autres caractéristiques qui ne leur conviennent pas. Compte tenu du grand nombre d'expériences contraceptives qui se soldent par un abandon du moyen de contraception, souvent en raison des effets secondaires d'après les intéressées, nous estimons que la définition actuelle de la non-satisfaction des besoins de contraception sous-estime le nombre de femmes concernées, car elle ne tient pas compte des nombreuses femmes utilisant une méthode qui ne leur convient pas » (Rominski et Stephenson, 2019).

Une étude menée auprès d'utilisatrices de moyens de contraception modernes au Kenya a ainsi considéré que les besoins n'étaient pas satisfaits lorsque celles-ci étaient mécontentes du contraceptif employé. Cette étude a révélé que la prévalence de l'insatisfaction à l'égard du moyen de contraception utilisé s'échelonnait entre 6,6 et 18,9 %. Extrapoler ce résultat à l'échelle nationale augmenterait considérablement (d'environ 25 à 70 %) l'estimation de la non-satisfaction des besoins en matière de contraception quelle qu'elle soit dans le pays (Rothschild *et al.*, 2021).

Méconnaissance des questions liées à la sexualité, à la procréation et à la grossesse

Pour souhaiter utiliser un moyen de contraception, encore faut-il avoir des connaissances sur la sexualité, la procréation, la contraception et sur son propre corps. Bien que la méconnaissance de ces sujets ne soit plus l'une des principales raisons de la non-satisfaction des besoins, elle reste fortement corrélée à des niveaux élevés de grossesses non intentionnelles (Huda *et al.*, 2013). De nombreux jeunes n'ont toujours pas accès à une éducation complète à la sexualité, ce qui contribue

à la circulation de mythes et de préjugés sur la contraception et l'anatomie humaine.

Les informations essentielles sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation doivent être communiquées dans le cadre de programmes scolaires et non scolaires, notamment dans les établissements de santé. Bien souvent, les connaissances sur la contraception s'acquièrent d'ailleurs en grande partie par l'intermédiaire du système de santé. Dans le cadre d'une étude récemment menée en Éthiopie, par exemple, 68 % des femmes interrogées ont indiqué

Droits fondamentaux et éducation complète à la sexualité

Non seulement l'absence d'informations fiables en matière de santé sexuelle et reproductive a des conséquences graves, mais elle constitue aussi une violation des droits fondamentaux. L'éducation relative à la sexualité et à la procréation est une composante essentielle des droits à la santé, à l'éducation et à la non-discrimination, ainsi que l'a énoncé le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). Cela signifie que chacune et chacun, y compris les enfants et les adolescents, a le droit de solliciter, de recevoir et de diffuser des informations et des idées sur la planification familiale. Pour respecter ces obligations au regard des droits fondamentaux, les États et les communautés doivent veiller à ce que les informations relatives à la santé sexuelle et reproductive soient accessibles, acceptables et médicalement fiables (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016), et « communiquée[s] de façon adaptée aux besoins des individus et des groupes, en tenant compte, notamment, de l'âge, du sexe, des aptitudes linguistiques, du niveau d'éducation, du handicap, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de l'intersexualité (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). **L'accès à une éducation complète à la sexualité est donc un élément essentiel des droits fondamentaux à la santé, au bien-être et à l'autonomie, droits que l'on retrouve dans de nombreux instruments dans ce domaine, notamment la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant** (Assemblée générale des Nations Unies, 1989), la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Assemblée générale des Nations Unies, 1979), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Assemblée générale des Nations Unies, 1966) et la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (Assemblée générale des Nations Unies, 2007).

L'éducation complète à la sexualité traite en outre de nombreux facteurs des grossesses non intentionnelles, notamment la violence basée sur le genre, et propose des outils de prévention en expliquant comment établir des rapports égaux, faire respecter une vision non stéréotypée des rôles de genre, et aborder la question du consentement (Haberland et Rogow, 2015). De nombreuses études affirment qu'une éducation complète à la sexualité de qualité constitue un moyen efficace de réduire les comportements sexuels à risque et de diminuer l'incidence des grossesses non intentionnelles. Cette démarche est particulièrement efficace lorsque la sensibilisation est assurée de différentes manières étroitement liées, en associant par exemple un enseignement à l'école à des services non scolaires adaptés aux jeunes (UNESCO *et al.*, 2018).

qu'elles tenaient leurs informations sur la planification familiale d'un agent de santé. Cette étude a également révélé que celles qui avaient connu au moins une grossesse non intentionnelle étaient moins susceptibles de retomber enceintes accidentellement par la suite, ce qui signifie qu'elles avaient cherché des informations ou utilisé les informations reçues lorsqu'elles avaient donné naissance à leur premier enfant pour planifier les naissances suivantes (Moges *et al.*, 2020).

Il est important que tous les renseignements et les conseils donnés soient médicalement fiables, non directifs et bienveillants, de façon à assurer l'autonomie de la prise de décisions (UNFPA, 2021 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000). Les prestataires de santé et autres professionnels doivent donc fournir des informations et des conseils factuels sur la fonction, les avantages et les risques des contraceptifs, et dispenser ces informations en allant à la rencontre des femmes (et de leur partenaire, le cas échéant). Leurs explications peuvent et doivent dissiper les fausses informations, les préjugés, les mythes et les craintes qui dissuadent souvent les femmes d'avoir recours à la contraception. Elles doivent également lever toute ambiguïté sur le fonctionnement de la contraception d'urgence, en la distinguant bien de l'avortement provoqué, une précision particulièrement importante dans les communautés et chez les personnes pour lesquelles l'avortement est culturellement inacceptable.

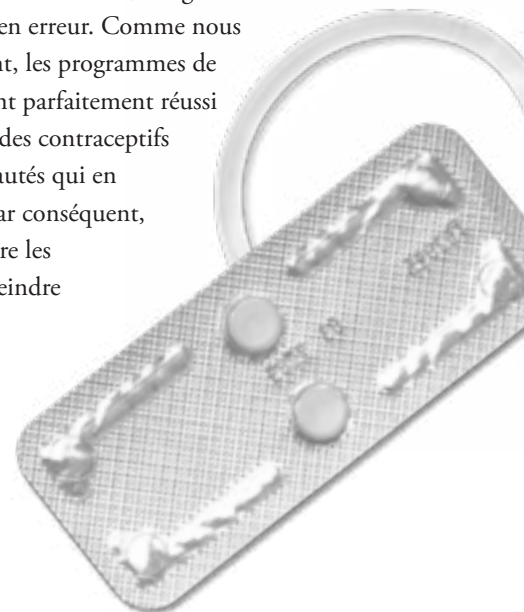
Méestimation des risques de grossesse

L'une des raisons les plus courantes de la non-satisfaction des besoins est la faible fréquence des rapports sexuels ou l'impression de ne pas prendre de risques. Ce constat met en lumière l'importance de bien connaître les moments où l'on risque de tomber enceinte. Il montre aussi la nécessité de faire en sorte que les femmes identifient elles-mêmes les périodes où elles ont besoin d'une contraception, plutôt que de laisser quelqu'un d'autre supposer qu'elles le savent. La faible fréquence des rapports sexuels étant

souvent invoquée pour expliquer la non-satisfaction des besoins de contraception, certains acteurs de la santé reproductive militent pour la mise au point d'un moyen de contraception péricoïtal efficace, que les femmes pourraient employer uniquement lorsqu'elles en ont besoin. Dans l'idéal, cette méthode devrait pouvoir être contrôlée et utilisée par les femmes sans que leur partenaire le sache. Les méthodes actuellement disponibles qui pourraient être utilisées de cette façon sont généralement moins efficaces et nécessitent la coopération du partenaire (préservatif, diaphragme, cape cervicale, etc.). En 2017, lors d'une réunion organisée par l'OMS au sujet de la contraception hormonale péricoïtale, les participants ont conclu qu'une telle méthode répondrait à un véritable besoin et qu'il fallait approfondir les recherches dans ce sens (OMS, 2017). Certains chercheurs y travaillent actuellement (Jackson et Dossou, 2021).

Les femmes peuvent-elles se procurer le moyen de contraception moderne de leur choix ?

L'une des questions les plus souvent posées s'agissant des besoins non satisfaits est sans doute la suivante : les personnes concernées peuvent-elles se procurer des contraceptifs ? Cette formulation, malgré sa simplicité, peut induire en erreur. Comme nous l'avons vu précédemment, les programmes de planification familiale ont parfaitement réussi à élargir la disponibilité des contraceptifs modernes aux communautés qui en avaient le plus besoin. Par conséquent, bien qu'il faille poursuivre les investissements pour atteindre les personnes les plus marginalisées, la plupart des gens peuvent effectivement disposer d'un ou plusieurs moyens de



contraception dans leur communauté. La question doit donc être plus nuancée : ces personnes peuvent-elles raisonnablement se procurer le moyen de contraception de leur choix, quand et où elles le veulent ?

Il faut tout un éventail de méthodes pour répondre aux besoins variés et évolutifs de chaque individu. Ces méthodes doivent être disponibles, accessibles et acceptables, et les produits et services doivent être de qualité. Pour chacune de ces dimensions, on déplore encore d'importants obstacles, que nous détaillerons ci-après. Selon les données globales des EDS, 7 à 27 % des femmes cessent d'utiliser un moyen de contraception pour des raisons liées aux services : qualité des services, disponibilité d'un choix de contraceptifs insuffisant, ruptures de stock, ou encore inefficacité des mécanismes d'orientation (Castle et Askew, 2015).

Disponibilité

La disponibilité des moyens de contraception ne se limite pas à la simple présence de préservatifs en vente dans un commerce local, loin de là. Elle

renvoie à l'existence de services de contraception proposant notamment des conseils fiables et respectueux en matière de planification familiale, mais aussi d'une large gamme de méthodes contraceptives. Elle suppose également un nombre suffisant d'établissements de santé, de programmes de planification familiale et de prestataires de santé formés au service de la population (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, « l'indisponibilité de biens et de services en raison de politiques ou de pratiques reposant sur l'idéologie, notamment le refus d'assurer des services pour des raisons de conscience, ne doit pas être un obstacle aux services » (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016).

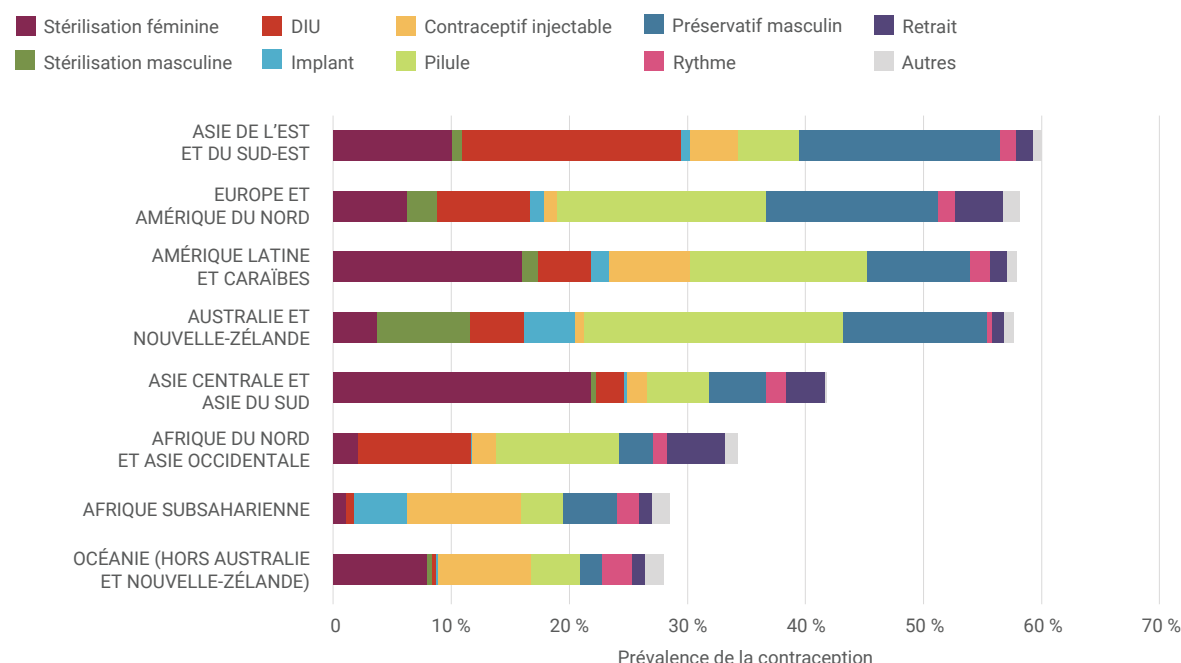
Les ruptures de stock restent également un problème crucial pour les programmes de planification familiale (voir Figure 7). Selon une analyse multipays des données des EDS, jusqu'à 5 % des abandons de contraception s'expliqueraient par des ruptures de stock (Castle et Askew, 2015). Une étude réalisée en 2017 a révélé que les problèmes logistiques dans les

L'absence d'accès à une contraception efficace constitue une violation des droits fondamentaux

L'obligation qui incombe aux gouvernements de mettre des informations et des méthodes de planification familiale de qualité à la disposition de toutes et de tous (sur la base de la non-discrimination et de l'égalité) figure explicitement dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ainsi que dans la Convention relative aux droits de l'enfant (Assemblée générale des Nations Unies, 1989 et 1979). Elle est également énoncée dans de nombreux autres traités relatifs aux droits fondamentaux, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui garantit leur accessibilité au titre du droit à la santé (Assemblée générale des Nations Unies, 1966). La santé sexuelle et reproductive est un élément clé du droit à un niveau de santé minimal universel, auquel toute personne doit pouvoir prétendre. Les engagements pris par les gouvernements en matière de droits fondamentaux leur imposent donc de garantir la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services et méthodes de contraception et de planification familiale (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000).

FIGURE 6

Répartition de l'utilisation de moyens de contraception par méthode et par région, 2019



Source des données : calculs effectués à partir de la base de données World Contraceptive Use 2019, mises en tableaux supplémentaires tirées d'ensembles de microdonnées et de rapports d'enquêtes, et estimations de la prévalence de la contraception pour l'année 2019 tirées des estimations et projections des indicateurs de planification familiale 2019. Chiffres régionaux pondérés en fonction de la population.

Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population (2019). *Contraceptive Use by Method* 2019.

Remarque : « Autres » englobe des méthodes modernes moins utilisées telles que la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, les méthodes créant une barrière vaginale, la contraception d'urgence, les patchs et les anneaux vaginaux, ainsi que des méthodes traditionnelles telles que la douche vaginale, l'abstinence prolongée, les grigris, les incantations, les plantes médicinales, les massages abdominaux et d'autres méthodes.

pays à revenu faible et intermédiaire contribuaient sensiblement à l'ampleur des ruptures de stock de contraceptifs modernes (Mukasa *et al.*, 2017). Un examen systématique de 2020 a conclu que ces ruptures de stock limitaient la capacité des utilisateurs à recourir à la méthode de leur choix et avaient une influence sur les lieux de délivrance des contraceptifs ainsi que sur leur coût. Il a cependant été difficile de comparer ces répercussions, compte tenu du manque d'uniformité des définitions et des moyens de mesure utilisés (Zuniga *et al.*, 2020).

Les problèmes de ruptures de stock n'ont fait que s'aggraver avec la pandémie de COVID-19, qui a sérieusement perturbé les chaînes d'approvisionnement

et limité l'accès aux centres de santé. En Amérique latine, par exemple, on estime que les ruptures de stock de contraceptifs, associées à la diminution des revenus des ménages, ont poussé entre 9 et 20 millions de femmes à cesser d'utiliser des moyens de contraception modernes (UNFPA, 2020c). Pour modéliser l'impact potentiel d'un tel phénomène, une analyse de l'institut Guttmacher a estimé qu'une baisse de 10 % de l'utilisation de contraceptifs réversibles de courte ou de longue durée en raison d'un accès réduit générerait des besoins non satisfaits en contraceptifs pour 48 millions de personnes supplémentaires et entraînerait plus de 15 millions de grossesses non intentionnelles sur une année (Riley *et al.*, 2020).

FIGURE 7

Pourcentage d'établissements faisant état de ruptures de stock le jour de l'enquête, toutes méthodes confondues et par méthode, dans une sélection de pays*



Source : Rapports des enquêtes du programme UNFPA Supplies auprès des établissements, 2018 et 2020.

* Déclarations fournies dans le respect des protocoles, directives et/ou législations nationales.

Les problèmes de ruptures de stock n'ont fait que s'aggraver avec la pandémie de COVID-19.

Accessibilité

Même si des méthodes de contraception sont disponibles, elles ne sont pas toujours facilement accessibles. La notion d'accessibilité renvoie ici à l'accessibilité physique, sans discrimination, pour tous, y compris les personnes handicapées, les habitants des régions isolées, les personnes déplacées en raison d'un conflit armé ou d'une catastrophe naturelle, ainsi que les adolescents (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). Elle suppose également que les méthodes de planification familiale sont abordables et expliquées de façon accessible pour les utilisateurs, en tenant compte de leurs aptitudes linguistiques, de leur niveau d'éducation, de leur handicap et d'autres facteurs (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). Les obstacles peuvent être d'ordre économique ou géographique, liés aux coûts (notamment les coûts d'opportunité afférents au trajet et à la garde des enfants), à des limites d'âge ou à l'obligation d'être mariée. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, les normes relatives aux droits fondamentaux nécessitent d'éliminer ces obstacles et d'y remédier en mettant en œuvre des mesures budgétaires, des programmes, des systèmes d'assurance, des campagnes de sensibilisation et des réformes législatives (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000).

La stigmatisation et la discrimination ont également été reconnues comme des obstacles à la contraception (Cook et Dickens, 2014). L'idée, étroitement liée aux stéréotypes de genre néfastes, selon laquelle certaines femmes, filles, personnes non binaires et personnes

handicapées ne seraient pas « censées » être sexuellement actives peut les intimider, provoquer chez elles une certaine réticence ou leur donner le sentiment d'être stigmatisées, et donc perturber leur accès aux services de contraception (Horner-Johnson *et al.*, 2020 ; Cook et Dickens, 2014). Au Pérou, par exemple, des données montrent que la prévalence de l'utilisation des moyens de contraception modernes chez les femmes mariées est plus de deux fois supérieure à celle observée chez les célibataires, et sept fois plus élevée que chez les adolescentes (ENDES, 2020). Les femmes et les hommes qui ne se plient pas aux attentes sociales et culturelles et font le choix de ne pas avoir d'enfants se heurtent également à la stigmatisation (Ashburn-Nardo, 2017), et les jeunes célibataires peinent souvent à accéder à la stérilisation volontaire (Kimport *et al.*, 2017).

Acceptabilité

Toutes les femmes n'ont pas les mêmes besoins en matière de contraception, et les besoins de chaque femme évoluent au fil du temps. Malheureusement, les femmes n'ont pas toujours la possibilité d'utiliser une méthode qui convienne à leur situation et réponde à leurs souhaits du moment.

La relation entre patientes et prestataires de santé constitue un facteur déterminant de l'acceptabilité d'un moyen de contraception. Cette relation joue un rôle essentiel pour instaurer la confiance, assurer la satisfaction de la patiente et du prestataire de santé, et favoriser la rétention du personnel de santé au sein de la communauté (OMS, 2014). Les agents

de santé doivent fournir des informations et des services de planification familiale en respectant la culture et la communauté des individus et en tenant compte de l'âge, du genre, du handicap et de la diversité sexuelle (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016). Ils doivent aussi être parfaitement conscients des problèmes liés aux effets secondaires, de la nécessité éventuelle d'opter pour des méthodes discrètes et des contraintes sociales ou communautaires, et être capables d'en discuter. L'OMS recommande aux professionnels de la santé de recevoir des formations et des conseils adaptés au genre afin de répondre aux besoins particuliers des individus et des communautés. L'Organisation recommande également aux agents de santé d'informer les patientes et de leur offrir la possibilité de changer de moyen de contraception si celui qu'elles utilisent ne leur convient pas ou plus, et d'assurer des services de suivi pour les aider à gérer les effets secondaires de leur contraception (OMS, 2014).

Qualité

La notion de qualité des soins et des services suppose d'avoir le choix parmi un large éventail de moyens de contraception, de recevoir des informations fiables sur l'efficacité, les risques et les avantages de chaque méthode, et de bénéficier de conseils et d'une prise en charge par des prestataires respectueux, techniquement compétents et soucieux de la dignité, de la non-discrimination, de l'intimité et de la confidentialité des utilisateurs et utilisatrices (PNUD, 2005). La maltraitance dans les centres de santé dissuade les patients de s'y rendre et est de plus en plus reconnue comme une violation des droits fondamentaux (Kholsa *et al.*, 2016). La qualité des soins peut également être compromise par le fait de ne pas intégrer dans l'offre de services de santé sexuelle et reproductive, par refus ou omission, le progrès et l'innovation technologiques (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2016), notamment la contraception d'urgence (voir la présentation des différentes politiques à la page 88).

Les partis pris des prestataires de santé constituent un obstacle important à la qualité des services. Il arrive que certains se croient mieux qualifiés pour choisir la méthode de contraception la plus appropriée pour leur patiente et/ou qu'ils manifestent une préférence ou une aversion personnelles à l'égard de certaines méthodes (Castle et Askew, 2015). Ces partis pris peuvent être fondés sur l'âge, la parité (nombre d'accouchements antérieurs), la situation matrimoniale et d'autres critères, et de nombreux prestataires imposent des limites et des restrictions supplémentaires à celles qui figurent dans les orientations normatives ou justifiées par des raisons médicales (Solo et Festin, 2019). Le refus de fournir différents moyens de contraception aux adolescentes relève d'un parti pris particulièrement courant, qui découle souvent de jugements sur l'activité sexuelle des jeunes ou de craintes infondées sur les effets des méthodes hormonales sur la fécondité future. S'il est difficile de mesurer l'impact de la partialité des prestataires, la distorsion de l'offre contraceptive (lorsqu'au moins 50 % des utilisatrices de contraception ont recours à une même méthode) a été identifiée comme un indicateur potentiel à grande échelle (Solo et Festin, 2019).

Les décideurs politiques peuvent également faire preuve de partis pris, ce qui contribue à limiter l'offre contraceptive. Si des décideurs ont des préjugés personnels contre une méthode comme la vasectomie ou les contraceptifs oraux, par exemple, ils peuvent décider de ne pas soutenir les politiques et les programmes destinés à développer ces méthodes auprès des patients.

Pour remédier à ce problème et améliorer la qualité des services contraceptifs, l'OMS recommande d'intégrer des procédures d'assurance qualité (fondées sur les retours d'information des patients) dans les programmes de contraception, mais également d'assurer la formation professionnelle et la supervision continues du personnel de santé (OMS, 2014).

Les femmes vivent-elles dans un environnement qui facilite ou complique le recours à la contraception ?

Les experts en planification familiale appellent les décideurs et les systèmes de santé à créer un environnement favorable à l'utilisation de contraceptifs. Par le passé, on parlait souvent de « création de demande » pour désigner les activités destinées à accroître l'utilisation de contraceptifs, mais ce terme issu du marketing donne

l'impression erronée qu'il faudrait persuader ou convaincre les femmes d'avoir recours à la contraception. En vertu des normes relatives aux droits fondamentaux, toutes les femmes et toutes les personnes susceptibles de tomber enceintes doivent en fait bénéficier des informations, de l'éducation et des services nécessaires et être soutenues par des normes sociales positives pour prendre cette décision librement et de manière autonome. Quels que soient les termes utilisés, l'environnement reste globalement peu propice à l'exercice d'un choix libre et éclairé.

Davantage d'autonomie grâce à l'essor du mouvement de l'auto-prise en charge

Selon la définition de l'OMS, l'auto-prise en charge désigne la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins. Depuis quelques années, les professionnels de santé y voient de plus en plus un moyen important de développer l'accès aux services essentiels. « Les interventions d'auto-prise en charge font partie des nouvelles approches les plus prometteuses et les plus intéressantes pour améliorer la santé et le bien-être, aussi bien du point de vue des systèmes de santé que pour les personnes qui les utilisent », affirmait l'OMS en 2021 (OMS, 2021).

Cette approche s'est avérée encore plus essentielle durant la pandémie de COVID-19, dans un contexte de suspension des programmes de planification familiale et de restriction des déplacements. Certains chercheurs ont ainsi appelé à « développer les approches d'auto-prise en charge afin de démedicaliser la contraception » et à « accroître l'offre de contraceptifs auto-administrés » afin de « donner à chacun plus d'autonomie dans le choix de la méthode à utiliser, le moment où l'utiliser et l'endroit où se la procurer » (Haddad *et al.*, 2021).

Les lignes directrices de l'OMS sur l'auto-prise en charge, publiées en 2021, formulent les recommandations suivantes en matière de planification familiale (OMS, 2021) :

- Des contraceptifs injectables auto-administrés devraient être mis à disposition dans le cadre d'une approche additionnelle d'administration de contraceptifs injectables pour les personnes en âge de procréer.
- Des pilules contraceptives orales devraient être délivrées sans ordonnance aux personnes recourant à ce type de pilule.
- Des pilules contraceptives d'urgence devraient être délivrées sans ordonnance aux personnes souhaitant avoir recours à la contraception d'urgence.

Obstacles juridiques

Les obstacles juridiques englobent les lois, politiques et pratiques qui interdisent aux adolescentes ou aux femmes non mariées de se procurer des contraceptifs, mais également les facteurs connexes, tels que le financement insuffisant des services de santé sexuelle et reproductive.

Inégalité des normes de genre et autres obstacles sociaux

La lutte contre les normes sociales néfastes, et notamment les normes de genre discriminatoires, est un élément essentiel de l'instauration d'un environnement favorable. Le lien entre égalité des genres et prévention des grossesses non intentionnelles est évident (voir au chapitre 2, page 23), et le recours à la contraception est généralement plus fréquent lorsque les femmes ont le choix et les moyens d'agir (Nations Unies, 2020). Les réticences à l'égard de la contraception trouvent en grande partie leur origine dans les inégalités de genre : opposition religieuse, amalgame (médicalement infondé) entre contraception et avortement, coercition reproductive dans le cadre de violences au sein du couple, pression sociale ou familiale pour avoir des enfants, avoir une famille nombreuse ou continuer à concevoir des enfants jusqu'à la naissance d'un fils (préférence pour les garçons), sans parler de la stigmatisation, des mythes et de la désinformation. Lorsque les femmes se heurtent à une résistance à l'égard de la contraception de la part de leur communauté ou de leurs partenaires, elles sont souvent obligées d'y renoncer, ou alors d'y recourir en cachette afin de réaffirmer leur autonomie corporelle.

Selon une étude menée au Kenya, 12,2 % des femmes utilisaient un moyen de contraception en cachette (Akoth *et al.*, 2021). Au Ghana, des entretiens réalisés auprès de 300 femmes ont révélé que c'était le cas pour 34 % d'entre elles (Baiden *et al.*, 2016). (Dans ces deux études, les femmes utilisaient de préférence des solutions

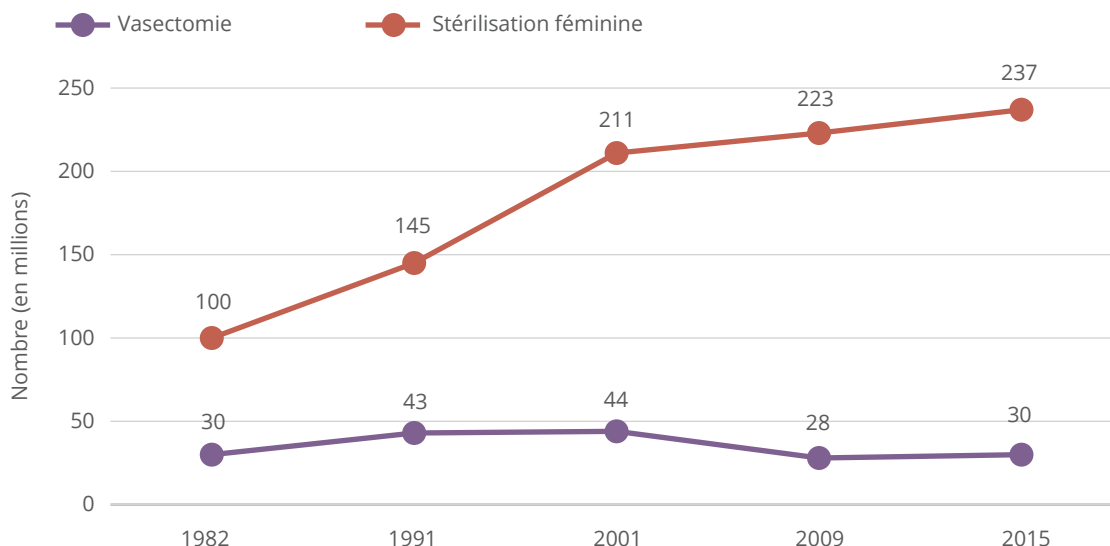
injectables.) Ces taux relativement élevés d'utilisation clandestine de contraceptifs indiquent clairement que la non-utilisation et l'abandon des moyens de contraception ne traduisent pas une absence de demande. Ils montrent aussi que le choix de telle ou telle méthode est parfois dicté par la nécessité pour certaines femmes d'avoir recours à la contraception en cachette, ce qui témoigne de leur manque d'autonomie de manière générale.

Par ailleurs, la société attend des femmes qu'elles assument elles-mêmes la responsabilité de la planification familiale. Cela s'explique en partie par la répartition des risques, puisque la personne qui tombe enceinte supporte toutes les conséquences anatomiques et économiques de la grossesse, y compris les risques de morbidité ou de mortalité maternelle ainsi que les éventuelles pertes d'emploi ou de revenu liées à la grossesse ou à la maternité, ce qui l'encourage à utiliser correctement et régulièrement un moyen de contraception. Ce facteur est aussi largement renforcé par les normes sociales. Le manque de moyens de contraception à la disposition des hommes (évoqué dans le reportage à la page 70), par exemple, s'explique par les choix des investisseurs et des décideurs politiques et par leurs prévisions quant à la demande ou l'absence de demande en la matière. Des pilules contraceptives masculines, des gels réversibles à longue durée d'action (qui bloquent le sperme) et des solutions injectables font l'objet d'essais cliniques depuis des années, mais ne sont toujours pas commercialisés (Thirumalai et Amory, 2021 ; Costantino *et al.*, 2007).

Il est révélateur que la stérilisation, une forme de contraception pourtant moins invasive et moins risquée lorsqu'elle est pratiquée sur les hommes, soit nettement moins utilisée par les hommes que par les femmes à l'échelle mondiale, ce qui montre bien à quel point les femmes sont comparativement bien plus ciblées que les hommes par les méthodes et les programmes de contraception. En 2015, quelque 30 millions d'hommes ont subi une vasectomie,

FIGURE 8

Tendances en matière d'utilisation des méthodes de contraception permanente à l'échelle mondiale



Source : Shelton et Jacobstein, 2016.

alors que 237 millions de femmes ont eu recours à une méthode de contraception permanente (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2015). « L'importance de l'égalité des genres fait l'objet depuis des années d'un consensus international. Concernant la vasectomie (stérilisation masculine), toutefois, on observe un décalage entre les engagements pris en faveur du choix et de l'équité et les réalités des programmes », constatent certains chercheurs (Jacobstein, 2015).

La nécessité d'adopter des approches globales

Ces travaux de recherche montrent que les idées fausses sur la contraception doivent être balayées à tous les niveaux. Il est nécessaire de remettre en

cause les idées reçues et les partis pris des particuliers et des prestataires de santé. Mais cela est également valable dans les sphères décisionnelles et financières, où la question des grossesses non intentionnelles se limite trop souvent à des discussions sur les produits contraceptifs, la prestation de services de proximité ou les conseils de planification familiale.

Il apparaît ici qu'aucune approche unique, aussi importante soit-elle, ne pourra satisfaire les besoins de tous. Mieux vaut mettre en œuvre depuis la base un ensemble complet d'initiatives interdépendantes. Les femmes et les filles doivent être en mesure et en capacité de faire connaître leurs besoins, que ce soit à leurs partenaires, à leurs prestataires de santé ou même aux chercheurs et aux décideurs, et surtout, elles doivent être entendues.

LA PLANIFICATION DU CHANGEMENT

PHILIPPINES, 2021 — Rahma Samula, âgée de 40 ans et vivant à Maguindanao, aux Philippines, fait part de son épuisement après son sixième accouchement. Sa propre mère avait élevé huit enfants. « Voir ma mère peiner à s'occuper de mes sept frères et sœurs a contribué à ma décision d'essayer la planification familiale ; mon mari et moi étions d'accord à ce sujet. » Presque tous ses enfants ont seulement un an d'écart les uns avec les autres, mais grâce à un contraceptif injectable,

Rahma a pu retarder sa dernière grossesse jusqu'à 2021, soit cinq ans après la naissance de son précédent enfant. Rahma est certaine que sans les injections, elle aurait eu deux autres enfants entre-temps. Elle et son mari sont reconnaissants envers les agents de santé locaux qui les ont conseillés sur les différentes solutions de planification familiale disponibles. Rahma, qui est en bonne santé et pour qui les effets secondaires se sont limités à une prise de poids bienvenue, considère que l'espacement des naissances et l'utilisation de contraceptifs étaient préférables pour son corps, mais aussi pour sa famille, « afin d'éviter une situation difficile pour les enfants ».

Une génération plus tôt, les choses n'auraient pas été aussi simples.

La politique du gouvernement philippin en matière de planification familiale et de santé reproductive a connu de nombreux flottements. Les politiques menées dans les années 1980 visaient à limiter la croissance démographique par le biais de quotas et d'incitations à la contraception. Elles se sont ensuite conformées à la doctrine de l'Église catholique interdisant les moyens de contraception modernes.

« Mon mari et moi nous sommes mis d'accord pour utiliser des contraceptifs parce que la vie est vraiment difficile en ce moment. »

Pendant des décennies, les tensions entre les militants pro et anti-contraception ont entraîné le pays sur une voie intermédiaire incertaine consistant à encourager la planification familiale principalement dans une optique de santé maternelle et de survie des enfants, une approche qui marginalisait les adolescentes et les femmes non mariées (Alvarez, 1993). Ce n'est qu'en 2012, avec l'adoption de la Loi sur la parentalité responsable et la santé reproductive, que le gouvernement a opté pour son approche actuelle centrée sur

les patients et la santé reproductive et s'est engagé à assurer aux familles pauvres des services de planification familiale gratuits. Malgré cela, des chefs religieux influents continuent de s'opposer à l'utilisation de toute forme de contraception non considérée comme « naturelle » (méthodes fondées sur la connaissance des périodes de fécondité).

Ce sont pourtant des chefs religieux et des dirigeants communautaires qui, avec des organisations à but non lucratif, ont contribué pendant des années à fournir des contraceptifs dans les régions isolées et aux familles qui n'avaient pas les moyens de se retrouver avec plus de bouches à nourrir. « Le curé de notre paroisse vient nous voir, c'est lui qui nous donne accès à [la pilule contraceptive] », expliquait ainsi une mère de famille d'un modeste village de pêcheurs isolé à l'UNFPA en 1998. « On ne sait pas où s'en procurer. »

L'effet conjugué de la loi de 2012 et d'initiatives populaires, menées notamment par des groupes non gouvernementaux, des organisations de défense des droits des femmes et des particuliers tels que ce prêtre, a considérablement amélioré l'accès à la contraception aux Philippines. La dynamique de cette évolution n'est pas le fruit d'une seule intervention (du système de santé, du système



Certaines lois et initiatives populaires ont favorisé le changement.
Jay Directo/AFP via Getty Images

législatif ou de la société au sens large), mais plutôt d'un travail global et transversal sur plusieurs années.

La loi a permis de stimuler les investissements en faveur de dispensaires et de services de santé reproductive, et un programme d'assurance santé couvre désormais plus de 90 % des municipalités du pays (FP2030, 2020a). Les controverses passionnées sur la contraception se sont apaisées, et un nouveau dialogue s'est engagé au sujet de la liberté de choix, des droits et des objectifs à long terme des individus et des familles.

Les agents de santé, les conseillers en planification familiale et même les chefs religieux luttent de façon proactive contre la désinformation en matière de contraception.

« Mon mari et moi nous sommes mis d'accord pour utiliser des contraceptifs parce que la vie est vraiment difficile en ce moment », témoigne Theresa Batitits, 36 ans, conseillère en nutrition dans un village du nord du pays. Ils souhaitent consacrer leurs ressources limitées à l'éducation des quatre enfants qu'ils ont déjà. Theresa avait jusque-là évité les contraceptifs hormonaux, en partie

par crainte des effets secondaires, mais lorsqu'un agent de santé local lui a parlé des implants de longue durée, elle a décidé d'essayer. « Avant de fournir des services de planification familiale à chaque femme, ils donnent des informations sur les différentes méthodes, leur fonctionnement et leur utilisation, ainsi que sur les effets secondaires des moyens de contraception, notamment », raconte Theresa.

Anisa T. Arab, originaire de Maguindanao, est issue d'une fratrie de 15 enfants. Elle a toujours su s'affirmer, et a quitté le foyer familial à l'âge de 20 ans plutôt que d'accepter les projets de son père, qui envisageait de la marier et de lui faire arrêter ses études. Elle était d'abord opposée à la planification familiale, qu'elle pensait contraire aux enseignements islamiques, mais en étudiant cette religion, elle s'est rendu compte que les traditions de sa communauté au sujet des femmes divergeaient en réalité des principes de l'Islam.

Aujourd'hui, à l'âge de 57 ans, Anisa, animatrice radio et enseignante en études islamiques (ou *uztazah*), défend ardemment l'éducation des femmes ainsi que leurs droits à se marier si, quand et avec qui elles le souhaitent et à recourir à la planification familiale. Elle enseigne à ses fidèles la fatwa sur la planification familiale, un avis juridique adopté par des spécialistes de l'Islam indiquant que la contraception n'est pas interdite. La planification familiale n'est pas une mauvaise chose, selon elle. Au contraire, « c'est lorsque les femmes apprennent à prendre soin de leur corps qu'elles peuvent fonder une famille équilibrée ».

Dans quels pays les lois et les politiques permettent-elles aux femmes d'éviter les grossesses non intentionnelles ?

Les objectifs de développement durable (ODD) constituent la toute première tentative d'évaluer de manière approfondie dans quelle mesure les cadres juridiques et réglementaires des différents pays favorisent la santé sexuelle et reproductive et les droits en matière de reproduction. L'indicateur 5.6.2 des ODD s'intéresse aux lois et réglementations et couvre quatre composantes : les soins de maternité, les services de contraception, l'éducation à la sexualité et les services de prévention et de traitement du VIH et du papillomavirus humain (HPV).

Les 13 composantes ne présentent pas toutes un lien de causalité évident avec la prévention des grossesses non intentionnelles. Mais même celles sans lien manifeste (le vaccin contre le HPV par exemple) illustrent le contexte réglementaire général autour de la santé et des droits en matière de reproduction.

L'indicateur de chaque composante établit si une législation favorable existe et si des restrictions potentielles sont en vigueur. Il mesure uniquement l'existence de telles lois, et non pas leur application. Nous observons par ailleurs des variations notables au sein des régions. Les données nationales sont disponibles à l'adresse suivante : unstats.un.org/sdgs/dataportal.

L'INDICATEUR 5.6.2 des ODD permet de mesurer 13 composantes (C1-C13) dans quatre domaines :

Soins de maternité

- C1** : Soins de maternité
- C2** : Produits vitaux
- C3** : Avortement
- C4** : Soins post-avortement

Éducation à la sexualité

- C8** : Lois relatives aux programmes d'éducation à la sexualité
- C9** : Composantes des programmes d'éducation à la sexualité

Services de contraception

- C5** : Contraception
- C6** : Consentement pour le recours à la contraception
- C7** : Contraception d'urgence

VIH et HPV

- C10** : Dépistage et conseil en matière de VIH
- C11** : Traitements et soins liés au VIH
- C12** : Confidentialité du statut sérologique des hommes et des femmes vivant avec le VIH
- C13** : Vaccin contre le HPV

	SOINS DE MATERNITÉ					SERVICES DE CONTRACEPTION				ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ			VIH ET HPV					Indicateur 5.6.2 des ODD (global)
	C1	C2	C3	C4	Moyenne pour ce thème	C5	C6	C7	Moyenne pour ce thème	C8	C9	Moyenne pour ce thème	C10	C11	C12	C13	Moyenne pour ce thème	
MONDE	85	90	43	78	74	78	82	70	76	66	68	65	87	91	93	54	81	76
Régions développées	94	88	71	81	85	84	92	76	84	89	88	88	91	94	95	81	90	87
Régions en développement	82	90	33	77	71	75	79	69	74	58	61	58	86	90	92	45	78	72
Pays les moins avancés	79	96	29	79	71	72	70	68	70	53	59	56	88	92	93	38	78	71

RÉGIONS DE L'UNFPA

États arabes	73	87	10	88	68	77	67	77	73	31	9	9	89	89	95	8	70	65
Asie et Pacifique	78	87	37	82	71	79	80	73	77	65	65	63	85	86	93	45	78	74
Europe de l'Est et Asie centrale	93	87	65	95	85	86	100	77	87	93	82	87	84	93	94	50	80	84
Amérique latine et Caraïbes	86	86	31	75	70	77	82	60	73	67	77	71	84	86	94	57	80	75
Afrique de l'Est et Afrique australe	84	97	28	87	73	69	72	69	70	53	69	61	84	88	90	61	81	72
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	83	98	34	65	70	76	77	72	75	52	55	54	89	97	91	35	79	70



Les coûts cachés des grossesses non intentionnelles

Les grossesses non intentionnelles ont incontestablement des répercussions très diverses. Les plus évidentes sont les conséquences directes des grossesses proprement dites, que celles-ci se soldent par une naissance, un avortement ou une fausse couche. Il peut donc être tentant de mesurer ces répercussions en comparant deux scénarios possibles : celui dans lequel une femme consacre son temps et ses ressources à un bébé, et celui dans lequel elle investit dans son propre avenir. Cette dichotomie est toutefois erronée. En effet, une femme qui recourt à un avortement peut faire ce choix afin de consacrer ses modestes ressources aux enfants qu'elle a déjà. Une femme privée de sa capacité à choisir de concevoir ou non un enfant n'a pas nécessairement les moyens d'investir dans son avenir ni dans celui d'un bébé. Enfin, une femme qui dispose de ressources économiques importantes peut faire face à d'autres coûts, en restant par exemple à la merci d'un partenaire violent.

La nuance est également de mise s'agissant des grossesses qui donnent lieu à une naissance. De nombreuses grossesses non intentionnelles sont assurément accueillies avec joie, et même lorsqu'une grossesse accidentelle est source de peur et de consternation, l'enfant qui en résulte peut finalement être sincèrement aimé et apporter beaucoup de bonheur. Il convient d'affirmer énergiquement qu'un enfant né d'une grossesse non intentionnelle, quelles que soient les circonstances, est un individu dont la valeur, la dignité et les droits fondamentaux doivent être reconnus. Cela ne contredit en aucun cas le fait que les grossesses non intentionnelles peuvent entraîner des conséquences en cascade pour les personnes et les familles qui y sont confrontées.

Il convient donc, plutôt que d'étudier les répercussions des grossesses non intentionnelles, de s'intéresser à ce qui se passe en amont, c'est-à-dire aux choix ou au déni de choix qui interviennent *avant* la grossesse. Le présent chapitre tente de répondre aux questions suivantes : quelle serait la différence entre un monde où les grossesses procéderaient d'un choix éclairé et délibéré et notre monde actuel, où près de la moitié des grossesses surviennent sans avoir été vraiment décidées ? Quelles sont les conséquences de la perte d'autonomie corporelle en matière de grossesses ? Les sociétés qui tolèrent des taux élevés de grossesses non intentionnelles apprécient-elles à sa juste valeur le potentiel des femmes en dehors de leurs capacités reproductives ?

Présentés sous cet angle, les coûts d'opportunité sont incalculables. Cependant, des chercheurs se sont efforcés d'appréhender certains de ces coûts en utilisant des moyens concrets et quantifiables : le coût des grossesses non désirées (qu'elles soient ou non menées à terme) pour le système de santé, les coûts en termes de participation et de perspectives économiques et éducatives pour les femmes, ainsi que les risques potentiels

(et complexes) pour la santé physique et mentale des mères et des nourrissons. Il existe également des risques pour les femmes qui choisissent d'interrompre leur grossesse, en particulier dans les pays dotés de lois interdisant l'avortement, où les femmes ont recours à des avortements non médicalisés, d'où une morbidité et même une mortalité maternelles évitables importantes.

Ces mesures ne sont qu'un point de départ, mais elles enclenchent un processus essentiel consistant à exposer plus clairement l'influence des grossesses non désirées ou imprévues sur la société et l'économie.

Comptabiliser l'inquantifiable

De nombreuses hypothèses relatives aux conséquences des grossesses non intentionnelles sont difficiles à prouver ou à réfuter. Certaines personnes ont par exemple suggéré que des taux plus élevés de grossesses accidentelles pourraient entraîner une hausse des taux de criminalité ou accroître le stress des ménages (Yazdkhasti *et al.*, 2015). Ces théories radicales et controversées sont révélatrices de réelles difficultés rencontrées par les communautés et les familles, et qui peuvent être les conséquences de grossesses non intentionnelles. Ces grossesses génèrent également d'autres coûts inquantifiables, notamment la stigmatisation des femmes non mariées, qui peuvent avoir des conséquences à vie, et parfois même sur plusieurs générations.

Les chercheurs se heurtent parfois à la multiplication rapide de conséquences difficiles à comptabiliser, ce qui est souvent le cas pour les adolescentes et les jeunes qui tombent enceintes par accident. Une jeune fille peut être obligée d'interrompre sa scolarité (parce qu'elle n'est plus autorisée à aller à l'école et/ou parce qu'elle doit s'occuper de son bébé). La reprise des études est difficile, voire impossible, et il est rare que les établissements scolaires offrent un environnement

favorable à l'allaitement, un service de garde d'enfants ou des horaires flexibles (Human Rights Watch, 2018). L'interruption prématurée de sa scolarité risque par la suite de réduire ses perspectives d'emploi et de revenu. Si le bébé naît hors mariage, la mère et l'enfant peuvent être confrontés à la discrimination (Human Rights Watch, 2018).

Ces limites sont massivement reconnues par les chercheurs. « Le préjudice réel sur la qualité de vie est impossible à quantifier », selon les auteurs d'une analyse documentaire de 2015 consacrée aux différentes conséquences négatives des grossesses accidentelles (Yazdkhasti *et al.*, 2015). « Les grossesses non intentionnelles entraînent tout un éventail de conséquences négatives [...] qui ne figurent aucunement dans les comptes publics [...] ». Dans l'ensemble, les données tendent à indiquer que les grossesses non intentionnelles constituent l'un des enjeux les plus décisifs pour le système de santé public et ont un coût financier et social considérable pour la société » (Yazdkhasti *et al.*, 2015).

Quantifier ce qui est quantifiable

Participation au marché du travail et potentiel de revenu

Malgré les difficultés, il existe des moyens de mesurer certaines répercussions des grossesses non intentionnelles. Selon une étude réalisée aux États-Unis, par exemple, les naissances non planifiées réduiraient la participation au marché du travail de 25 %. Cette étude cherchait à rendre compte des conséquences des naissances non désirées ainsi que des naissances inopportunes (lorsqu'une femme souhaitait concevoir un enfant à 28 ans, mais qu'elle est tombée enceinte à 25 ans, par exemple) (Nuevo-Chiquero, 2014).

Les grossesses non intentionnelles, porte ouverte aux violations des droits fondamentaux

À l'exception des grossesses résultant de violences sexuelles et de différentes formes de coercition reproductive, la plupart des grossesses non intentionnelles ne sont pas directement le fruit de violations des droits fondamentaux. En revanche, leurs conséquences peuvent exposer les femmes et les filles à ce type de violations. Entre autres effets négatifs reconnus, les grossesses non intentionnelles sont associées à un retard des soins prénatals, et donc potentiellement à des complications de santé pour les femmes enceintes (Khan *et al.*, 2019), mais également à des accouchements prématurés si celles-ci poursuivent leur grossesse (Orr *et al.*, 2000). Une grossesse, qu'elle soit accidentelle ou planifiée, peut conduire à une déscolarisation forcée (Human Rights Watch, 2018a) ou entraîner des discriminations sur le marché de l'emploi (OIT, 2012). Ces discriminations peuvent aggraver une situation socioéconomique déjà fragile, parfois elle-même à l'origine de la grossesse non intentionnelle (Aiken *et al.*, 2015). Dans des cas extrêmes, une grossesse hors mariage peut donner lieu à des sanctions pénales (Canada : Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, 2013) ou à une condamnation à mort, à un décès extrajudiciaire dans le cas des prétendus « crimes d'honneur », ou à un suicide (HCR, 2012 ; Mansur *et al.*, n. d.).

La santé, l'éducation, l'emploi et la non-discrimination sont défendus par des instruments internationaux de protection des droits fondamentaux. Lorsqu'une grossesse non intentionnelle compromet et réduit l'exercice de ces droits par les femmes et les filles, les gouvernements, seuls ou en partenariat avec des organisations non gouvernementales nationales et internationales, doivent prendre toutes les mesures juridiques, politiques, programmatiques, budgétaires et administratives nécessaires pour respecter, protéger et garantir ces droits (ECOSOC, 1990).

L'impact financier des grossesses non intentionnelles sur le bien-être de la famille s'avère bien plus important dans les familles à faible revenu que dans les familles à revenu élevé, lesquelles sont moins tributaires des salaires et peuvent compter sur leurs économies et sur d'autres biens (Nuevo-Chiquero, 2014).

Coûts pour le système de santé

La charge économique que représentent des événements comme une grossesse ou un avortement peut également être calculée. Toutefois, une mise en garde s'impose : on ne peut pas juste estimer la valeur monétaire du coût des soins de santé dispensés à toutes les femmes qui vivent une grossesse non intentionnelle et faire la comparaison avec les femmes qui ne vivent pas de grossesse du tout. De nombreuses grossesses accidentelles sont plus inopportunes que non désirées, ce qui signifie qu'elles auraient sans doute entraîné de toute façon des frais de santé, mais dans d'autres circonstances. En revanche, si l'on part de l'hypothèse que les femmes préfèrent fonder ou agrandir une famille dans des conditions économiques viables, on peut commencer à se faire une idée des coûts.

Aux États-Unis, des chercheurs ont observé que les grossesses non intentionnelles de femmes pauvres ou à faible revenu entraînaient des dépenses publiques très importantes : « Les dépenses de l'État consacrées aux grossesses non intentionnelles à l'échelle nationale s'élevaient à 21,0 milliards de dollars en 2010 » (Sonfield et Kost, 2015). Depuis, ces coûts ont continué d'augmenter aux États-Unis. Les chercheurs ont également estimé à quelque 15,5 milliards de dollars les économies brutes qui auraient pu être réalisées sans ces grossesses accidentelles (Sonfield et Kost, 2015).

D'après les estimations d'une étude portant sur des données de 2010 au Brésil, le coût total des grossesses non intentionnelles dans ce pays s'élèverait à environ 2,33 milliards de dollars

(au taux de change en vigueur en 2010). Ce coût se répartit comme suit : un faible pourcentage concerne la prise en charge des fausses couches (0,8 %), une bonne part est directement liée aux accouchements (30 %), et la majorité a trait aux complications chez les nourrissons nés de grossesses non intentionnelles (environ 70 %). Les chercheurs n'ont pas tenu compte du coût des avortements provoqués, ni du coût de la morbidité maternelle et de l'absence du marché du travail (Le *et al.*, 2014).

Ces estimations sont propres à un seul pays et ont un périmètre limité. Un calcul similaire à l'échelle mondiale ou par régions soulèverait d'innombrables difficultés, d'autant qu'il n'existe pas de méthodologie établie pour mesurer les coûts ou déterminer quels coûts mesurer. Cependant, il est évident que les coûts liés à la grossesse et à l'accouchement atteignent des sommes très élevées.

Les dépenses consacrées à la prestation de services d'avortement et de soins post-avortement sont d'autres coûts considérables indirectement liés aux grossesses non intentionnelles. L'Institut Guttmacher a réalisé des études approfondies sur ces dépenses et a révélé dans son dernier rapport *Adding It Up* que les pays à revenu faible et intermédiaire dépensent 2,8 milliards de dollars dans les services d'avortement et les soins post-avortement chaque année. Ces coûts pourraient diminuer de moitié et atteindre 1,5 milliard de dollars si les besoins en matière de contraception étaient complètement satisfaits dans ces pays (Sully *et al.*, 2020).

Conséquences sur la santé mentale

Il peut s'avérer difficile de différencier les causes et les répercussions des grossesses non intentionnelles de celles associées aux problèmes de santé mentale, ces deux problématiques étant souvent l'origine ou la conséquence des mêmes vulnérabilités. Par exemple, si la violence au sein du couple est



© UNFPA/Fidel Évora

susceptible de limiter le pouvoir d'agir d'une personne et de conduire ainsi à une grossesse non intentionnelle, elle peut également porter atteinte à sa santé mentale et à son bien-être (Gipson *et al.*, 2008). Plusieurs études ont tout de même tenté d'analyser les corrélations entre les grossesses non intentionnelles et la santé mentale, et s'accordent sur le fait que ces grossesses sont souvent un facteur de dépression et nuisent au bien-être psychologique des personnes.

La dépression post-partum

Une récente méta-analyse, pour laquelle 30 études ont été examinées et plus de 65 000 personnes interrogées, indique que les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle courent un risque beaucoup plus élevé de souffrir de dépression post-partum que les femmes ayant fait le choix de concevoir un enfant (le quotient de probabilité s'élève à 1,53) (Qiu *et al.*, 2020). De nombreuses études menées dans divers pays et différentes régions du monde ont fait état de cette corrélation (Steinberg *et al.*, 2020 ; Brito *et al.*, 2015).

Pour ce qui est des pays à revenu élevé, une étude longitudinale sur 21 ans réalisée en Australie s'est intéressée aux facteurs liés à l'accouchement susceptibles d'entraîner une dépression. Il en

ressort que 21 % des femmes interrogées ont sombré dans une dépression « sévère » à un moment donné après avoir accouché. Les conflits au sein du couple, l'anxiété, le stress et la récurrence des symptômes pendant la grossesse, ainsi que le manque de lien social constituaient les principaux facteurs de dépression. L'incertitude quant au désir d'avoir un enfant était un facteur moins déterminant, mais statistiquement important (Kingsbury *et al.*, 2015).

Les femmes qui souhaitent avorter mais qui ne parviennent pas à accéder aux services concernés sont particulièrement exposées aux risques. Une étude de cohortes réalisée en 2011 au Brésil s'est intéressée à la dépression chez 1 057 femmes. Elle a révélé que les femmes qui ont tenté en vain d'avorter étaient davantage touchées par la dépression périnatale que celles qui n'ont pas cherché à interrompre leur grossesse. Cette corrélation s'est confirmée pour d'autres facteurs favorisant la dépression périnatale, tels que l'état de santé mentale avant la grossesse (Ludermir *et al.*, 2011). De même, une analyse de données longitudinales effectuée en 2017 aux États-Unis montre que les femmes qui se voient refuser l'accès à l'avortement risquent davantage de subir des dommages psychologiques que celles ayant pu avorter (Biggs *et al.*, 2017).

La « Turnaway Study »

La « Turnaway Study », une étude historique réalisée aux États-Unis, visait à comprendre comment les femmes enceintes à qui l'on a refusé l'avortement évoluaient par rapport à celles ayant pu y accéder (Foster, 2020). Près de 950 femmes souhaitant recourir à l'avortement ont été suivies pendant cinq ans, et certaines d'entre elles se sont heurtées à un refus car leur grossesse était déjà trop avancée. Selon les chercheurs, « aucun élément n'indique que l'avortement a des conséquences néfastes sur les femmes [...]. Celles qui ont avorté vivaient la situation de la même manière que les femmes à qui l'avortement a été refusé, si ce n'est mieux la plupart du temps ». Ce constat concernait leur santé physique et mentale ainsi que leur situation professionnelle et financière. L'étude a également montré que les femmes qui ont eu recours à l'avortement « avaient plus de chances de tomber enceinte volontairement et de vivre une relation amoureuse saine dans les années à venir. »

Parmi les femmes à qui l'avortement a été refusé, deux sont décédées de causes liées à l'accouchement, tandis que d'autres ont subi des complications après avoir accouché, notamment des douleurs chroniques accrues et de l'hypertension, et ont vu leur état de santé se détériorer pendant des années. Un grand nombre de ces femmes ont déclaré être plus angoissées et avoir perdu confiance en elles tout de suite après avoir essuyé un refus. Les femmes qui n'ont pas pu avorter étaient moins à même d'échapper à leurs partenaires violents, et nombre d'entre elles ont confié être confrontées à des difficultés économiques.

Cette étude fondamentale et les dizaines de publications universitaires qui s'en inspirent ont fait l'objet d'une grande attention au fil des années, car la conception de l'étude est révolutionnaire et ses résultats prouvent que non seulement l'avortement n'est pas une pratique néfaste, mais qu'il contribue au contraire à améliorer le bien-être de bon nombre de femmes. « Les femmes sont conscientes des conséquences très diverses qu'elles devront supporter en menant une grossesse non désirée à son terme », explique la Professeure Diana Greene Foster, la chercheuse principale. « Dans tous les domaines qui suscitaient leur préoccupation, qu'il s'agisse des dépenses, de la santé, des responsabilités, de leurs plans d'avenir, les femmes à qui l'on a refusé l'avortement ont eu plus de difficultés que celles qui ont pu y accéder », ajoute-t-elle.

Conséquences sur la santé physique

Risques associés aux grossesses non intentionnelles

Si le lien entre les grossesses non intentionnelles et les risques de morbidité et de mortalité maternelles n'est pas suffisamment examiné, les publications existantes font état de certaines corrélations (Tsui *et al.*, 2010 ; Gipson *et al.*, 2008 ; Mohllajee *et al.*, 2007) que l'analyse originale présentée dans le Chapitre 2 du présent rapport vient confirmer. L'association entre les grossesses non intentionnelles et un taux de mortalité maternelle élevé s'explique par une simple corrélation : plus le nombre

de grossesses et d'accouchements est important, plus les décès maternels sont nombreux. Pour ces raisons, tous les programmes de santé publique visant à réduire ces décès considèrent la contraception comme un axe de travail essentiel. Plus nous arriverons à limiter les grossesses non intentionnelles, moins les femmes seront blessées ou décéderont de causes liées à la maternité.

Comme il a été observé dans plusieurs contextes, les facteurs exposant davantage les femmes à un risque de grossesse non intentionnelle, notamment la pauvreté, le manque d'accès à des services de santé, le niveau d'instruction plus faible, etc., augmentent également le risque de complications

lors de l'accouchement, y compris de décès et de morbidité maternels. Il s'agit là d'une deuxième raison expliquant l'incidence de ces grossesses sur les décès maternels. Ce constat se vérifie chez les femmes plus âgées et celles à parité élevée (Bauserman *et al.*, 2020 ; Gipson *et al.*, 2008 ; Campbell et Graham, 2006).

En outre, selon une analyse multipays des données des EDS, les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle tendent à recevoir des soins prénatals plus tard et à bénéficier de consultations prénatales moins nombreuses que les femmes ayant planifié leur grossesse (Amo-Adjei et Tuoyire, 2016). Certaines études réalisées dans des pays en développement



© UNFPA/Fidel Évora

montrent que les grossesses non intentionnelles entraînent des problèmes de santé tels que la prééclampsie, les hémorragies postnatales et la prééclampsie post-partum – à l'image de travaux menés à grande échelle en Inde, où la prévalence de ces problèmes de santé est considérée comme la cause du taux élevé de mortalité maternelle dans l'État de l'Uttar Pradesh (Dehingia *et al.*, 2020). L'étude indique que le lien entre les grossesses non intentionnelles et la morbidité maternelle est en partie dû aux soins prénatals moins nombreux que reçoivent les mères confrontées à ce type de grossesse avant d'accoucher (Dehingia *et al.*, 2020).

Souvent, les risques qui pèsent sur la santé des mères adolescentes sont encore plus importants. Les adolescentes enceintes âgées de 10 à 19 ans présentent plus de risques de souffrir d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes de 20 à 24 ans (OMS, 2020a). Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la principale cause de décès chez les jeunes filles de 15 à 19 ans dans le monde (OMS, 2019).

Toutefois, il est difficile de démontrer un lien direct de cause à effet car un grand nombre des facteurs qui influent sur la santé maternelle (notamment la pauvreté, le manque d'éducation, l'accès limité aux établissements de santé) entraînent également des taux plus élevés de grossesses non intentionnelles. Ce constat confirme les conclusions formulées au Chapitre 3 selon lesquelles la réduction des taux de grossesses non intentionnelles est étroitement liée à la réalisation des objectifs de développement global, en particulier ceux touchant à la santé, à l'éducation et à l'égalité des genres.

Risques associés aux avortements non médicalisés

Une des conséquences négatives des grossesses non intentionnelles a trait à l'impact direct sur la santé maternelle et à son ampleur considérable à l'échelle mondiale : il s'agit de l'avortement non médicalisé.

Les chercheurs estiment que 61 % des 121 millions de grossesses non intentionnelles annuelles entre 2015 et 2019 ont abouti à un avortement (Bearak *et al.*, 2020). Selon les estimations, 73,3 millions d'avortements sont pratiqués chaque année, soit 39 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (Bearak *et al.*, 2020). Les données disponibles pour la période 2010-2014 semblent indiquer que près de 45 % de l'ensemble des avortements réalisés dans le monde ne sont pas médicalisés (Ganatra *et al.*, 2017).

La quasi-totalité de ces derniers ont lieu dans les pays en développement. Selon les estimations, plus de la moitié sont pratiqués en Asie, principalement en Asie centrale et du Sud, compte tenu de la forte densité de population dans ces régions. Il convient toutefois de noter qu'une plus grande proportion d'avortements non médicalisés sont réalisés dans d'autres régions du monde. Par exemple, en Afrique et en Amérique latine, trois avortements sur quatre sont non médicalisés, le risque de décès étant le plus élevé en Afrique (Ganatra *et al.*, 2017).

La contraception et l'avortement médicalisé, des pratiques essentielles pour prévenir les décès maternels

Selon les chercheurs du Guttmacher Institute, nous pourrions réduire de 72 % les avortements non médicalisés et de 62 % les décès maternels en satisfaisant pleinement les besoins des femmes en matière de contraception dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et en assurant des services prénatals et néonataux aux niveaux recommandés par l'OMS (Sully *et al.*, 2020). Ces améliorations permettraient de diminuer radicalement les taux de mortalité et de morbidité, mais il est quasiment certain qu'un grand nombre de lésions et de décès maternels évitables persisteront dans les contextes où des obstacles empêcheront les femmes d'accéder à l'avortement sécurisé. Comme mentionné dans les chapitres précédents, ce phénomène tient au fait qu'il est impossible d'éliminer complètement le risque de grossesse non intentionnelle dans les conditions réelles actuelles.

*réduire
de 72 %
les avortements
non médicalisés*

Lorsque l'avortement est pratiqué dans des établissements de santé assurant des soins de qualité et par un personnel soignant qualifié, les risques de complications sont nettement inférieurs aux risques associés à un accouchement à la suite d'une grossesse non intentionnelle (Gerdtts *et al.*, 2016) et à un accouchement en général (Raymond et Grimes, 2012). L'avortement médicamenteux – une possibilité pour avorter en début de grossesse dans des centres de soins de santé primaires, par l'intermédiaire de la télémedecine ou de manière autogérée – permet d'avorter sans risque (Gambir *et al.*, 2020), à condition que le traitement soit correctement administré à un stade suffisamment précoce de la grossesse. Toutefois, l'accès à l'avortement médicamenteux est limité dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire où l'avortement est pourtant légal (Zhou *et al.*, 2020). Afin de mettre véritablement un terme aux effets gravissimes associés aux avortements non médicalisés, nous devons améliorer les services d'avortement à tous les niveaux, y compris en dotant les professionnels de santé des compétences adaptées. Nous devons en outre nous assurer que les établissements de santé respectent les règles d'hygiène et de confidentialité, et veiller à ce que les produits nécessaires soient abordables et disponibles, des conditions qui pourront être remplies grâce à des règlements de santé publique et des investissements. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'OMS et de multiples instances de défense des droits fondamentaux recommandent de lever les obstacles juridiques entravant l'accès à l'avortement médicalisé, en particulier lorsque la santé et la vie des personnes sont en jeu (Comité des droits de l'homme, 2019 ; OMS, 2015).

Les avortements non médicalisés constituent l'une des principales causes de mortalité maternelle à l'échelle mondiale (Say *et al.*, 2014). Comme il a été souligné précédemment, on estime que cette pratique serait responsable de 4,7 à 13,2 % des décès maternels chaque année (OMS, 2020). Ces avortements continuent donc de faire obstacle à la réalisation de l'ODD 3, en particulier de la cible 3.1 visant à réduire le ratio de mortalité maternelle à l'échelle mondiale à 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030.

Un nombre encore plus important de femmes souffrent de maladies ou de handicaps liés à un avortement non médicalisé. Les données collectées en 2012 indiquent que près de 7 millions de femmes sont hospitalisées chaque année dans les pays en développement pour ces raisons. En outre, le coût annuel de la prise en charge des complications majeures à la suite d'un avortement non sécurisé est estimé à 553 millions de dollars (OMS, 2020).

La morbidité maternelle est une conséquence à court et à long terme des avortements non médicalisés. L'OMS a récemment réalisé deux études sur les répercussions de plus de 20 000 avortements non médicalisés en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et aux Caraïbes. Un faible pourcentage de femmes enceintes ont failli perdre la vie ou sont décédées (2,3 % en Afrique et 1,3 % en Amérique latine), tandis que 7 % des femmes africaines et 3,1 % des femmes latino-américaines ont subi des complications potentiellement mortelles (Qureshi *et al.*, 2021 ; Romero *et al.*, 2021). Près de la moitié des femmes interrogées dans le cadre des études ont fait face à des complications peu graves dans les meilleurs des cas et susceptibles de nuire à leur santé pendant plusieurs années (58,2 % des femmes en Afrique et 49,5 % en Amérique latine) (Qureshi *et al.*, 2021 ; Romero *et al.*, 2021). D'après une étude réalisée en 2006, les taux de morbidité et de



© UNFPA/Fidel Évora

mortalité maternelles associés à un avortement non médicalisé sont responsables de la perte annuelle de 5 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (un indicateur mesurant les années de vie productive perdues) chez les femmes en âge de procréer. Les chercheurs ont souligné que ce chiffre déjà alarmant était probablement sous-évalué (Grimes *et al.*, 2006). Quoi qu'il en soit, ces chiffres signifient que la situation de millions de femmes vulnérables en âge de procréer constitue une urgence de santé publique.

Répercussions sur les enfants nés d'une grossesse non intentionnelle

Comme mentionné plus haut, un grand nombre d'études montrent que les grossesses non intentionnelles sont associées à un retard des soins prénatals et/ou à des soins moins fréquents. Non seulement les consultations prénatales constituent des interventions de santé essentielles pour les femmes, mais elles réduisent également

Les répercussions négatives des grossesses non intentionnelles auraient pu être évitées si on avait donné aux femmes confrontées à cette situation les moyens de faire des choix éclairés et délibérés afin de maîtriser leur fécondité et leur avenir reproductif.

le risque de décès néonatal (Wondemagegn *et al.*, 2018) et permettent, entre autres, d'améliorer l'état nutritionnel du bébé (OMS, 2016).

Des études réalisées dans les pays occidentaux indiquent que les femmes non mariées déclarant vivre une grossesse non intentionnelle avaient beaucoup moins de chances de bénéficier d'une consultation prénatale au cours des huit premières semaines de grossesse, et qu'elles étaient deux fois plus susceptibles de devoir attendre la fin du premier trimestre pour recevoir des soins prénatals (Vanden Broek *et al.*, 2016 ; Heaman *et al.*, 2013 ; Korenman *et al.*, 2002 ; Kost *et al.*, 1998). La quasi-totalité des études menées dans les pays en développement montrent également que les grossesses non intentionnelles ont une incidence sur le moment auquel la première consultation prénatale est réalisée ainsi que sur la fréquence des soins. Par exemple, selon des études démographiques et de santé multipays (Amo-Adjei et Tuoyire, 2016) et des recherches menées en Égypte, au Pérou et aux Philippines (Gipson *et al.*, 2008), les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle bénéficient de consultations prénatales plus tardives et moins nombreuses.

Les grossesses non intentionnelles sont susceptibles d'avoir une incidence négative sur le taux d'allaitement maternel, une pratique pourtant recommandée par l'OMS car elle favorise la survie de l'enfant et son bon développement (OMS, 2021a). Des décennies de recherche en Europe et aux États-Unis ont établi que les enfants nés d'une grossesse non intentionnelle ont moins de chances d'être nourris au sein ou seront probablement allaités moins longtemps (Gipson *et al.*, 2008). Certaines études indiquent que, même au sein d'une fratrie, les enfants nés d'une grossesse désirée ont plus de chances d'être allaités (Korenman *et al.*, 2002). Selon une analyse multipays des données des EDS de 18 États, les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle sont en général 10 % moins susceptibles d'allaiter pendant plus d'un an, bien que cette tendance ne concerne pas tous les pays (Hromi-Fiedler et Pérez-Escamilla, 2006).

Des études ont également révélé que les enfants nés d'une grossesse non intentionnelle pourraient être désavantagés en matière de vaccination, de prévention des maladies et de soins curatifs (Gipson *et al.*, 2008) ; précisons tout de même que cette corrélation semble dépendre fortement du contexte.

De nombreuses études ont été réalisées afin de déterminer si les enfants nés d'une grossesse non intentionnelle risquaient davantage de présenter une insuffisance pondérale à la naissance, un indicateur important du bien-être du nourrisson, comparé aux enfants nés d'une grossesse désirée, et si ceux nés d'une grossesse non planifiée subissaient des conséquences à plus long terme telles que la malnutrition et des retards de croissance. Les résultats sont variables, certaines études n'ayant relevé aucune corrélation entre ces différents facteurs (Bitto *et al.*, 1997). Des études démographiques et de santé montrent que les enfants issus d'une grossesse accidentelle courent statistiquement un risque beaucoup plus élevé de ne pas recevoir tous les vaccins infantiles avant

l'âge d'un an en Égypte, au Kenya et au Pérou, mais tel n'est pas le cas en Bolivie et aux Philippines (Marston et Cleland, 2003). Il ressort de la même analyse que les enfants nés d'une grossesse non intentionnelle sont plus susceptibles de souffrir d'un retard de croissance au Pérou et en Bolivie, mais pas en Égypte (Marston et Cleland, 2003).

D'autres études ont révélé une corrélation entre, d'une part, les grossesses non intentionnelles, et d'autre part, une insuffisance pondérale et un retard de croissance. Par exemple, dans le cadre de plusieurs études menées au Bangladesh, les chercheurs ont observé que « les femmes considérant leur grossesse comme accidentelle étaient 3,19 fois plus susceptibles de donner naissance à un enfant en insuffisance pondérale que celles ayant vécu une grossesse voulue » (Rahman *et al.*, 2019), mais aussi que « les intentions de grossesse de la mère ont une incidence sur les retards de croissance, l'émaciation et l'insuffisance pondérale de l'enfant » (Rahman, 2015). En Bolivie et en Éthiopie, les enfants nés de grossesses non intentionnelles courraient un risque environ trois fois plus élevé de souffrir d'un retard de croissance (Shaka *et al.*, 2020 ; Shapiro-Mendoza *et al.*, 2005). Certains enfants peuvent être particulièrement désavantagés, notamment les jeunes filles dans les sociétés affichant une préférence pour les garçons ou celles pratiquant la coutume de la dot (Gipson *et al.*, 2008).

La question des définitions, qui a été soulevée à maintes reprises dans le présent rapport, est l'une des raisons à l'origine des incohérences entre les différentes études : certaines d'entre elles utilisent indistinctement les termes « non intentionnelle » et « non désirée », alors qu'en réalité, les grossesses « non désirées » peuvent avoir des répercussions plus négatives que les grossesses « inattendues mais tout de même désirées » ou « inopportunes ». Il est très difficile de relever les différences terminologiques qui ont une incidence sur les conclusions des études, mais il s'avère encore plus complexe d'établir des liens de cause à effet. Selon des chercheurs ayant travaillé

au Bangladesh, le stress lié à une grossesse non désirée a une influence sur le déroulement de l'accouchement (Rahman *et al.*, 2019), tandis que d'autres études indiquent que les enfants nés d'une grossesse de ce type pourraient grandir dans un environnement moins stimulant.

Il convient de noter que d'autres facteurs sont étroitement liés à ces multiples répercussions sur la santé infantile. Par exemple, en Éthiopie, le niveau d'éducation du père constitue l'un des facteurs entraînant un retard de croissance chez l'enfant (Shaka *et al.*, 2020). Comme pour les résultats en matière de santé maternelle, il peut être difficile d'établir des liens de cause à effet. Cependant, il apparaît clairement que les facteurs compromettant l'exercice du libre arbitre des femmes, notamment la pauvreté et le niveau d'instruction, exposent également les mères, les nourrissons et les familles à des problèmes de santé.

Ces études montrent que les répercussions négatives des grossesses non intentionnelles auraient pu être évitées si on avait donné aux femmes confrontées à cette situation les moyens de faire des choix éclairés et délibérés afin de maîtriser leur fécondité et leur avenir reproductif, une conclusion qui n'est que rarement énoncée. Bien entendu, mettre un terme aux grossesses non intentionnelles ne nous permettra pas pour autant de nous débarrasser de toutes les conséquences néfastes qui en découlent, mais en donnant aux femmes la capacité d'exercer pleinement leurs choix, les sociétés parviendraient à atténuer véritablement les risques et les coûts associés à ces grossesses, tout en favorisant le respect de la dignité humaine, des droits et du libre arbitre de chacune et chacun. Afin de poursuivre dans cette direction, une étape essentielle consistera à approfondir les recherches sur les multiples conséquences quantifiables et inquantifiables des grossesses non intentionnelles, y compris celles mentionnées plus haut, en vue de mieux comprendre les coûts souvent cachés de cette crise oubliée.

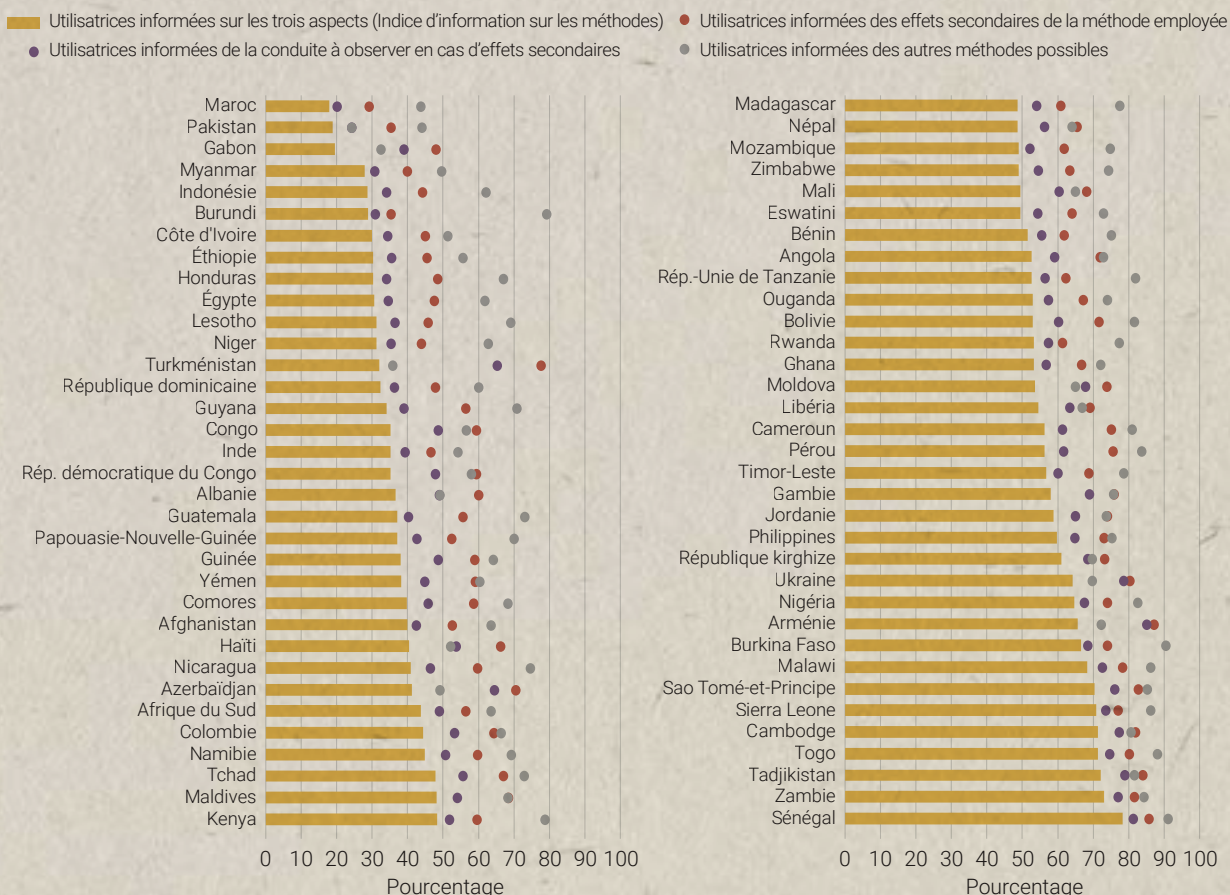
Où et dans quelle mesure les besoins en matière de contraception ne sont-ils pas satisfaits ? Les enseignements des programmes de planification familiale de l'UNFPA

L'UNFPA, en collaboration avec Avenir Health, analyse les besoins en matière de contraception et utilise les informations recueillies dans les pays bénéficiaires de ses programmes de planification familiale lorsque ces données sont disponibles. Celles-ci servent de base à la conception et au renforcement des interventions, mais témoignent également des conditions réelles qui influencent le recours à la contraception.

Qualité des soins

De nombreuses utilisatrices de moyens de contraception modernes indiquent ne pas avoir reçu suffisamment d'informations sur les différentes méthodes et leurs effets secondaires.

FIGURE 9 Informations clés communiquées aux utilisatrices concernant les méthodes contraceptives

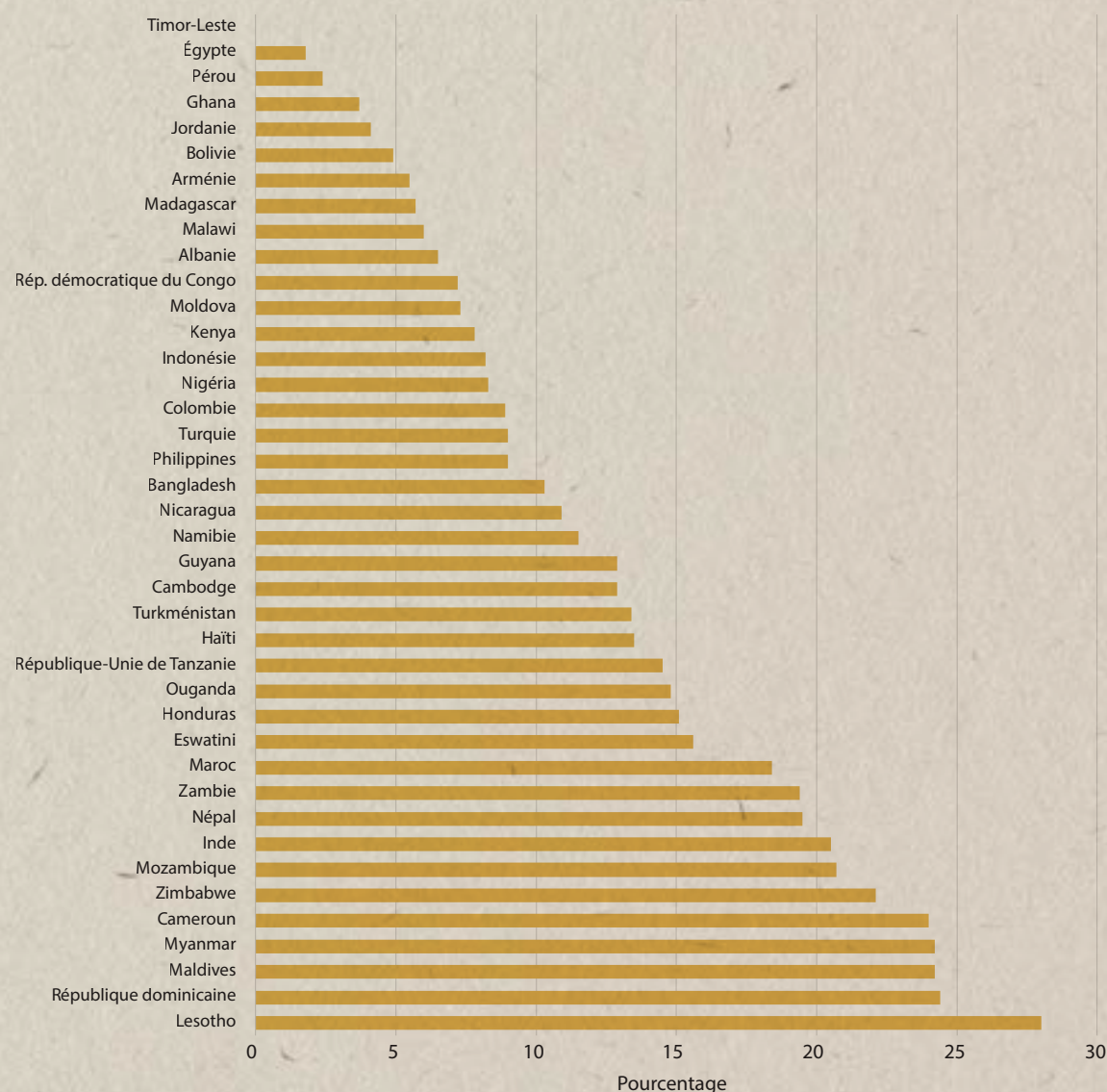


Source : ICF, 2015, DHS Program STATcompiler, statcompiler.com, consulté le 10 février 2022 (données issues d'enquêtes nationales réalisées entre 2000 et 2020 auprès de femmes ayant commencé une nouvelle méthode contraceptive au cours des cinq années précédant la date de l'enquête).

De nombreuses utilisatrices ne sont pas informées du caractère permanent de la stérilisation

Dans certains pays étudiés, une forte proportion de femmes ayant été stérilisées n'avaient pas été informées qu'il s'agissait d'une procédure permanente (données issues d'enquêtes nationales réalisées entre 2000 et 2017) ; les chiffres atteignaient 28 % au Lesotho, contre 0 % au Timor-Leste. L'absence de consentement éclairé est un signal d'alerte qui donne à penser que les prestataires de santé ne proposent pas de conseils en matière de contraception ou que les informations fournies ne sont pas compréhensibles pour les utilisateurs.

FIGURE 10 Utilisatrices ayant eu recours à la stérilisation féminine sans avoir été informées du caractère permanent de cette méthode

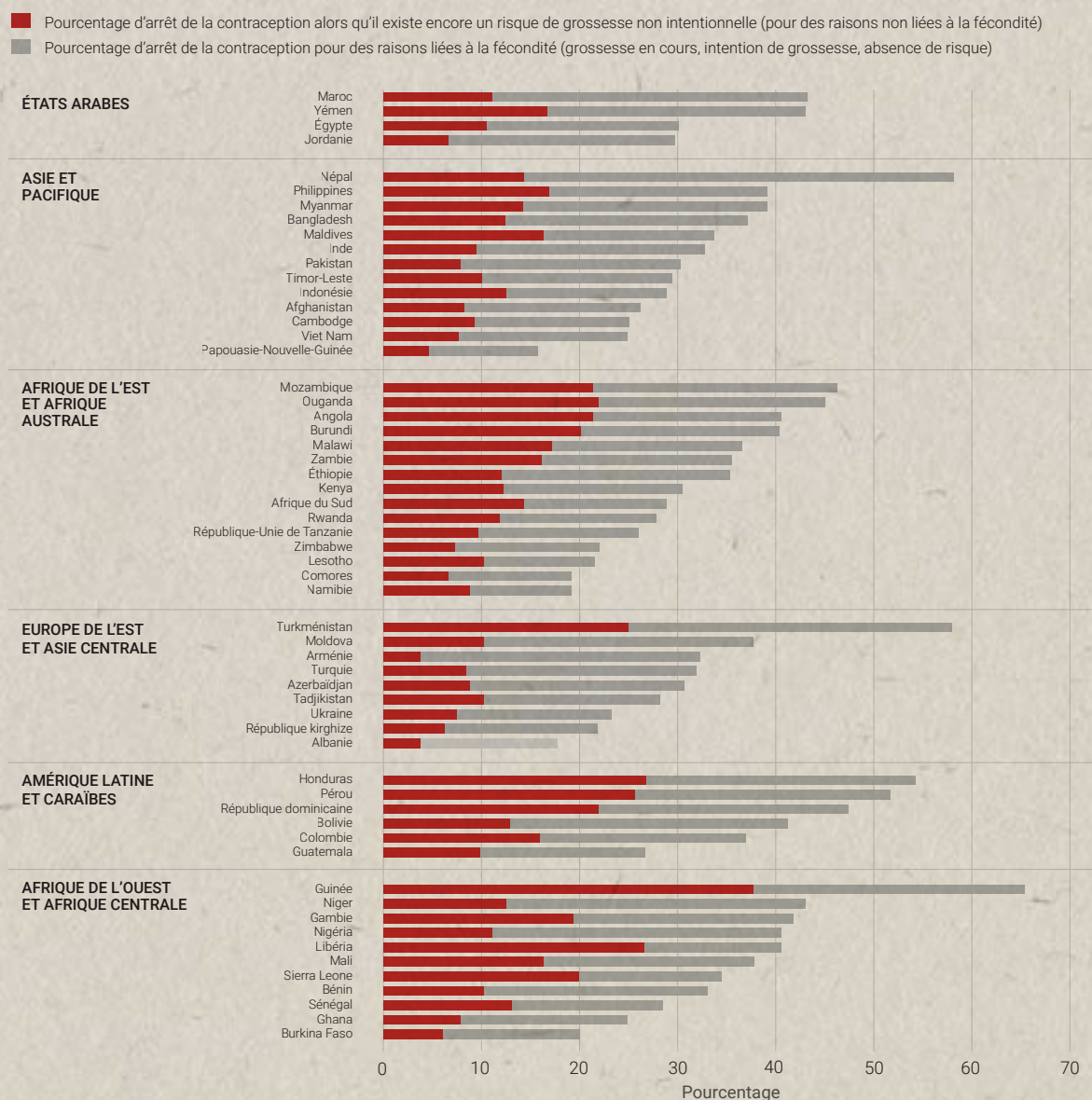


Source : ICF, 2015, DHS Program STATcompiler, statcompiler.com, consulté le 10 février 2022 (données issues d'enquêtes nationales réalisées entre 2000 et 2017).

Interruption de la contraception

La mauvaise qualité des soins, l'indisponibilité de certaines méthodes, les effets secondaires et d'autres facteurs incitent parfois les utilisatrices à abandonner leur contraception alors qu'elles ne veulent toujours pas concevoir d'enfant. Des analyses plus poussées doivent être menées dans les régions qui affichent des taux élevés d'abandon de la contraception afin de comprendre les raisons de ce phénomène et de déterminer si les utilisatrices peuvent opter pour d'autres méthodes fiables.

FIGURE 11 Arrêt de la contraception chez des utilisatrices pourtant encore exposées à une grossesse non intentionnelle, par région de l'UNFPA



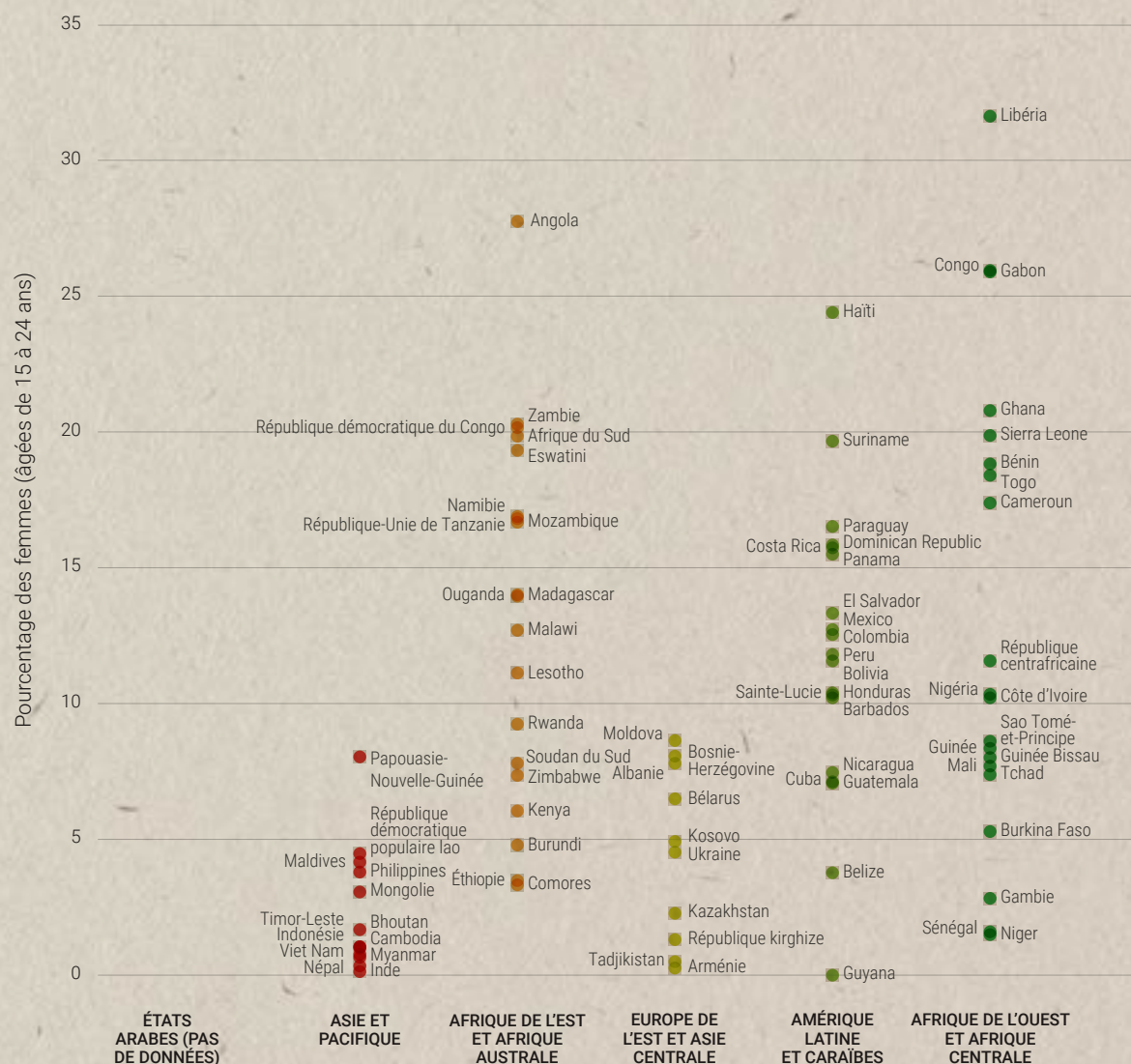
Source : UNFPA et Avenir Health, Base de données sur les possibilités de planification familiale, mise à jour en octobre 2021 (sous presse). Compilé à partir de données des EDS.

Jeunes non mariés et sexuellement actifs

Les jeunes non mariés ayant des rapports sexuels occasionnels sont rarement pris en compte dans les estimations des enquêtes consacrées aux besoins non satisfaits en matière de contraceptifs modernes. En effet, les estimations portent uniquement sur les personnes non mariées ayant été sexuellement actives au cours des 30 jours précédents, et dans certains cas, seules les personnes mariées sont invitées à répondre aux questions ou disposées à le faire.

Le graphique ci-dessous donne un aperçu des besoins potentiels en matière de contraceptifs modernes chez les jeunes femmes et jeunes filles non mariées (âgées de 15 à 24 ans). Il montre combien ont eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente mais n'utilisent aucun moyen de contraception moderne.

FIGURE 12 Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes non mariées, sexuellement actives au cours de l'année précédente et n'utilisant pas de contraception moderne, par région de l'UNFPA



Source : UNFPA et Avenir Health, Base de données sur les possibilités de planification familiale, mise à jour en octobre 2021 (sous presse).



Le libre arbitre, un pilier du Programme de développement durable à l'horizon 2030

On ne répétera jamais assez que *les grossesses non intentionnelles sont une réalité pour des millions de personnes chaque année, représentant près de la moitié de l'ensemble des grossesses*. Tous les ans, environ 6 % des femmes sont confrontées à cette situation (Bearak *et al.*, 2020). En outre, 60 % des grossesses non intentionnelles aboutissent à un avortement et un grand nombre d'entre elles touchent des femmes qui ont perdu ou n'ont jamais eu le droit de disposer de leur corps. Ces chiffres traduisent très clairement la persistance de la discrimination sexiste ainsi que des lacunes en matière de droits fondamentaux et de développement. Nous devons y remédier en vue d'atteindre les ODD.

Les conséquences de ces grossesses ont longtemps été passées sous silence et le sont encore aujourd'hui. S'il est possible d'estimer les coûts liés aux soins de santé, de surveiller les taux d'abandon scolaire et d'anticiper les niveaux d'attrition de la main-d'œuvre associés aux grossesses non intentionnelles, les données ne représentent qu'une infime partie de la réalité. Aucun chiffre ne saurait refléter avec exactitude les pertes en vies humaines, en capacités d'action et en capital humain engendrées par ces grossesses. Alors que la population, et en conséquence ses besoins en matière de services de santé sexuelle et reproductive, devraient croître très rapidement dans les pays les moins avancés (Starrs *et al.*, 2018), ces pertes pourraient se multiplier. Nous avons tiré des enseignements douloureux de la pandémie de COVID-19 alors que de nombreux systèmes économiques, politiques, sociaux et autres ne sont pas parvenus à protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction des personnes les plus vulnérables (UNFPA, 2020c). Les changements climatiques, conjugués aux crises persistantes et de plus en plus aiguës telles que les conflits et les déplacements, aggraveront considérablement une multitude de problèmes.

La solution à un grand nombre des défis majeurs auxquels le monde est confronté se trouve probablement sous nos yeux : nous devons veiller à ce que les femmes et les filles puissent exercer pleinement leurs droits et leur potentiel.

Pourtant, la solution à un grand nombre des défis majeurs auxquels le monde est confronté se trouve probablement sous nos yeux : nous devons veiller à ce que les femmes et les filles puissent exercer pleinement leurs droits et leur potentiel.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 constitue la feuille de route approuvée par la communauté internationale qui nous mènera sur la voie d'un avenir plus radieux. Comme le montre le présent rapport, l'exercice du libre arbitre est l'une des clés qui nous permettront de garantir un développement durable pour toutes et tous. C'est en donnant la priorité à l'exercice du libre arbitre et à l'autonomisation de toutes les populations, en particulier des femmes, des filles et des personnes les plus marginalisées – pour leur permettre enfin de prendre de véritables décisions éclairées concernant leur santé, leur corps et leur avenir – que nous pourrions véritablement accélérer les progrès.

Pour y parvenir, nous devons adopter une démarche globale, axée sur l'équité et tendant vers l'égalité des genres (UNFPA, 2020d). Il faudra faire tout notre possible afin d'éliminer les causes profondes des inégalités de genre et d'accélérer le partage du pouvoir et des ressources ainsi que l'égalité des chances – entre les hommes et les femmes, mais aussi les nantis et les démunis (UNFPA, 2020d). Nos efforts doivent se refléter dans les systèmes économiques, politiques et sociaux, des systèmes qui sont plus efficaces lorsque les femmes participent réellement à la société et qui s'affaiblissent lorsqu'elles en sont exclues.

Nous devons commencer par prendre les mesures présentées ci-dessous.

Recentrer le débat

Les grossesses non intentionnelles ne doivent ni être présentées comme une problématique touchant uniquement les femmes, ni être considérées comme acceptables, inévitables ou encore souhaitables, comme

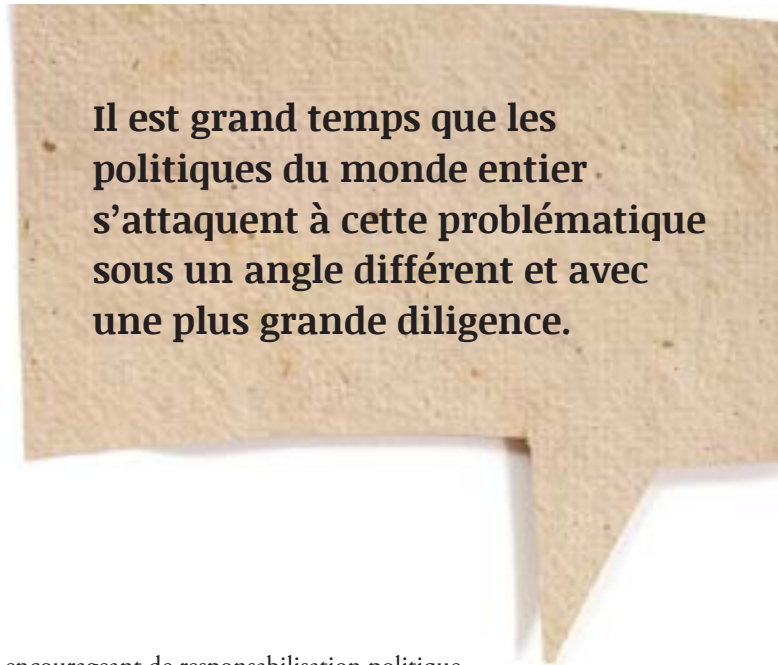
on le suggère parfois dans les régions qui craignent une diminution de leur population. Le débat ne doit laisser aucune place aux reproches et à la honte.

Le présent rapport préconise l'abandon de ces positions afin de garantir le respect des droits humains et le développement. Il met en lumière les difficultés sociales et budgétaires supplémentaires engendrées par ces grossesses, notamment celles découlant d'un accroissement de la demande de soins de santé, des avortements non médicalisés, des pertes de revenus et de productivité, de l'appauvrissement des ressources pour subvenir aux besoins de l'enfant au sein de la famille et des relations familiales plus tendues et instables (Sonfield *et al.*, 2013). Ces éléments peuvent et doivent être exploités afin de susciter une volonté politique et un élan communautaire qui permettront de s'attaquer avec plus de vigueur à cette problématique.

Veiller à ce que les politiques encouragent l'autonomie

Aucun pays ni aucune communauté ne sont épargnés par les grossesses non intentionnelles, des grossesses qui restent largement répandues dans les pays riches comme dans les pays pauvres, même si le monde dispose de longue date des outils et des connaissances (certes perfectibles, mais malgré tout efficaces) pour les prévenir. Il est grand temps que les politiques du monde entier s'attaquent à cette problématique sous un angle différent et avec une plus grande diligence. Les éléments de preuve présentés dans ce rapport peuvent favoriser l'élaboration de politiques – dans les domaines de l'éducation, de la santé, du travail, de la justice et bien d'autres – ayant vocation à encourager le respect de l'autonomie corporelle de toutes et tous ainsi qu'une responsabilité sociale accrue (Macleod, 2016), conformément aux obligations des États en matière de droits fondamentaux.

Les récentes initiatives prises par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies envoient un message



Il est grand temps que les politiques du monde entier s'attaquent à cette problématique sous un angle différent et avec une plus grande diligence.

encourageant de responsabilisation politique qui doit encore être renforcée. L'examen périodique universel, un mécanisme pour lequel chaque État passe en revue les résultats de ses pairs dans le domaine des droits fondamentaux, fait état d'une multiplication des questions relatives aux droits en matière de sexualité et de reproduction. Ce processus pourrait permettre d'attirer l'attention sur la problématique des grossesses non intentionnelles et de formuler des recommandations quant aux mesures à prendre, conformément aux engagements en matière de droits fondamentaux.

Les lois et les réglementations existantes doivent être révisées. À titre d'exemple, un examen parlementaire sur la question des grossesses non intentionnelles pourrait permettre d'informer le public et de mieux comprendre les carences des différents systèmes. Nous pourrions procéder à un examen afin de déterminer si les lois, les politiques de réglementation et les décrets en vigueur donnent véritablement aux personnes les moyens d'éviter une grossesse de ce type. Cet examen pourrait mettre en lumière les obstacles juridiques qui continuent d'entraver ou d'empêcher l'accès à des informations et des services de santé sexuelle et reproductive, notamment ceux liés à l'âge ou à la situation matrimoniale. Il nous permettra en outre de relever les contradictions dans la législation actuelle qu'il nous faudra résoudre.

D'autres priorités pourraient consister à examiner si les services de contraception sont suffisamment financés, s'ils sont considérés comme des services de santé essentiels dont le fonctionnement doit être garanti en toutes circonstances, comme l'a récemment démontré la pandémie de COVID-19. Ces examens permettront d'élargir le débat public sur la notion de sexualité en allant au-delà de la capacité à se reproduire (Luchsinger, 2021). Nous pourrions ainsi mettre en place des services plus vastes visant à garantir la santé et le bien-être sexuels de toutes et tous, y compris des personnes qui ne prévoient pas de fonder une famille.

Investir dans la recherche

Les causes et les conséquences des grossesses non intentionnelles ne sont toujours pas suffisamment bien comprises ou mesurées, encore moins atténuées. Il faudra mener de nouvelles études afin de dégager de solides éléments de preuve, notamment sur les populations les plus exposées à ce type de grossesses et les raisons expliquant cet état de fait, ainsi que sur les réponses fondées sur les droits qui seront les plus efficaces. Ces études devront mieux exposer les différences entre les grossesses non intentionnelles mais voulues, celles qui suscitent des sentiments ambivalents, et celles qui ne sont pas désirées, afin de comprendre pleinement les facteurs à l'origine de ces grossesses.

Les chercheurs doivent s'interroger sur les besoins et les souhaits des utilisatrices et utilisateurs de contraceptifs en abordant des questions qui n'ont pas été posées assez ouvertement ou assez souvent. Si les moyens de contraception disponibles ne permettent pas de répondre aux situations auxquelles un grand nombre de femmes sont confrontées ou ne tiennent pas compte de la manière dont elles considèrent leur corps, elles n'ont pas véritablement le choix. Nous devons mener des consultations étendues avec différents groupes de personnes susceptibles de tomber enceintes afin de comprendre leur situation

et leurs préoccupations. Il faudra également remettre en cause les idées reçues selon lesquelles les femmes qui parviennent à se procurer des contraceptifs les utiliseront de manière automatique et régulière. Les préjugés selon lesquels certaines catégories de personnes, telles que les jeunes, les personnes plus âgées, en situation de handicap, mariées et de genre divers, ne courent aucun risque de grossesse non intentionnelle et n'ont pas besoin de bénéficier de services ciblés devront être déconstruits. De nouvelles données, par exemple sur le pourcentage d'hommes qui encouragent leur partenaire à recourir à des méthodes de santé reproductive, pourraient mettre en lumière les dynamiques de genre dans les relations intimes à l'origine d'une grossesse non intentionnelle (Measure Evaluation, 2017).

Depuis des années, on considère le marché de la contraception comme plutôt stationnaire, même si de nouvelles méthodes font l'objet d'essais cliniques, dont certaines présentent des effets secondaires plus modérés et sont plus adaptées à une utilisation peu fréquente (Svoboda, 2020). Notre récente expérience du déploiement du vaccin contre la COVID-19 nous a montré combien les fonds publics de recherche et d'aide au développement permettent de progresser rapidement et à grande échelle, un enseignement dont nous devons nous inspirer pour résoudre cette crise. Les pays qui consacrent davantage de financements publics à la recherche et au développement doivent s'engager à explorer divers moyens de contraception novateurs, y compris des méthodes destinées aux hommes, en se fondant sur un échantillonnage complet des demandes des utilisateurs. La pandémie a également mis au jour de flagrantes inégalités d'accès aux progrès accomplis dans le domaine de la santé. Étant donné que les fonds publics consacrés à la recherche et au développement émanent de sources publiques comme les impôts des contribuables, les recherches sur les nouveaux moyens de contraception devront s'assortir d'un engagement à faciliter l'accès de tous les pays à ces innovations, conformément aux obligations en matière de droits fondamentaux.

Garantir des services de santé complets

Les systèmes de santé doivent prendre un certain nombre de mesures afin de permettre à toutes et tous d'exercer leur libre arbitre. Ils doivent en priorité assurer un ensemble complet de services de santé sexuelle et reproductive accessibles tout au long de la vie qui répondent à des besoins tels que la prévention des infections sexuellement transmissibles, la dispense de soins prénatals et maternels, la prévention de la stigmatisation et de la violence, ainsi que le respect de l'autonomie corporelle. L'accès à ces services complets ne doit pas être assujéti à l'avis ou au consentement des parents ou du conjoint (ACOG, 2017). Si ces services de planification familiale sont requalifiés en services de contraception, ils se monteront plus ouverts aux adolescents, étant donné que bon nombre d'adolescents et de jeunes ne se reconnaissent pas dans le projet consistant à fonder une famille (Paul *et al.*, 2019). On pourrait par exemple envisager de supprimer l'examen gynécologique de routine ou l'examen cytologique du col de l'utérus avant la prescription d'une contraception hormonale, des examens susceptibles de dissuader les adolescentes de recourir à ces services (ACOG, 2017).

Les interventions doivent également bénéficier aux autres populations délaissées (notamment les personnes LGBTI et en situation de handicap) et garantir l'égalité d'accès, la qualité des soins ainsi que la redevabilité (UNFPA, 2019). Cela implique de mener des activités de plaidoyer, de dispenser des formations, d'établir des budgets axés sur l'égalité des genres et d'élaborer d'autres outils en vue de combattre les préjugés sexistes et discriminatoires.

La contraception est l'un des domaines clés dans lesquels nous devons investir et agir, car il se traduira par un véritable retour sur investissement. Selon les estimations, chaque dollar alloué aux services de contraception en plus des sommes actuelles permettrait de réduire les coûts des soins néonataux

La contraception est l'un des domaines clés dans lesquels nous devons investir et agir, car il se traduira par un véritable retour sur investissement.

et liés à la grossesse de trois dollars (Sully *et al.*, 2020).

Il convient donc d'intégrer la contraception dans l'ensemble des régimes de couverture de santé ou dans les listes définissant les services de santé subventionnés par l'État et ceux financés par le secteur privé (Kaufman et Silverman, 2021), tout en prévoyant des budgets suffisants. Par exemple, les fonds devront permettre de lever les obstacles liés à la localisation des services ou aux horaires d'ouverture des établissements (OMS, 2019a). Si les acteurs concernés font le choix de renforcer ou de restructurer les établissements de santé, il faudra prendre en compte l'accès à la contraception lors de l'estimation des coûts et des bénéfices (ACOG, 2017).

Les services de contraception doivent eux aussi être complets et comprendre une évaluation des intentions en matière de grossesse ; des conseils sur les différentes possibilités, les effets secondaires et les autres conséquences potentielles ; la pose, le retrait ou le remplacement de contraceptifs réversibles de longue durée ou d'autres dispositifs contraceptifs ; ainsi qu'un suivi régulier afin d'intervenir rapidement lorsque les femmes souhaitent changer de méthode (CDC, 2015). Lorsque les prestataires de soins de santé refusent de fournir des contraceptifs, notamment pour des raisons d'ordre religieux, ils devraient être tenus d'orienter les patients souhaitant y recourir (ACOG, 2017).

La couverture sanitaire universelle est un élément essentiel pour résoudre cette crise. En poursuivant les ODD, pratiquement tous les pays se sont engagés à

atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. Nous devons à cette fin répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et faire respecter les droits de toutes et tous dans ce domaine, tout en transformant les pratiques et les normes discriminatoires. Par exemple, en examinant systématiquement les disparités entre les genres et les pratiques discriminatoires, nous pourrions identifier – et régler – certains problèmes tels que les taux anormalement élevés de stérilisation chez les femmes par rapport à ceux observés chez les hommes. Il faudra recueillir régulièrement les commentaires des patientes et patients afin d'améliorer les services, mais aussi ventiler les résultats d'enquêtes ou les autres données collectées par genre, en vue de relever les éventuelles différences de point de vue chez les hommes et les femmes.

Veiller à ce que les systèmes de santé tiennent compte des questions de genre

Les services de santé doivent prendre en considération le genre, ce qui implique de dispenser des soins respectueux et axés sur les droits, en étant à l'écoute des patientes et patients, et en cherchant à connaître les options qu'ils estiment acceptables (une question abordée plus avant au Chapitre 4). Lorsque les soins sont prodigués par un personnel qualifié et attentionné, cela peut contribuer à créer un environnement où il est possible d'aborder non seulement le sujet de la contraception, mais également des concepts tels que l'intentionnalité et l'autonomie corporelle. Il faudra alors veiller à ce que les personnes se sentent en sécurité pour exprimer leurs inquiétudes ou leurs désirs, et les professionnels devront déterminer si elles disposent d'informations précises, sont soumises à la pression de leur partenaire ou sont confrontées à d'autres difficultés (OMS, 2019 ; Johnson-Mallard *et al.*, 2017). Les prestataires de services devront être formés et prêts à venir en aide à toutes les populations sans discrimination, aux femmes comme aux hommes, aux jeunes ou aux personnes LGBTI (OMS, 2019a).

En outre, les victimes de violence basée sur le genre devront bénéficier de services de dépistage et d'orientation (Hamberger *et al.*, 2015).

Les systèmes de santé peuvent encourager l'égalité des genres, notamment en comblant l'écart de rémunération entre les sexes chez les agents de santé qui continue de favoriser les hommes à 28 %, et en garantissant la parité des sexes dans les décisions relatives aux soins de santé (OMS, 2019a). La plupart des sages-femmes étant de sexe féminin, un plus grand déploiement et une meilleure mobilisation des effectifs de la profession peuvent contribuer à l'autonomisation des femmes. Les sages-femmes issues de la même communauté que leurs patientes seront probablement les mieux placées pour leur prodiguer des soins respectueux des différences culturelles.

Enfin, les systèmes de santé doivent trouver de nouveaux moyens d'atteindre les populations les plus marginalisées. La pandémie de COVID-19 a démontré que nous étions capables d'élaborer des solutions innovantes afin de surmonter l'éloignement et les restrictions de déplacement, notamment grâce à la télémedecine et en facilitant la délivrance de prescriptions. Nous devons continuer de recourir à ces méthodes et les développer. Par exemple, au Royaume-Uni, 80 % des femmes qui ont eu recours à la télémedecine afin de procéder à un avortement médicamenteux précoce ont déclaré qu'elles opteraient de nouveau pour cette méthode à l'avenir (FSRH, 2021 ; Luchsinger, 2021). L'OMS recommande d'améliorer la disponibilité des auto-traitements, notamment l'accès aux contraceptifs injectables auto-administrés, et de ne plus soumettre les pilules contraceptives et les contraceptifs d'urgence à une prescription médicale (OMS, 2021).

Élargir l'accès à la protection sociale

Avec la pandémie de COVID-19 et les autres crises auxquelles nous sommes confrontés, comme celle

liée aux changements climatiques, la mise en place de programmes de protection sociale universelle est devenue un impératif encore plus pressant. Ces programmes, qui font partie intégrante des engagements pris au titre des objectifs de développement durable, sont les derniers filets de protection pour les personnes susceptibles de sombrer dans la pauvreté. La pandémie a démontré que de nombreuses femmes ne bénéficiaient d'aucune protection sociale, même dans les pays où de tels régimes existent, en raison notamment de la part disproportionnée du travail domestique non rémunéré qu'elles assument et de leur concentration dans les emplois informels, de mauvaise qualité et faiblement rémunérés.

Les régimes de protection sociale universelle offrent une occasion unique de réduire les vulnérabilités plurielles pouvant donner lieu à des grossesses non intentionnelles en comblant les écarts de revenus, mais également les lacunes en matière d'éducation et de soins de santé (OIT, 2017). Des pays tels que le Rwanda, la Thaïlande et le Viet Nam ont étendu leurs systèmes de sécurité sociale aux travailleurs du secteur informel. Au cours de la pandémie, le Togo, l'un des pays les moins avancés, a lancé un programme de transfert d'espèces par téléphone portable d'une durée de six mois destiné aux travailleurs du secteur. Ce programme a bénéficié à près de 575 000 personnes, dont 65 % étaient des femmes. Les femmes ont reçu une aide accrue, car elles travaillaient tout en continuant de s'occuper de leur foyer (ONU-Femmes, 2021).

En plus de contribuer à la réduction des écarts de revenus, les programmes de protection sociale peuvent prévoir des outils favorisant l'accès aux contraceptifs, par exemple des bons à échanger contre des services. Des programmes bien conçus ont permis d'améliorer l'accès à la contraception ainsi que les choix possibles en la matière. Grâce à eux, les personnes marginalisées ont pu être atteintes, y compris les populations démunies, les jeunes et les personnes privées d'éducation. Certains

programmes ont défini des normes plus élevées en matière de soins et ont assuré des revenus plus réguliers, que les prestataires ont ensuite réinvestis dans l'amélioration des services, afin d'obtenir des résultats sur plusieurs fronts (HIP, 2020a).

Mettre un terme à la violence basée sur le genre

Malheureusement, les grossesses non intentionnelles sont souvent liées à des situations de violence. Près de 12,5 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans ayant déjà été en couple ont été victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime au cours des 12 derniers mois (Nations Unies, 2022). Les enquêtes montrent qu'un grand nombre de femmes sont contraintes à se plier aux décisions de leur partenaire s'agissant de leur sexualité et de leur grossesse, et qu'elles sont beaucoup à penser que la violence est justifiée si elles refusent d'avoir des rapports sexuels (Hindin *et al.*, 2008). De nombreuses femmes subissent des relations sexuelles et/ou des grossesses forcées. Pourtant, les taux de signalement et de poursuite des auteurs de violence affichés par les systèmes judiciaires sont faibles et les sanctions pénales demeurent insuffisantes.

Les femmes doivent pouvoir accéder facilement à des mécanismes de protection juridique, notamment par le biais d'une assistance juridique gratuite. Elles doivent en outre bénéficier de services de qualité et axés sur les survivantes, et être soutenues par un personnel judiciaire neutre et respectueux, qu'il s'agisse des fonctionnaires de police, des procureurs ou des juges. Dans tous les pays, ces initiatives doivent être appuyées par des systèmes juridiques qui reconnaissent et condamnent sans réserve toutes les formes de violence basée sur le genre, et qui contribuent à mettre fin au traitement discriminatoire des femmes. Par exemple, le cadre intitulé *Respect des femmes : prévenir la violence contre les femmes* publié en 2019 par l'OMS, l'UNFPA et d'autres acteurs, définit des mesures claires et évolutives que doivent

prendre les décideurs politiques en vue de mettre un terme à la violence basée sur le genre (OMS, 2019c).

Des progrès ont été accomplis. Les Émirats arabes unis, par exemple, ont récemment abrogé une

loi obligeant les femmes mariées à obéir à leur époux (Banque mondiale, 2021a). Toutefois, les lois discriminatoires et les carences juridiques continuent d'affecter les femmes dans le monde entier. Les données récemment publiées sur 95 pays indiquent que 63 % d'entre eux ne disposent d'aucune loi relative au viol fondée sur le principe du consentement, et que la moitié empêchent toujours les femmes d'occuper certains emplois ou de travailler dans certains secteurs. Dans près d'un quart de ces pays, les femmes n'ont pas les mêmes droits que les hommes en ce qui concerne le mariage ou le divorce (Nations Unies, 2021).

Les risques de violence sexuelle sont exacerbés dans les crises humanitaires et les contextes fragiles, lorsque le viol peut être utilisé comme une arme de guerre et de génocide et que les violences au sein du couple perdurent, alors même que de nombreux mécanismes de protection communautaire s'affaiblissent, voire disparaissent. Dans ces situations, les femmes ont plus de difficultés à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive (Tran *et al.*, 2021), y compris à la contraception (Commission des femmes pour les réfugiés *et al.*, 2012). Elles courent ainsi un risque plus élevé de vivre une grossesse non intentionnelle. L'accès à un éventail complet de services de santé sexuelle et reproductive, y compris à des contraceptifs d'urgence et à des services de prise en charge des victimes de viols, ainsi qu'à des espaces sécurisés et des mécanismes de protection visant à prévenir la violence doit être une composante essentielle et non négociable de toute intervention humanitaire.

Faire évoluer les normes sociales néfastes

Les efforts visant à faire baisser les grossesses non intentionnelles resteront vains si les normes sociales néfastes ne sont pas réexaminées et révisées dans tous les pays du monde. Trop souvent, les tabous et les normes de genre réduisent au silence les personnes les plus touchées. Ce sujet doit absolument faire



l'objet de discussions franches et factuelles et les expériences diverses doivent être entendues.

Nous avons constaté combien la stigmatisation liée à la contraception conduit de nombreuses femmes à éviter ou à cesser progressivement d'y recourir. Il se peut que les adolescentes conçoivent un enfant par défaut, car aucune autre option ne leur a jamais été proposée. Les femmes plus âgées pourraient penser qu'elles ne risquent plus de tomber enceintes. Les femmes de tous âges et de tous horizons hésitent à dénoncer les violences et les comportements coercitifs dont elles sont victimes au sein de leur couple.

Il convient donc de sensibiliser davantage les populations, de mettre en lumière le droit universel à l'autonomie corporelle ainsi que les mesures permettant de garantir son respect. Il est primordial de briser les tabous qui entourent cette problématique afin d'ouvrir un débat absolument essentiel et de discuter ouvertement des souhaits, des choix et des décisions des deux partenaires sexuels pour que chacun(e) puisse exercer son libre arbitre et jouir de son autonomie.

Les normes de genre et les attentes doivent également être abordées de manière proactive et simultanée. La privation d'autonomie des femmes et des filles dans toutes les sphères de la société est la cause profonde des grossesses non intentionnelles. Selon une étude de l'UNFPA, au rythme actuel des évolutions, il faudra 160 ans pour mettre un terme à la maternité pendant l'enfance (UNFPA, 2022). Dans les pays en développement, près d'un tiers des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ont accouché à l'adolescence, soit entre 10 et 19 ans. Même lorsque les adolescentes considèrent leur grossesse comme un choix individuel, elles ne jouissent que d'une faible autonomie, sont soumises à des pressions sociales et ont un accès insuffisant aux informations et aux services. Certaines mesures telles que des interventions en milieu scolaire contre la violence dans les fréquentations, des interventions communautaires visant à encourager les garçons et les filles à adopter des attitudes garantissant l'égalité

des genres ainsi que des interventions sur l'éducation des enfants (Lundgren et Amin, 2015) peuvent s'avérer efficaces, non seulement pour lutter contre la violence basée sur le genre, mais également pour valoriser les femmes et les filles.



Concevoir un enfant ne doit pas être le résultat d'une violation du droit de disposer de son corps, mais le fruit d'une décision.

Des campagnes de mobilisation (Thomas, 2012) adaptées aux différents publics et contextes peuvent permettre de sensibiliser les populations aux droits et à l'autonomie.

L'éducation complète à la sexualité est primordiale pour progresser sur cette voie. Grâce aux informations transmises dans le cadre de ces programmes, qui se fondent sur des preuves médicales et sur les principes de l'autonomisation et des droits fondamentaux, les personnes seront alors en mesure de parler de leur corps et de leurs relations sans honte. Si elle est dispensée correctement, cette éducation nous permettra de dissiper les mythes et les préjugés, mais aussi d'encourager la communication, l'obtention du consentement et les relations respectueuses. Les inégalités de genre et les rapports de pouvoir pourront ainsi être abordés, et les adolescents sauront comment accéder à des services de contraception confidentiels. Dans les contextes où les mariages d'enfants et les grossesses précoces sont courants, l'éducation complète à la sexualité pourra encourager les adolescents, les parents et la communauté dans son ensemble à s'interroger sur les normes sociales et à envisager d'autres possibilités. Elle permettra également de faire progresser l'humanité vers la réalisation de la cible 4.7 des ODD qui appelle à faire en sorte que tous les élèves acquièrent les compétences

et les connaissances nécessaires pour promouvoir l'égalité des genres, les droits fondamentaux et une culture de la non-violence.

Si l'éducation sexuelle est souvent réservée aux adolescents, les experts suggèrent de commencer à sensibiliser les enfants de manière appropriée dès leur plus jeune âge et de poursuivre leur éducation tout au long de leur vie (ACOG, 2020) en abordant les différentes étapes de la sexualité et de la reproduction. Cette démarche pourrait encourager les personnes à remettre en question les normes sexistes et les stéréotypes tenaces même après avoir quitté le système scolaire.

Enfin, les hommes et les garçons doivent s'inspirer des informations et des normes sociales visant à promouvoir des modèles de masculinité bienveillants. Ces modèles doivent condamner la violence basée sur le genre, prôner les valeurs d'égalité et d'équité, et encourager les hommes à exprimer leurs émotions, à faire preuve de sensibilité et de nuance lorsqu'ils abordent leurs désirs en matière de procréation et ceux de leur partenaire.

Investir dans l'autonomisation des femmes et des filles

Partout dans le monde, il faut donner aux filles les moyens d'imaginer et de se construire un avenir qui ne se résume pas à une grossesse précoce. Pour ce faire, nous devons investir dans leur autonomisation et celle des femmes qui pourront devenir des modèles pour les générations futures.

Investir dans l'autonomisation des femmes et des filles implique de faire évoluer les normes néfastes, mais pas uniquement. Renforcer leur autonomie peut contribuer à l'évolution des normes, mais elles ne sont pas les seules responsables de l'amélioration de leur statut dans un monde marqué par les inégalités. Les efforts visant à réformer les normes néfastes doivent être déployés *parallèlement* aux investissements dans l'autonomisation des femmes et des filles et aux mesures leur donnant accès aux espaces décisionnels.



© UNFPA/Fidel Évora

Il faudra par exemple créer des programmes de renforcement des capacités et de mentorat. Nous devons intensifier nos actions afin de prolonger la scolarité des filles et de réduire la discrimination sexiste ainsi que les écarts de rémunération sur le marché du travail. Il est primordial d'adapter les interventions en vue d'atteindre les femmes et les filles qui subissent de multiples formes de marginalisation, comme la pauvreté et les inégalités raciales. Des messages relatifs à l'autonomisation peuvent être intégrés dans les programmes consacrés à ces femmes et ces filles, notamment dans les initiatives de formation professionnelle et d'autonomisation économique.

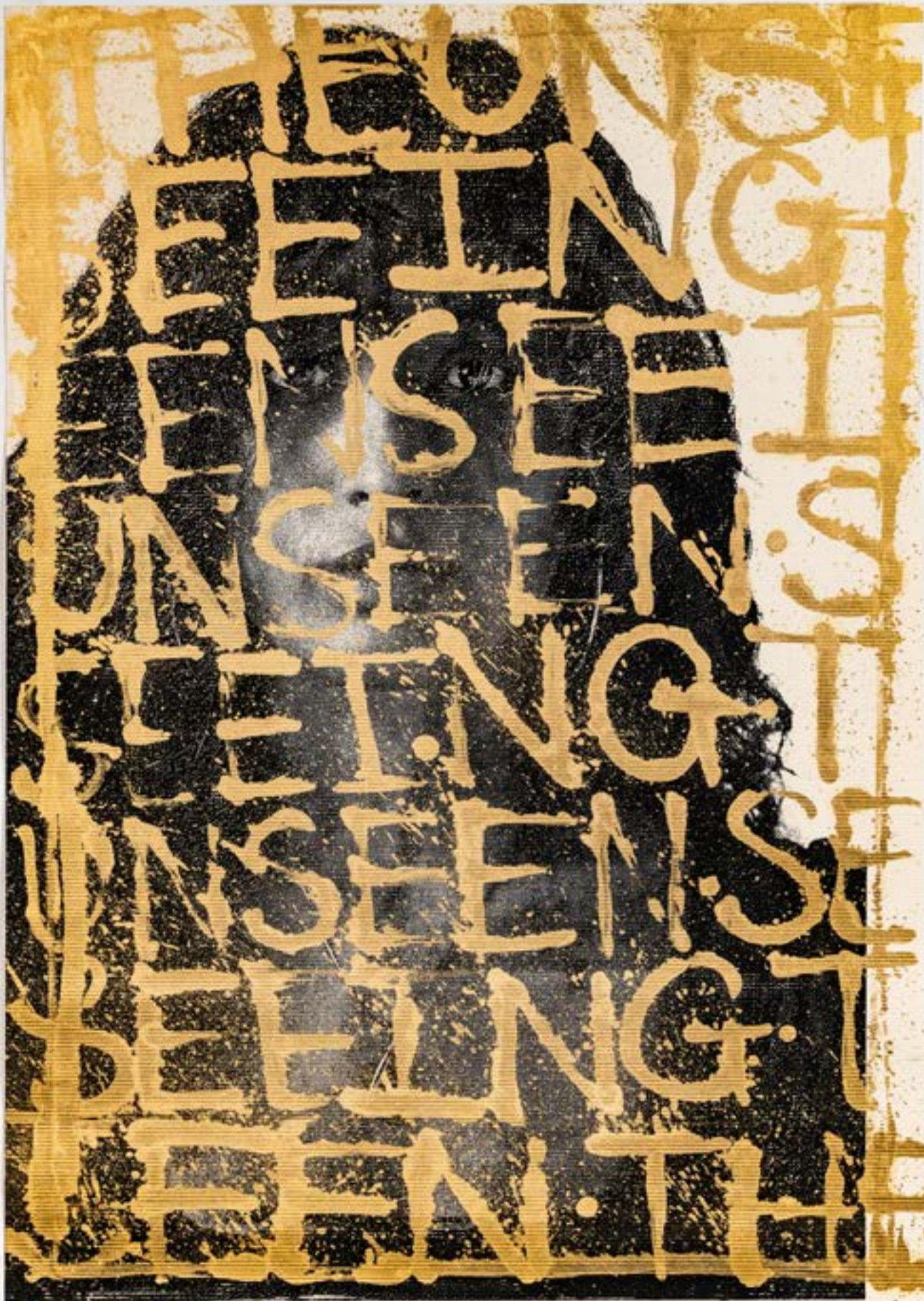
Il sera notamment utile d'investir dans les organisations de défense des droits des femmes et de nouer des alliances avec celles-ci, en particulier lorsqu'elles sont précisément dirigées par des femmes. Ces organisations disposent souvent d'informations pointues sur la vie privée des femmes et des filles, y compris sur les disparités intercommunautaires. Elles figurent probablement parmi les mieux placées pour comprendre les causes des grossesses non intentionnelles et déterminer les solutions les plus respectueuses des droits et des préférences de chacune. Grâce à leur rôle de porte-paroles et d'observateurs, ces groupes ont contribué à l'adoption de politiques nationales visant à faire progresser l'égalité des genres dans toutes les régions du monde (ONU-Femmes, 2021).

Ces organisations doivent non seulement bénéficier de financements suffisants, mais aussi être protégées face à certaines conceptions idéologiques faisant obstacle à l'égalité des genres. Elles doivent en outre être clairement distinguées des groupes de la société civile et du secteur des services dont les activités sont contraires à l'égalité des genres et à la démocratie (ONU-Femmes, 2021).

Œuvrer pour le libre arbitre et la justice

Concevoir un enfant ne doit pas être le résultat d'une violation du droit de disposer de son corps, mais le fruit d'une décision. Les obligations en matière de droits fondamentaux et le bien-être humain et social l'exigent. L'exercice du libre arbitre est une question de justice et contribue à bâtir un monde plus résilient.

Les personnes ont des besoins très différents pour prendre des décisions, mais nous sommes tous gagnants lorsque nous avons les moyens de faire des choix éclairés et avec dignité. Nous devons nous employer à mettre un terme aux grossesses non intentionnelles, tout du moins à nous rapprocher du chiffre zéro. Ce n'est qu'à ce prix que nous nous serons fidèles à notre vision commune de l'humanité et que nous pourrons bâtir un monde où chaque grossesse est désirée, où chacune et chacun est en mesure d'exercer ses droits et de s'épanouir pleinement.



Indicateurs

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation
des objectifs de la CIPD : Santé sexuelle
et reproductive page 120

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation
des objectifs de la CIPD : Égalité des genres,
droits et capital humain page 126

Indicateurs démographiques page 132

Notes techniques page 138

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes		Toutes les femmes mariées ou en concubinage	2022	2019
Monde et régions	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2019
Monde	211	199	243	82	0,22	49	63	44	57	9	11	77	76	67
Régions développées	12	11	13	99	0,14	58	70	51	62	7	9	79	87	–
Régions en développement	232	219	268	81	0,20	47	62	43	56	9	12	77	73	–
Pays les moins avancés	415	396	477	65	0,44	32	42	29	37	16	20	60	71	45
Régions de l'UNFPA														
Afrique de l'Est et Afrique australe	391	361	463	70	1,20	35	44	32	40	16	21	63	72	–
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	717	606	917	55	0,41	20	23	17	19	17	22	46	70	–
Amérique latine et Caraïbes	74	70	80	95	0,18	59	75	56	70	8	9	83	75	–
Asie et Pacifique	120	108	140	86	0,06	52	67	47	62	7	9	81	74	–
États arabes	151	121	208	86	0,03	34	53	29	45	10	15	66	65	–
Europe de l'Est et Asie centrale	20	18	22	99	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	–
Pays, territoires et autres entités	2017	2017	2017	2004–2020	2020	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2019
Afghanistan	638	427	1010	59	0,04	20	27	18	24	17	24	48	56	37
Afrique du Sud	119	96	153	97	3,98	51	58	51	58	11	14	82	95	67
Albanie	15	8	26	100	0,03	31	44	5	5	11	16	11	79	62
Algérie	112	64	206	99	0,05	36	65	32	57	6	9	76	–	75
Allemagne	7	5	9	99	–	55	68	54	67	7	9	88	87	86
Angola	241	167	346	50	0,84	16	17	15	16	27	35	35	62	39
Antigua-et-Barbuda	42	24	69	100	–	45	63	43	61	10	13	78	–	72
Arabie saoudite	17	10	30	99	–	19	30	15	24	15	25	46	–	73
Argentine	39	35	43	100	0,13	60	72	58	68	8	10	85	92	73
Arménie	26	21	32	100	0,05	39	60	21	32	8	12	45	87	69
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australie	6	5	8	99	0,03	58	67	56	64	8	11	86	–	87
Autriche	5	4	7	98	–	66	73	64	70	5	7	89	–	82
Azerbaïdjan	26	21	32	99	0,06	37	57	15	23	9	14	33	–	65
Bahamas	70	48	110	99	–	45	67	43	65	9	12	80	–	70
Bahreïn	14	10	21	100	–	29	63	20	43	6	12	58	73	71
Bangladesh	173	131	234	59	–	52	63	46	55	10	12	74	–	51
Barbade	27	17	39	99	0,18	50	63	47	61	12	14	76	44	74
Bélarus	2	1	4	100	0,2	61	70	52	59	5	8	79	83	74
Belgique	5	4	7	–	–	59	67	58	67	5	8	91	–	85
Belize	36	26	48	94	–	45	57	42	54	14	18	71	45	67
Bénin	397	291	570	78	0,31	17	19	14	15	24	31	34	91	38
Bhoutan	183	127	292	96	–	39	61	38	59	8	13	80	83	62
Bolivie (État plurinational de)	155	113	213	81	0,08	48	68	36	49	12	16	60	94	67
Bosnie-Herzégovine	10	5	16	100	–	38	50	19	21	9	13	40	70	65
Botswana	144	124	170	100	4,78	58	70	57	69	8	10	87	64	54
Brésil	60	58	61	99	0,23	65	80	63	77	6	8	89	–	75
Brunéi Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	77
Bulgarie	10	6	14	100	0,04	66	80	50	58	5	6	71	62	70
Burkina Faso	320	220	454	80	0,14	29	32	28	31	20	24	57	81	43
Burundi	548	413	728	85	0,17	20	32	18	29	17	28	48	65	44
Cabo Verde	58	45	75	97	0,19	44	58	43	57	13	16	76	84	69
Cambodge	160	116	221	89	0,05	43	63	32	47	7	11	64	98	61

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ²	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ²	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ²	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Toutes méthodes confondues	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Méthodes modernes	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	2022	2022	2019
Cameroun (République du)	529	376	790	69	0,69	23	23	19	17	16	21	49	–	44
Canada	10	8	14	98	–	73	82	71	80	3	4	93	–	89
Chili	13	11	14	100	0,27	64	78	59	72	6	8	85	–	80
Chine	29	22	35	100	–	69	85	68	84	4	3	92	–	82
Chine, RAS de Hong Kong	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–	–
Chine, RAS de Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	6	4	10	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	79
Colombie	83	71	98	99	0,25	64	82	61	77	5	7	87	96	78
Comores	273	167	435	82	0,01	20	27	16	22	19	29	42	–	44
Congo (République démocratique du)	473	341	693	85	0,22	26	30	16	16	21	25	33	–	39
Congo (République du)	378	271	523	91	1,55	43	45	29	28	15	18	51	55	40
Corée (République de)	11	9	13	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	87
Corée (République populaire démocratique de)	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83	68
Costa Rica	27	24	31	99	0,19	56	74	55	72	9	11	84	84	78
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	0,51	26	26	23	23	21	26	49	66	45
Croatie	8	6	11	100	0,02	50	71	35	46	5	8	64	98	73
Cuba	36	33	40	100	0,14	69	72	68	71	8	9	88	–	80
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	4	3	5	95	–	64	77	60	73	5	6	88	87	85
Djibouti	248	116	527	87	0,14	17	29	16	29	15	26	51	–	48
Dominique	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	37	27	47	92	0,05	45	61	43	60	9	12	81	–	70
El Salvador	46	36	57	100	0,14	52	73	49	69	8	10	82	92	76
Émirats arabes unis	3	2	5	99	–	36	51	29	41	12	17	61	–	78
Équateur	59	53	65	96	0,14	60	82	54	74	6	6	82	92	80
Érythrée	480	327	718	34	0,11	9	14	9	13	18	29	33	–	50
Espagne	4	3	5	100	0,06	60	63	58	61	8	13	85	–	86
Estonie	9	5	13	100	–	56	65	51	58	7	11	80	98	78
Eswatini	437	255	792	88	4,9	54	68	53	67	10	13	83	98	58
États-Unis d'Amérique	19	17	21	99	–	62	76	54	67	5	6	81	–	83
Éthiopie	401	298	573	50	0,16	30	42	30	42	14	21	67	73	38
Fédération de Russie	17	13	23	100	–	49	68	42	57	6	9	76	70	75
Fidji	34	27	43	100	0,14	35	52	30	44	11	16	65	–	61
Finlande	3	2	4	100	–	79	82	74	77	3	5	90	98	83
France	8	6	9	98	–	65	78	63	76	4	4	92	–	84
Gabon	252	165	407	89	0,74	38	38	30	27	18	23	54	58	49
Gambie	597	440	808	84	1,06	14	19	13	19	16	25	44	–	48
Géorgie	25	21	29	100	–	32	47	23	34	13	18	52	94	65
Ghana	308	223	420	79	0,7	27	36	23	32	19	27	51	66	45
Grèce	3	2	4	100	–	53	75	38	50	4	7	66	72	78
Grenade	25	15	39	100	–	46	66	43	61	9	12	77	–	70
Guadeloupe	–	–	–	–	–	46	60	41	54	11	15	73	–	–
Guam	–	–	–	–	–	41	66	36	56	7	10	74	–	–
Guatemala	95	86	104	70	0,07	43	64	36	54	9	13	71	–	57
Guinée	576	437	779	55	0,39	14	14	13	13	17	23	42	79	37

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				
	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage				
Pays, territoires et autres entités	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
Guinée équatoriale	301	181	504	68	4,06	18	18	15	15	23	31	38	–	43
Guinée-Bissau	667	457	995	54	1,15	33	23	31	22	16	20	64	80	37
Guyana	169	132	215	96	0,42	35	47	33	45	17	25	64	87	74
Guyane française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Haïti	480	346	680	42	0,52	28	39	26	36	23	34	50	65	47
Honduras	65	55	76	74	0,11	53	76	47	68	7	9	79	80	63
Hongrie	12	9	16	100	–	49	70	44	62	6	9	80	93	73
Îles Salomon	104	70	157	86	–	24	32	20	27	13	17	54	–	50
Îles Turques-et-Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–	–
Inde	145	117	177	81	–	44	57	39	51	9	12	74	74	61
Indonésie	177	127	254	95	–	44	62	42	60	8	11	81	77	59
Iran (République islamique d')	16	13	20	99	0,05	58	82	47	66	3	4	77	63	77
Iraq	79	53	113	96	–	38	56	27	40	8	12	58	59	55
Irlande	5	3	7	100	–	66	70	63	66	6	9	88	–	83
Islande	4	2	6	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87
Israël	3	2	4	–	–	39	73	30	56	5	8	68	–	84
Italie	2	1	2	100	0,04	59	67	48	51	5	9	74	–	83
Jamaïque	80	67	98	100	0,58	44	73	42	70	8	9	80	76	70
Japon	5	3	6	100	–	46	51	39	41	12	17	68	85	85
Jordanie	46	31	65	100	–	31	54	22	39	8	14	57	56	60
Kazakhstan	10	8	12	100	0,2	43	54	40	51	11	15	76	65	76
Kenya	342	253	476	70	0,92	44	60	43	59	13	16	75	48	56
Kirghizistan	60	50	76	100	0,14	29	42	28	39	12	17	67	73	70
Kiribati	92	49	158	92	–	23	32	19	26	16	23	49	–	51
Koweït	12	8	17	100	–	40	59	33	49	9	13	67	–	70
Lesotho	544	391	788	87	6,43	52	66	51	66	10	14	83	–	48
Lettonie	19	15	26	100	0,19	60	72	53	62	6	9	81	70	72
Liban	29	22	40	98	0,03	29	62	22	46	6	13	62	–	72
Libéria	661	481	943	84	0,46	26	27	25	26	27	32	47	–	42
Libye	72	30	164	100	0,07	26	40	17	25	17	25	39	–	60
Lituanie	8	5	12	100	0,09	48	71	39	57	7	8	72	87	70
Luxembourg	5	3	8	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	86
Macédoine du Nord	7	5	10	100	–	43	54	19	19	9	13	37	–	68
Madagascar	335	229	484	46	0,23	42	51	37	45	14	16	67	–	35
Malaisie	29	24	36	100	0,2	35	57	25	41	9	15	57	83	76
Malawi	349	244	507	90	1,94	49	65	48	64	13	15	78	79	48
Maldives	53	35	84	100	–	16	22	12	18	21	30	34	93	69
Mali	562	419	784	67	–	18	20	18	20	21	24	46	–	42
Malte	6	4	11	100	–	60	79	48	63	4	5	75	–	81
Maroc	70	54	91	87	0,02	43	71	37	61	7	11	74	–	73
Martinique	–	–	–	–	–	47	62	43	57	11	14	75	–	–
Maurice	61	46	85	100	0,57	43	67	29	44	8	10	57	75	65
Mauritanie	766	528	1140	69	–	14	22	13	20	18	28	41	65	40
Mexique	33	32	35	97	–	56	74	53	70	9	10	82	86	74
Micronésie (États fédérés de)	88	40	193	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes						
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage			
Pays, territoires et autres entités	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019
Moldova (République de)	19	15	24	100	0,23	55	63	44	50	11	13	67	–	67
Mongolie	45	36	56	99	0,01	41	57	37	51	13	15	70	–	63
Monténégro	6	3	10	99	0,05	23	27	15	16	15	21	41	52	67
Mozambique	289	206	418	73	4,68	27	30	26	29	19	22	58	–	47
Myanmar	250	182	351	60	0,19	34	58	33	56	8	14	79	91	61
Namibie	195	144	281	88	3,1	52	61	52	61	10	15	83	88	62
Népal	186	135	267	77	0,03	42	53	37	47	17	22	63	52	53
Nicaragua	98	77	127	96	0,06	53	82	51	79	5	6	88	75	70
Niger	509	368	724	39	0,06	17	19	16	18	15	18	50	–	37
Nigéria	917	658	1320	43	0,52	18	21	14	15	15	19	42	–	44
Norvège	2	2	3	99	–	67	85	62	79	4	4	89	100	86
Nouvelle-Calédonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	9	7	11	96	0,03	65	81	61	75	4	5	88	95	86
Oman	19	16	22	99	0,04	21	36	15	25	15	26	41	70	69
Ouganda	375	278	523	74	1,38	36	46	33	42	18	24	61	–	50
Ouzbékistan	29	23	37	100	0,13	50	70	46	66	6	8	84	92	71
Pakistan	140	85	229	71	0,12	26	38	20	29	11	17	53	69	45
Palestine ¹	–	–	–	100	–	41	62	30	46	7	11	64	68	–
Panama	52	45	59	93	–	48	60	45	56	14	17	73	72	77
Papouasie-Nouvelle-Guinée	145	67	318	56	0,38	28	39	23	32	18	25	51	–	33
Paraguay	84	72	96	98	0,16	59	73	55	67	8	9	82	76	61
Pays-Bas	5	4	7	–	0,02	63	72	61	71	5	7	89	100	86
Pérou	88	69	110	94	0,1	55	77	43	58	5	7	70	85	78
Philippines	121	91	168	84	0,14	36	57	27	43	10	16	59	80	55
Pologne	2	2	3	100	–	54	74	43	58	6	8	73	89	74
Polynésie française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	83	–	–
Portugal	8	6	11	100	–	60	74	51	62	4	7	79	95	84
Qatar	9	6	14	100	–	31	49	26	41	9	15	64	71	74
République arabe syrienne	31	20	50	96	0	38	62	28	46	8	13	62	81	56
République centrafricaine	829	463	1470	40	1,1	21	23	16	18	23	25	37	77	32
République démocratique populaire lao	185	139	253	64	0,11	38	61	34	54	10	14	71	96	50
République dominicaine	95	88	102	100	0,27	57	73	55	70	8	10	84	–	66
Réunion	–	–	–	–	–	49	72	48	71	8	9	84	–	–
Roumanie	19	14	25	95	0,04	54	72	45	58	5	8	75	98	71
Royaume-Uni	7	6	8	–	–	72	76	66	69	5	7	86	96	88
Rwanda	248	184	347	94	0,44	34	58	32	54	11	16	70	82	54
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Martin (partie néerlandaise)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	68	44	100	99	–	50	67	48	65	10	12	80	81	73
Sainte-Lucie	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	33	72
Samoa	43	20	97	89	–	12	19	11	18	26	46	29	22	53
Sao Tomé-et-Principe	130	73	217	97	–	38	51	35	47	21	25	60	46	60
Sénégal	315	237	434	75	0,09	21	30	20	28	15	21	56	75	49

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Toutes méthodes confondues	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes méthodes modernes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	2022	2022	2019
Serbie	12	9	17	100	0,02	47	58	28	28	6	11	53	99	71
Seychelles	53	26	109	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70
Sierra Leone	1 120	808	1 620	87	0,65	27	25	26	25	20	24	56	63	39
Singapour	8	5	13	100	0,03	40	68	35	60	6	10	77	46	86
Slovaquie	5	4	7	98	–	56	79	48	66	4	6	79	86	77
Slovénie	7	5	9	100	–	53	79	44	66	3	5	79	–	80
Somalie	829	385	1 590	32	0,03	6	10	2	2	15	26	9	–	27
Soudan	295	207	408	78	0,08	11	16	10	15	17	27	36	57	44
Soudan du Sud	1 150	789	1 710	19	1,5	6	8	6	7	20	29	21	16	32
Sri Lanka	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	86	67
Suède	4	3	6	–	–	60	71	57	68	6	8	87	100	87
Suisse	5	3	7	–	0,03	73	73	68	69	4	7	89	94	87
Suriname	120	96	144	98	0,45	34	47	33	47	15	22	69	–	67
Tadjikistan	17	10	26	95	0,17	24	33	22	30	16	22	55	–	66
Tanzanie (République-Unie de)	524	399	712	64	1,46	37	45	33	40	15	19	62	–	46
Tchad	1 140	847	1 590	24	0,34	7	8	7	7	19	24	25	59	28
Tchéquie	3	2	5	100	–	63	85	56	76	3	4	84	79	78
Thaïlande	37	32	44	99	0,08	53	77	52	75	4	6	90	–	83
Timor-Leste (République démocratique du)	142	102	192	57	0,15	19	32	17	29	13	23	53	–	53
Togo	396	270	557	69	0,59	24	27	22	25	22	30	48	–	44
Tonga	52	24	116	98	–	18	33	16	28	13	25	49	–	56
Trinité-et-Tobago	67	50	90	100	0,07	41	49	36	45	14	20	67	27	73
Tunisie	43	33	54	100	0,05	31	59	27	51	7	13	70	–	70
Turkménistan	7	5	10	100	–	35	53	33	50	8	12	76	94	73
Turquie	17	14	20	97	–	48	71	34	49	6	9	61	78	79
Tuvalu	–	–	–	93	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	19	14	26	100	0,28	53	68	44	55	6	9	75	95	73
Uruguay	17	14	21	100	–	57	79	55	77	6	7	87	97	79
Vanuatu	–	–	–	89	–	36	49	31	41	15	19	61	–	52
Venezuela (République bolivarienne du)	125	97	170	99	0,19	56	76	52	71	8	10	83	–	70
Viet Nam	43	32	61	94	0,05	59	80	50	67	4	5	79	54	70
Yémen	164	109	235	45	0,04	28	44	21	33	14	23	49	65	44
Zambie	213	159	289	80	3,17	38	53	36	50	15	18	68	91	55
Zimbabwe	458	360	577	86	2,81	49	69	49	69	8	10	86	73	55

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

NOTES

- Données non disponibles.
- ^a Le RMM a été arrondi comme suit : < 1 000, arrondi à l'unité la plus proche ; et ≥ 1 000, arrondi à la dizaine la plus proche.
- ¹ La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies... ».

DÉFINITION DES INDICATEURS

Ratio de mortalité maternelle : nombre de décès maternels sur une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période (indicateur 3.1.1 des ODD).

Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié : pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/ infirmier ou sage-femme) (indicateur 3.1.2 des ODD).

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus : Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes-années au sein de la population séronégative (indicateur 3.3.1 des ODD).

Taux de recours à la contraception : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à un moyen de contraception.

Taux de recours à la contraception (méthodes modernes) : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à une méthode moderne de contraception.

Besoins de planification familiale non satisfaits : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui souhaitent arrêter ou retarder la procréation, mais n'utilisent pas de contraception.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes : pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans satisfaite par le recours à une méthode moderne de contraception (indicateur 3.7.1 des ODD).

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive : degré auquel les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (indicateur 5.6.2 des ODD).

Indice de couverture des services de santé universels : couverture moyenne des services de santé essentiels, mesurée à partir des interventions de référence concernant la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier (indicateur 3.8.1 des ODD).

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Ratio de mortalité maternelle : groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) – créé conjointement par la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF, 2019.

Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, 2021, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune.

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus : Estimations relatives au VIH, ONUSIDA, 2021.

Taux de recours à la contraception : Division de la population des Nations Unies, 2021.

Taux de recours à la contraception (méthodes modernes) : Division de la population des Nations Unies, 2021.

Besoins de planification familiale non satisfaits : Division de la population des Nations Unies, 2021.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes : Division de la population des Nations Unies, 2021.

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive : UNFPA, 2022.

Indice de couverture des services de santé universels : OMS, 2021.

ÉGALITÉ DES GENRES, DROITS ET CAPITAL HUMAIN

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ^a	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Monde et régions	2020–2025	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2020
Monde	40	64	26	–	13	57	91	0,98	84	1,00	66	1,01
Régions développées	11	34	–	–	–	–	99	1,01	98	1,00	95	1,00
Régions en développement	44	70	27	–	–	56	90	0,98	82	1,00	63	1,01
Pays les moins avancés	88	85	38	46	22	54	83	0,96	66	0,98	44	0,90
Régions de l'UNFPA												
Afrique de l'Est et Afrique australe	92	101	31	35	24	52	86	0,98	66	0,95	44	0,84
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	104	76	41	28	15	36	76	0,91	60	0,97	40	0,87
Amérique latine et Caraïbes	59	69	24	–	8	74	97	1,01	93	1,02	79	1,03
Asie et Pacifique	21	64	25	–	13	61	85	–	82	0,95	60	0,92
États arabes	45	87	21	65	15	–	94	0,99	87	1,02	66	1,06
Europe de l'Est et Asie centrale	26	54	11	–	9	76	96	1,00	98	0,99	84	0,99
Pays, territoires et autres entités	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Afghanistan	62	–	28	–	35	–	–	–	–	–	44	0,56
Afrique du Sud	41	81	4	–	13	65	89	1,02	90	1,01	79	1,01
Albanie	14	16	12	–	6	69	96	1,04	96	1,04	81	1,09
Algérie	12	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Allemagne	7	21	–	–	–	–	99	1,01	96	1,02	85	0,98
Angola	163	120	30	–	25	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Antigua-et-Barbuda	28	–	–	–	–	–	99	1,02	99	0,99	87	1,02
Arabie saoudite	9	–	–	–	–	–	95	1,00	98	0,98	96	0,94
Argentine	50	69	–	–	5	–	100	–	99	0,99	89	1,09
Arménie	19	53	5	–	5	66	90	1,00	90	1,02	92	1,14
Aruba	21	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
Australie	9	37	–	–	3	–	99	1,00	98	1,00	94	1,03
Autriche	6	–	–	–	4	–	100	1,00	99	1,01	90	1,02
Azerbaïdjan	48	93	11	–	5	–	90	1,04	99	1,00	100	1,00
Bahamas	29	–	–	–	–	–	–	–	78	1,02	73	1,07
Bahreïn	13	–	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Bangladesh	74	59	51	–	23	64	95	–	74	1,10	63	1,11
Barbade	50	77	29	–	–	–	97	0,99	96	1,00	94	1,04
Bélarus	12	19	5	–	6	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Belgique	6	21	–	–	5	–	99	1,01	100	1,00	98	1,00
Belize	58	71	34	–	8	–	100	0,99	85	0,98	69	1,11
Bénin	108	86	31	9	15	36	93	0,94	58	0,87	34	0,75
Bhoutan	59	48	26	–	9	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Bolivie (État plurinational de)	71	105	20	–	18	–	95	1,00	93	0,97	78	1,01
Bosnie-Herzégovine	10	20	4	–	3	–	–	–	–	–	81	1,04
Botswana	52	97	–	–	17	–	89	1,01	–	–	–	–
Brésil	49	67	26	–	7	–	99	1,00	98	1,02	85	1,02
Brunéi Darussalam	10	–	–	–	–	–	98	1,00	100	1,00	83	1,07
Bulgarie	39	29	–	–	6	–	85	1,00	85	0,99	84	0,95
Burkina Faso	132	75	52	76	11	20	76	1,00	53	1,10	33	1,08
Burundi	58	98	19	–	22	44	90	1,04	70	1,10	38	1,16
Cabo Verde	12	102	18	–	11	–	92	0,99	87	0,98	73	1,08

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

ÉGALITÉ DES GENRES, DROITS ET CAPITAL HUMAIN

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ²	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Cambodge	30	69	19	–	9	76	89	1,00	85	1,06	45	0,95
Cameroun (République du)	122	83	30	1	22	49	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Canada	7	31	–	–	3	–	100	–	100	1,00	88	1,00
Chili	23	70	–	–	6	–	100	0,99	96	0,99	95	1,00
Chine	9	65	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–
Chine, RAS de Hong Kong	2	28	–	–	3	–	98	–	99	1,00	100	1,00
Chine, RAS de Macao	3	–	–	–	–	–	96	0,98	99	1,02	91	1,03
Chypre	8	–	–	–	3	–	99	1,00	99	1,00	93	0,97
Colombie	58	63	23	–	12	–	99	1,01	97	1,01	81	1,03
Comores	70	95	32	–	8	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Congo (République démocratique du)	109	117	29	–	36	31	–	–	–	–	–	–
Congo (République du)	111	106	27	–	–	27	84	0,98	–	–	–	–
Corée (République de)	1	35	–	–	8	–	100	1,00	95	1,00	93	1,00
Corée (République populaire démocratique de)	1	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	41	52	21	–	7	–	100	1,00	96	1,01	92	1,03
Côte d'Ivoire	123	96	27	37	16	25	96	0,93	58	0,88	42	0,77
Croatie	9	33	–	–	4	–	98	1,02	99	1,02	88	1,05
Cuba	53	72	29	–	5	–	100	1,00	88	1,01	85	1,05
Curaçao	23	–	–	–	–	–	93	0,99	85	1,01	77	1,08
Danemark	2	30	–	–	3	–	99	1,01	100	0,99	91	1,01
Djibouti	21	50	5	94	–	–	67	0,93	60	1,02	47	0,99
Dominique	47	–	–	–	–	–	99	1,00	97	1,02	80	0,85
Égypte	52	–	17	87	15	–	99	–	98	1,02	77	0,98
El Salvador	70	58	26	–	6	–	84	1,01	78	1,01	60	0,97
Émirats arabes unis	4	–	–	–	–	–	100	–	99	–	98	1,01
Équateur	64	80	22	–	8	87	99	–	98	1,03	79	1,02
Érythrée	76	53	41	83	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Espagne	6	20	–	–	3	–	97	1,00	100	–	99	1,01
Estonie	10	38	–	–	4	–	98	1,01	99	1,01	98	1,00
Eswatini	87	111	5	–	18	49	85	0,98	97	1,00	84	0,96
États-Unis d'Amérique	17	35	–	–	6	–	99	1,00	100	1,02	96	0,98
Éthiopie	80	79	40	65	27	45	87	0,91	53	0,92	26	0,91
Fédération de Russie	22	64	–	–	–	–	100	1,01	100	1,01	98	1,01
Fidji	23	–	–	–	23	–	99	0,99	96	–	74	1,09
Finlande	4	33	0	–	8	–	98	1,01	100	1,00	96	0,98
France	9	29	–	–	5	–	100	1,00	100	1,00	96	1,01
Gabon	91	112	22	–	22	48	–	–	–	–	–	–
Gambie	68	54	26	76	10	23	87	1,13	69	1,03	–	–
Géorgie	29	94	14	–	3	82	99	1,01	99	1,01	95	1,03
Ghana	78	102	19	2	10	52	94	1,02	92	1,04	75	1,00
Grèce	9	33	–	–	5	–	99	1,01	97	0,99	99	0,98
Grenade	36	–	–	–	8	–	99	–	97	–	97	1,00
Guadeloupe	9	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	77	63	30	–	7	65	89	1,01	65	0,94	37	0,94

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

ÉGALITÉ DES GENRES, DROITS ET CAPITAL HUMAIN

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ²	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Guinée	120	70	47	95	21	29	86	0,85	49	0,70	33	0,59
Guinée équatoriale	176	–	30	–	29	–	45	1,02	–	–	–	–
Guinée-Bissau	84	99	26	52	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Guyana	74	76	30	–	11	71	98	0,97	93	1,02	70	1,11
Guyane française	76	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Haïti	55	107	15	–	12	59	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	68	34	–	7	70	84	1,02	57	1,06	42	1,15
Hongrie	22	27	–	–	6	–	95	1,00	97	1,00	88	1,01
Îles Salomon	78	114	21	–	28	–	93	1,05	–	–	–	–
Îles Turques-et-Caïques	21	–	–	–	–	–	99	–	80	1,06	68	0,90
Îles Vierges américaines	39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	12	62	27	–	18	–	95	1,02	85	1,04	58	1,04
Indonésie	36	40	16	–	9	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Iran (République islamique d')	31	–	17	–	18	–	100	0,99	95	0,97	74	0,97
Iraq	70	–	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlande	6	–	–	–	3	–	100	–	99	–	98	1,01
Islande	5	33	–	–	3	–	100	1,00	100	1,00	84	1,04
Israël	8	–	–	–	6	–	100	–	100	–	98	–
Italie	4	28	–	–	4	–	97	1,00	98	1,00	94	1,01
Jamaïque	52	87	8	–	7	–	–	–	76	1,06	54	1,57
Japon	3	21	–	–	4	–	98	1,00	98	1,00	99	1,02
Jordanie	27	–	10	–	14	61	80	0,99	72	1,00	57	1,10
Kazakhstan	23	57	7	–	6	–	90	1,01	100	–	99	–
Kenya	96	113	23	21	23	56	81	1,04	–	–	–	–
Kirghizistan	38	40	13	–	13	77	100	0,99	99	0,99	73	1,06
Kiribati	51	–	18	–	25	–	97	–	–	–	–	–
Koweït	5	–	–	–	–	–	97	1,04	94	1,05	82	1,03
Lesotho	91	99	16	–	17	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Lettonie	12	34	–	–	6	–	99	1,01	98	1,01	95	1,02
Liban	12	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	128	106	36	44	27	62	79	1,01	79	0,90	74	0,86
Libye	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	11	26	0	–	5	–	100	–	100	–	97	1,02
Luxembourg	5	–	–	–	4	–	99	1,00	98	0,98	81	1,04
Macédoine du Nord	15	23	8	–	4	88	99	1,00	–	–	–	–
Madagascar	151	95	40	–	–	74	98	–	70	1,03	36	0,97
Malaisie	9	–	–	–	–	–	99	1,00	88	1,04	64	1,14
Malawi	138	115	42	–	17	47	98	–	81	1,01	31	0,64
Maldives	9	60	2	13	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Mali	164	68	54	89	18	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Malte	12	–	–	–	4	–	100	–	98	–	92	1,03
Maroc	19	–	14	–	11	–	100	1,00	93	0,97	75	0,96
Martinique	17	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	23	–	–	–	–	–	100	1,02	97	1,03	78	1,12
Mauritanie	84	68	37	67	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

ÉGALITÉ DES GENRES, DROITS ET CAPITAL HUMAIN

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ²	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Mexique	62	60	21	–	10	–	99	–	92	1,03	73	1,06
Micronésie (États fédérés de)	44	–	–	–	21	–	83	1,02	87	1,06	–	–
Moldova (République de)	21	26	12	–	9	73	99	–	99	–	88	1,01
Mongolie	31	31	12	–	12	63	99	0,99	92	1,01	88	1,07
Monténégro	10	11	6	–	4	–	100	1,00	94	1,00	88	1,03
Mozambique	180	88	53	–	16	49	99	0,97	57	0,87	31	0,76
Myanmar	28	35	16	–	11	67	98	0,99	79	1,03	57	1,16
Namibie	64	104	7	–	16	71	98	1,03	–	–	–	–
Népal	63	60	33	–	11	48	96	–	97	1,03	81	1,18
Nicaragua	103	56	35	–	6	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Niger	154	49	76	2	13	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Nigéria	106	68	43	20	13	46	66	0,84	–	–	–	–
Norvège	3	34	–	–	4	–	100	1,00	100	0,99	92	1,01
Nouvelle-Calédonie	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	13	41	–	–	4	–	100	1,01	100	1,00	99	1,03
Oman	8	–	4	–	–	–	98	1,02	97	0,99	90	0,90
Ouganda	111	145	34	0	26	62	96	1,03	–	–	–	–
Ouzbékistan	19	29	7	–	–	–	99	0,98	99	0,98	86	0,99
Pakistan	54	71	18	–	16	40	–	–	–	–	–	–
Palestine ¹	43	–	13	–	19	–	95	1,00	97	1,04	77	1,21
Panama	74	73	26	–	8	79	89	1,02	76	0,97	69	1,06
Papouasie-Nouvelle-Guinée	68	80	27	–	31	57	98	0,94	72	0,90	45	0,80
Paraguay	72	67	22	–	6	–	80	1,00	76	1,01	70	1,05
Pays-Bas	3	18	–	–	5	–	100	1,01	97	1,01	99	1,01
Pérou	44	90	17	–	11	–	98	–	98	1,00	96	0,94
Philippines	36	71	17	–	6	81	97	0,99	89	1,07	80	1,09
Pologne	10	29	–	–	3	–	99	1,00	97	0,98	98	1,00
Polynésie française	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	22	54	–	–	–	–	87	1,04	90	1,07	76	1,05
Portugal	7	21	–	–	4	–	100	0,99	100	1,00	100	0,99
Qatar	7	–	4	–	–	–	98	1,03	93	0,94	–	–
République arabe syrienne	22	–	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1,00
République centrafricaine	229	90	61	22	21	–	67	0,80	44	0,61	16	0,48
République démocratique populaire lao	83	51	33	–	8	–	92	0,98	70	1,00	53	0,92
République dominicaine	54	84	36	–	10	77	96	1,01	91	1,01	74	1,04
Réunion	28	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	36	44	–	–	7	–	87	1,00	89	0,99	80	1,03
Royaume-Uni	12	36	0	–	4	–	99	1,00	100	1,00	97	1,01
Rwanda	41	98	7	–	24	63	94	1,00	96	1,04	50	1,02
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	46	–	–	–	–	–	99	–	–	–	96	0,99
Saint-Marin	1	–	–	–	–	–	96	0,97	92	1,00	43	0,81
Saint-Martin (partie néerlandaise)	–	–	–	–	–	–	97	–	88	1,06	78	0,95
Saint-Vincent-et-les Grenadines	52	–	–	–	–	–	97	–	98	–	85	1,02

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

ÉGALITÉ DES GENRES, DROITS ET CAPITAL HUMAIN

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ²	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Sainte-Lucie	25	69	24	–	–	–	97	1,06	91	0,99	84	0,95
Samoa	39	66	7	–	18	–	100	–	–	–	90	1,11
Sao Tomé-et-Principe	86	130	28	–	18	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Sénégal	68	61	31	25	12	7	75	1,14	40	1,19	20	1,13
Serbie	12	21	6	–	4	96	97	1,00	97	1,00	86	1,03
Seychelles	68	–	–	–	–	–	99	–	97	–	86	1,13
Sierra Leone	102	88	30	86	20	36	98	–	51	0,99	35	0,93
Singapour	2	19	0	–	2	–	100	–	100	1,00	100	1,00
Slovaquie	26	27	–	–	6	–	97	1,00	95	1,00	89	1,00
Slovénie	4	33	–	–	3	–	100	1,01	99	1,01	99	1,00
Somalie	118	100	36	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	87	–	34	87	17	–	67	0,93	66	0,97	48	1,08
Soudan du Sud	158	54	52	–	27	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Sri Lanka	21	39	10	–	4	–	99	–	100	1,00	84	1,06
Suède	4	36	–	–	6	–	100	–	100	–	99	0,99
Suisse	2	20	–	–	2	–	100	–	99	0,99	81	0,96
Suriname	54	67	36	–	8	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Tadjikistan	54	37	9	–	14	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Tanzanie (République-Unie de)	139	105	31	10	24	47	84	1,04	28	–	14	0,76
Tchad	179	60	61	34	16	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Tchéquie	11	35	–	–	4	–	99	1,01	100	1,00	96	1,00
Thaïlande	23	38	20	–	9	–	–	–	–	–	79	1,00
Timor-Leste (République démocratique du)	42	50	15	–	28	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Togo	79	100	25	3	13	30	99	0,98	79	0,85	44	0,64
Tonga	30	49	10	–	17	–	99	–	89	1,15	59	1,33
Trinité-et-Tobago	32	84	11	–	8	–	99	0,99	–	–	–	–
Tunisie	7	–	2	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Turkménistan	22	23	6	–	–	59	–	–	–	–	–	–
Turquie	19	–	15	–	12	–	95	0,99	97	0,99	82	0,97
Tuvalu	27	–	10	–	20	–	83	1,03	67	0,92	35	1,21
Ukraine	18	27	9	–	9	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Uruguay	36	41	25	–	4	–	99	1,01	99	1,01	89	1,06
Vanuatu	51	87	21	–	29	–	97	0,99	75	1,04	44	1,14
Venezuela (République bolivarienne du)	95	–	–	–	9	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Viet Nam	35	86	11	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Yémen	67	–	32	19	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Zambie	135	123	29	–	28	49	85	1,05	–	–	–	–
Zimbabwe	108	74	34	–	18	60	86	1,02	98	0,95	52	0,90

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

ÉGALITÉ DES GENRES, DROITS ET CAPITAL HUMAIN

NOTES

– Données non disponibles.

¹ La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies... ».

² Données issues de l'Institut Guttmacher.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de natalité chez les adolescentes : nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans (indicateur 3.7.2 des ODD).

Taux de grossesses non intentionnelles : estimation du nombre annuel de grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans : proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans (indicateur 5.3.1 des ODD).

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage : proportion de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales féminines (indicateur 5.3.2 des ODD).

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents : proportion de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple victimes de violences physiques ou sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire (indicateur 5.2.1 des ODD).

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation : pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : leur santé, le recours à la contraception et les relations sexuelles avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école primaire scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (premier cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (premier cycle) par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'enseignement secondaire (deuxième cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) par rapport à celui des garçons.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Taux de natalité chez les adolescentes : Division de la population des Nations Unies, 2021.

Taux de grossesses non intentionnelles : Bearak, Jonathan *et al.*, « Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019 », *BMJ Global Health*, 2022. Des informations quant à la méthodologie adoptée sont disponibles à l'adresse suivante : <https://data.guttmacher.org/countries>.

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans : UNICEF, 2021. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'UNICEF.

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage : UNICEF, 2021. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'UNICEF.

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents : Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des femmes (groupe constitué de l'OMS, d'ONU Femmes, de l'UNICEF, de la Division statistique des Nations Unies, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, et de l'UNFPA), 2021.

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation : UNFPA, 2022.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022.

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2022)	
Monde et régions	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	Hommes	Femmes
Monde	7 954	1,0	25	16	24	65	10	2,4	71	76
Régions développées	1 277	0,1	16	11	17	64	20	1,6	77	83
Régions en développement	6 677	1,1	27	17	25	65	8	2,5	70	74
Pays les moins avancés	1 107	2,2	38	22	32	58	4	3,8	64	68
Régions de l'UNFPA										
Afrique de l'Est et Afrique australe	649	2,5	41	23	32	56	3	4,1	62	67
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	483	2,6	43	23	32	55	3	4,8	58	60
Amérique latine et Caraïbes	661	0,8	23	16	24	67	9	2,0	73	79
Asie et Pacifique	4 149	0,8	23	16	23	68	9	2,1	71	75
États arabes	393	2,0	34	19	28	61	5	3,2	70	74
Europe de l'Est et Asie centrale	251	0,5	23	15	21	66	11	2,1	71	78
Pays, territoires et autres entités	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	Hommes	Femmes
Afghanistan	40,8	2,2	41	25	35	57	3	3,9	64	67
Afrique du Sud	60,8	1,1	28	18	26	66	6	2,3	61	68
Albanie	2,9	-0,3	17	12	19	67	16	1,6	77	80
Algérie	45,4	1,6	31	16	23	62	7	2,8	76	79
Allemagne	83,9	-0,1	14	9	15	64	22	1,6	80	84
Angola	35,0	3,2	46	24	33	52	2	5,2	59	65
Antigua-et-Barbuda	0,1	0,8	22	14	21	68	10	2,0	76	79
Arabie saoudite	35,8	1,4	24	14	21	72	4	2,2	74	77
Argentine	46,0	0,9	24	16	23	64	12	2,2	74	80
Arménie	3,0	0,1	21	13	19	67	13	1,8	72	79
Aruba ¹	0,1	0,4	17	13	19	67	16	1,9	74	79
Australie ²	26,1	1,1	19	12	19	64	17	1,8	82	86
Autriche	9,1	0,2	15	10	15	66	20	1,6	80	84
Azerbaïdjan ³	10,3	0,7	23	14	20	69	8	2,0	71	76
Bahamas	0,4	0,9	21	16	24	71	8	1,7	72	76
Bahreïn	1,8	1,8	18	11	18	79	3	1,9	77	79
Bangladesh	167,9	0,9	26	18	27	69	6	1,9	72	75
Barbade	0,3	0,1	16	12	19	66	18	1,6	78	81
Bélarus	9,4	-0,1	18	11	15	66	17	1,7	70	80
Belgique	11,7	0,3	17	12	17	63	20	1,7	80	84
Belize	0,4	1,7	28	19	29	66	5	2,2	72	78
Bénin	12,8	2,6	42	23	32	55	3	4,6	61	64
Bhoutan	0,8	1,0	24	17	26	69	7	1,9	72	73
Bolivie (État plurinational de)	12,0	1,3	29	19	28	63	8	2,6	69	75
Bosnie-Herzégovine	3,2	-0,4	14	11	17	67	19	1,2	75	80
Botswana	2,4	1,8	33	20	29	63	5	2,7	67	73
Brésil	215,4	0,6	20	14	22	70	10	1,7	73	80
Brunéi Darussalam	0,4	0,8	22	15	22	72	6	1,8	75	78
Bulgarie	6,8	-0,8	15	10	15	63	22	1,6	72	79
Burkina Faso	22,1	2,8	44	24	33	54	2	4,9	62	64
Burundi	12,6	2,9	45	23	32	53	3	5,1	61	64
Cabo Verde	0,6	1,0	27	18	26	68	5	2,2	70	77
Cambodge	17,2	1,3	30	19	27	65	5	2,4	68	73
Cameroun (République du)	27,9	2,5	42	23	33	56	3	4,3	59	62
Canada	38,4	0,8	16	11	17	65	19	1,5	81	85

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2022)	
	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	Hommes	Femmes
Chili	19,3	0,1	19	13	20	68	13	1,6	78	83
Chine, RAS de Hong Kong ⁴	7,6	0,7	13	8	12	67	20	1,4	82	88
Chine, RAS de Macao ⁵	0,7	1,3	15	8	12	72	14	1,3	82	88
Chine ⁶	1 448,5	0,3	18	12	17	70	13	1,7	75	80
Chypre ⁷	1,2	0,6	16	12	19	69	15	1,3	79	83
Colombie	51,5	0,4	22	15	24	69	10	1,7	75	80
Comores	0,9	2,1	39	22	31	58	3	4,0	63	67
Congo (République démocratique du)	95,2	3,0	45	24	32	52	3	5,5	60	63
Congo (République du)	5,8	2,4	41	23	32	57	3	4,2	64	67
Corée (République de)	51,3	0,0	12	9	15	71	17	1,1	80	86
Corée (République populaire démocratique de)	26,0	0,4	20	13	21	70	10	1,9	69	76
Costa Rica	5,2	0,8	20	14	21	69	11	1,7	78	83
Côte d'Ivoire	27,7	2,5	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Croatie	4,1	-0,5	14	10	16	64	22	1,4	76	82
Cuba	11,3	-0,1	16	11	17	68	16	1,6	77	81
Curaçao ¹	0,2	0,4	18	13	19	64	19	1,7	76	82
Danemark ⁸	5,8	0,4	16	11	18	63	21	1,8	79	83
Djibouti	1,0	1,3	28	18	27	67	5	2,5	66	70
Dominique	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	106,2	1,8	34	19	27	61	6	3,2	70	75
El Salvador	6,6	0,5	26	17	27	65	9	2,0	69	78
Émirats arabes unis	10,1	0,9	15	9	17	83	2	1,3	78	80
Équateur	18,1	1,2	27	17	26	65	8	2,3	75	80
Érythrée	3,7	1,7	40	25	33	56	4	3,8	65	70
Espagne ⁹	46,7	-0,1	14	10	15	65	21	1,4	81	87
Estonie	1,3	-0,3	16	11	15	63	21	1,6	75	83
Eswatini	1,2	1,1	36	24	33	60	4	2,8	57	66
États-Unis d'Amérique ¹⁰	334,8	0,6	18	13	19	65	17	1,8	77	82
Éthiopie	120,8	2,4	39	23	33	57	4	3,9	66	70
Fédération de Russie	145,8	-0,1	19	11	16	65	17	1,8	68	78
Fidji	0,9	0,7	29	18	26	65	6	2,7	66	70
Finlande ¹¹	5,6	0,1	15	11	17	61	23	1,4	80	85
France ¹²	65,6	0,2	17	12	18	61	21	1,8	80	86
Gabon	2,3	2,2	37	19	27	59	4	3,8	65	69
Gambie	2,6	2,8	44	23	32	54	3	4,9	62	65
Géorgie ¹³	4,0	-0,3	20	12	18	64	16	2,0	70	79
Ghana	32,4	2,0	37	21	30	60	3	3,7	64	66
Grèce	10,3	-0,5	13	10	15	64	23	1,3	80	85
Grenade	0,1	0,4	24	15	22	66	10	2,0	70	75
Guadeloupe ¹⁴	0,4	0,0	18	14	21	62	21	2,1	79	86
Guam ¹⁵	0,2	0,8	23	16	24	65	11	2,2	78	84
Guatemala	18,6	1,8	33	21	31	62	5	2,7	72	78
Guinée	13,9	2,7	42	24	34	55	3	4,4	62	63
Guinée équatoriale	1,5	3,1	37	20	29	61	2	4,2	59	61
Guinée-Bissau	2,1	2,3	41	23	32	56	3	4,2	57	61
Guyana	0,8	0,5	27	18	27	65	8	2,4	67	73
Guyane française ¹⁴	0,3	2,4	32	19	27	63	6	3,2	78	83

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2022)	
	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	Hommes	Femmes
Haïti	11,7	1,2	32	20	30	63	5	2,8	63	67
Honduras	10,2	1,5	30	20	30	65	5	2,3	73	78
Hongrie	9,6	-0,3	14	10	15	65	21	1,5	74	81
Îles Salomon	0,7	2,4	40	22	31	57	4	4,2	72	75
Îles Turques-et-Caïques	0,0	1,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines ¹⁵	0,1	-0,3	19	14	20	60	22	2,0	79	83
Inde	1 406,6	0,9	25	18	27	68	7	2,1	69	72
Indonésie	279,1	1,0	25	17	25	68	7	2,2	70	75
Iran (République islamique d')	86,0	1,1	25	14	21	68	7	2,1	76	78
Iraq	42,2	2,3	37	22	31	60	4	3,5	69	73
Irlande	5,0	0,7	20	14	20	65	15	1,8	81	84
Islande	0,3	0,6	19	13	20	65	17	1,7	82	85
Israël	8,9	1,5	28	17	24	60	13	2,9	82	85
Italie	60,3	-0,2	13	10	14	64	24	1,3	82	86
Jamaïque	3,0	0,4	23	15	24	68	10	1,9	73	77
Japon	125,6	-0,4	12	9	14	59	29	1,4	82	88
Jordanie	10,3	0,3	31	21	31	64	4	2,6	73	77
Kazakhstan	19,2	1,0	29	16	21	63	8	2,6	70	78
Kenya	56,2	2,2	37	24	33	60	3	3,3	65	70
Kirghizistan	6,7	1,4	33	18	25	62	5	2,8	68	76
Kiribati	0,1	1,6	36	20	29	60	5	3,4	65	73
Koweït	4,4	1,1	21	14	19	76	4	2,0	75	77
Lesotho	2,2	0,8	32	20	29	63	5	3,0	52	59
Lettonie	1,8	-1,0	17	10	14	62	21	1,7	71	80
Liban	6,7	-1,3	24	16	24	68	8	2,0	77	81
Libéria	5,3	2,4	40	23	32	57	3	4,1	64	66
Libye	7,0	1,1	27	18	25	68	5	2,1	71	76
Lituanie	2,7	-1,0	16	9	14	63	22	1,7	71	82
Luxembourg	0,6	1,1	16	11	17	69	15	1,4	81	85
Macédoine du Nord	2,1	-0,1	16	11	17	69	15	1,5	74	78
Madagascar	29,2	2,6	40	23	32	57	3	3,9	66	70
Malaisie ¹⁶	33,2	1,2	23	15	24	69	8	1,9	75	79
Malawi	20,2	2,7	42	25	34	55	3	3,9	62	69
Maldives	0,5	-0,7	20	12	19	76	4	1,8	78	81
Mali	21,5	2,9	46	25	34	51	3	5,5	60	61
Malte	0,4	0,3	15	9	15	63	22	1,5	81	85
Maroc	37,8	1,1	26	17	24	66	8	2,3	76	79
Martinique ¹⁴	0,4	-0,2	15	12	19	62	23	1,8	80	86
Maurice ¹⁷	1,3	0,1	16	13	20	70	14	1,3	72	79
Mauritanie	4,9	2,6	39	22	31	57	3	4,3	64	67
Mexique	131,6	1,0	25	17	25	67	8	2,0	73	78
Micronésie (États fédérés de)	0,1	1,0	31	20	29	64	5	2,9	67	70
Moldova (République de) ¹⁸	4,0	-0,3	16	11	16	71	14	1,3	68	76
Mongolie	3,4	1,4	31	16	23	64	5	2,8	66	75
Monténégro	0,6	0,0	18	12	19	66	17	1,7	75	80
Mozambique	33,1	2,8	44	24	34	54	3	4,6	59	65
Myanmar	55,2	0,8	25	18	26	69	7	2,1	65	71
Namibie	2,6	1,8	37	21	30	60	4	3,2	62	68

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2022)	
	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	Hommes	Femmes
Népal	30,2	1,7	27	20	30	67	6	1,8	70	73
Nicaragua	6,8	1,1	29	19	27	65	6	2,3	72	79
Niger	26,1	3,7	49	25	33	48	3	6,6	62	65
Nigéria	216,7	2,5	43	23	32	54	3	5,1	55	57
Norvège ¹⁹	5,5	0,8	17	12	18	65	18	1,7	81	85
Nouvelle-Calédonie ¹⁴	0,3	0,9	21	15	23	68	10	1,9	76	81
Nouvelle-Zélande ²⁰	4,9	0,8	19	13	19	64	17	1,8	81	84
Oman	5,3	1,7	23	12	18	74	3	2,6	77	81
Ouganda	48,4	2,7	45	25	35	53	2	4,5	62	67
Ouzbékistan	34,4	1,2	29	17	24	66	5	2,3	70	74
Pakistan	229,5	1,8	34	20	30	61	5	3,3	67	69
Palestine ²¹	5,3	2,3	38	22	31	59	3	3,4	73	76
Panama	4,4	1,4	26	17	25	65	9	2,4	76	82
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9,3	1,9	35	21	31	62	4	3,4	64	67
Paraguay	7,3	1,2	28	18	27	65	7	2,3	73	77
Pays-Bas ²²	17,2	0,2	15	11	17	64	21	1,7	81	84
Pérou	33,7	0,9	25	15	23	66	9	2,2	75	80
Philippines	112,5	1,3	29	19	28	65	6	2,4	68	76
Pologne	37,7	-0,2	15	10	15	65	20	1,5	75	83
Polynésie française ¹⁴	0,3	0,6	22	15	23	69	10	1,9	76	80
Porto Rico ¹⁵	2,8	0,3	14	14	20	64	22	1,2	77	84
Portugal	10,1	-0,3	13	10	15	64	24	1,3	80	85
Qatar	3,0	1,6	14	9	17	84	2	1,8	80	82
République arabe syrienne	19,4	5,5	31	18	26	65	5	2,7	72	79
République centrafricaine	5,0	2,0	43	26	36	55	3	4,4	52	57
République démocratique populaire lao	7,5	1,3	31	20	29	64	5	2,5	67	71
République dominicaine	11,1	0,9	27	18	26	65	8	2,2	72	78
Réunion ¹⁴	0,9	0,7	22	15	23	65	14	2,2	78	84
Roumanie	19,0	-0,5	15	11	16	65	20	1,6	73	80
Royaume-Uni ²³	68,5	0,4	18	12	17	63	19	1,7	80	83
Rwanda	13,6	2,4	39	22	31	58	3	3,8	68	72
Sahara occidental	0,6	2,2	27	16	25	69	4	2,3	69	73
Saint-Kitts-et-Nevis	0,1	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	0,0	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Martin (partie néerlandaise) ¹	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,1	0,2	21	15	24	68	10	1,8	71	76
Sainte-Lucie	0,2	0,4	18	13	21	72	11	1,4	75	78
Samoa	0,2	1,1	37	21	30	58	5	3,7	72	76
Sao Tomé-et-Principe	0,2	1,9	41	25	34	56	3	4,1	68	73
Sénégal	17,7	2,6	42	23	32	55	3	4,4	67	71
Serbie ²⁴	8,7	-0,5	15	11	17	65	20	1,4	74	79
Seychelles	0,1	0,5	24	15	21	68	9	2,4	70	78
Sierra Leone	8,3	2,0	40	23	33	57	3	3,9	55	57
Singapour	5,9	0,8	12	8	14	72	15	1,2	82	86
Slovaquie	5,5	0,0	16	10	15	67	18	1,6	75	81
Slovénie	2,1	-0,1	15	10	14	63	22	1,6	79	84
Somalie	16,8	2,9	46	25	34	51	3	5,7	57	60

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années (2022)	
	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	Hommes	Femmes
Soudan	46,0	2,4	39	23	32	57	4	4,2	64	68
Soudan du Sud	11,6	2,1	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Sri Lanka	21,6	0,3	23	16	23	65	12	2,1	74	81
Suède	10,2	0,6	18	11	17	62	21	1,8	82	85
Suisse	8,8	0,6	15	10	15	65	20	1,6	82	86
Suriname	0,6	0,8	26	17	25	66	7	2,3	69	75
Tadjikistan	10,0	2,0	37	19	27	59	4	3,4	69	74
Tanzanie (République-Unie de) ²⁵	63,3	2,9	43	24	33	54	3	4,7	65	68
Tchad	17,4	2,9	46	25	34	52	3	5,4	54	57
Tchéquie	10,7	0,1	16	10	15	64	21	1,7	77	82
Thaïlande	70,1	0,2	16	12	18	70	14	1,5	74	81
Timor-Leste (République démocratique du)	1,4	1,9	36	22	32	59	4	3,7	68	72
Togo	8,7	2,3	40	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	0,9	34	22	31	60	6	3,4	69	73
Trinité-et-Tobago	1,4	0,2	20	14	20	68	12	1,7	71	77
Tunisie	12,0	0,9	24	14	21	66	10	2,1	75	79
Turkménistan	6,2	1,3	31	17	25	64	5	2,6	65	72
Turquie	85,6	0,6	23	16	24	67	10	2,0	75	81
Tuvalu	0,0	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine ²⁶	43,2	-0,6	16	11	15	67	18	1,4	68	77
Uruguay	3,5	0,3	20	14	21	64	16	1,9	75	82
Vanuatu	0,3	2,3	38	22	30	59	4	3,6	69	73
Venezuela (République bolivarienne du)	29,3	2,0	26	18	26	66	8	2,2	69	76
Viet Nam	99,0	0,8	23	14	21	68	9	2,0	72	80
Yémen	31,2	2,1	38	23	32	59	3	3,5	65	68
Zambie	19,5	2,8	43	25	34	55	2	4,4	62	68
Zimbabwe	15,3	1,6	41	25	34	56	3	3,3	60	64

NOTES

- Données non disponibles.
- ¹ Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte de cette région.
- ² Y compris l'Île Christmas, les Îles des Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.
- ³ Y compris le Haut-Karabakh.
- ⁴ Hong Kong est depuis le 1^{er} juillet 1997 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.
- ⁵ Macao est depuis le 20 décembre 1999 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.
- ⁶ Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne comprennent pas celles des Régions administratives spéciales (RAS) de Hong Kong et de Macao ni celles de la province chinoise de Taïwan.
- ⁷ Se rapporte à l'ensemble du pays.
- ⁸ Pour des raisons statistiques, les données concernant le Danemark ne tiennent pas compte du Groenland et des Îles Féroé.
- ⁹ Y compris les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.
- ¹⁰ Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de Guam, des Îles Mariannes du Nord, des Îles Vierges américaines, de Porto Rico et des Samoa américaines.
- ¹¹ Y compris les Îles Åland.
- ¹² Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de la Guadeloupe, de la Guyane française, des Îles Wallis-et-Futuna, de la Martinique, de Mayotte, de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de la Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin (partie française) et de Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ¹³ Y compris l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.
- ¹⁴ Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de cette région.
- ¹⁵ Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de cette région.
- ¹⁶ Y compris le Sabah et le Sarawak.
- ¹⁷ Y compris Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.
- ¹⁸ Y compris la Transnistrie.
- ¹⁹ Y compris les Îles Svalbard-et-Jan Mayen.
- ²⁰ Pour des raisons statistiques, les données concernant la Nouvelle-Zélande ne tiennent pas compte des Îles Cook, de Nioué et de Tokélaou.
- ²¹ Y compris Jérusalem-Est.
- ²² Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte d'Aruba, de Bonaire, Saint-Eustache et Saba, de Curaçao et de Saint-Martin (partie néerlandaise).
- ²³ Se rapporte au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Pour des raisons statistiques, les données concernant le Royaume-Uni ne tiennent pas compte d'Anguilla, des Bermudes, de Gibraltar, de l'Île de Man, des Îles Anglo-Normandes, des Îles Caïmanes, des Îles Falkland (Malvinas), des Îles Turques-et-Caïques, des Îles Vierges britanniques, de Montserrat et de Sainte-Hélène.
- ²⁴ Y compris le Kosovo.
- ²⁵ Y compris Zanzibar.
- ²⁶ Se rapporte au territoire du pays lors du recensement de 2001.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population totale : Estimation de la population nationale en milieu d'année.

Taux de variation annuel moyen de la population : Taux moyen exponentiel de la croissance démographique sur une période donnée, à partir d'une projection fondée sur la variante moyenne.

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : part de la population âgée de 10 à 19 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : part de la population âgée de 65 ans et plus.

Taux de fécondité total : nombre d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge.

Espérance de vie à la naissance : espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Population totale : Division de la population des Nations Unies, 2019.

Taux de variation annuel moyen de la population : Division de la population des Nations Unies, 2019.

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019.

Taux de fécondité total : Division de la population des Nations Unies, 2019.

Espérance de vie à la naissance : Division de la population des Nations Unies, 2019.

Notes techniques

Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2022* comprennent des indicateurs visant à surveiller les progrès du Plan directeur pour la suite à donner au Programme d'action de la CIPD, ainsi que des ODD dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils incluent également divers indicateurs démographiques. Ces tableaux montrent l'importance qu'accorde l'UNFPA aux améliorations et aux résultats obtenus en vue de la réalisation d'un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes de collecte, d'analyse et d'extrapolation des données. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données. Dans certains cas, les données figurant dans ces tableaux sont donc différentes de celles qui proviennent des autorités nationales. Par conséquent, elles ne sont pas comparables à celles des précédents rapports sur l'*État de la population mondiale* en raison de l'actualisation des classifications régionales et des méthodes, ainsi que de la révision des données des séries chronologiques.

Les tableaux statistiques se fondent sur des enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que sur les estimations d'organismes des Nations Unies et de groupes interorganisations. Ils tiennent également compte des estimations et projections démographiques les plus récentes des *Perspectives de la population mondiale : révision de 2019*, ainsi que des *estimations et projections modélisées des indicateurs de planification familiale 2021* (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies [UN DESA], Division de la population). Les données sont accompagnées de définitions et de notes, avec indication des sources. Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2022* présentent généralement les informations disponibles au mois de février 2022.

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

Santé sexuelle et reproductive

Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) et intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimations basses et hautes. Source : groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) – créé conjointement par la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF, 2019. Cet indicateur correspond au nombre de décès maternels sur une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période. Les estimations sont établies par le MMEIG à partir de données issues de systèmes d'état civil, d'enquêtes auprès des ménages et de recensements de la population. Les estimations et les méthodologies employées sont régulièrement examinées par le MMEIG et d'autres organismes et établissements universitaires, et modifiées le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. Les estimations ne doivent pas être comparées aux estimations interorganisations antérieures (indicateur 3.1.1 des ODD).

Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage. Source : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, UNICEF et OMS, 2021. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune. Cet indicateur correspond au pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) apte à dispenser des soins d'obstétrique vitaux, notamment assurer la supervision, prendre en charge et conseiller les femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, procéder seul(e) aux accouchements, et s'occuper des nouveau-nés (indicateur 3.1.2 des ODD). Les accoucheuses traditionnelles, même celles ayant suivi une formation courte, ne sont pas prises en compte.

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus. Source : Estimations relatives au VIH, ONUSIDA, 2021. Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes-années au sein de la population séronégative (indicateur 3.3.1 des ODD).

Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (toutes méthodes confondues), en pourcentage. Source : Division de la population des Nations Unies, 2021. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à un moyen de contraception. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes

par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes en âge de procréer et de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode de contraception, quelle qu'elle soit.

Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (méthodes modernes), en pourcentage. Source : Division de la population des Nations Unies, 2021. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à une méthode moderne de contraception. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes en âge de procréer et de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception. Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine et masculine, le DIU, l'implant, les contraceptifs oraux, les contraceptifs injectables, le préservatif masculin et féminin, les méthodes barrières vaginales (y compris le diaphragme, la cape cervicale, les mousses, éponges et gels vaginaux spermicides), la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, la contraception d'urgence et d'autres méthodes modernes ne faisant pas l'objet d'une catégorie dédiée (p. ex., le patch contraceptif ou l'anneau vaginal).

Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage. Source : Division de la population des Nations Unies, 2021. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui souhaitent arrêter ou retarder la procréation, mais n'utilisent pas de contraception. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Les femmes qui utilisent une méthode de contraception traditionnelle ne sont pas considérées comme présentant des besoins de planification familiale non satisfaits. On suppose que toutes les femmes ou toutes les femmes mariées ou vivant en concubinage sont sexuellement actives et susceptibles de tomber enceintes. Cette hypothèse d'exposition universelle des femmes ou des femmes mariées ou vivant en concubinage peut entraîner une sous-estimation des risques par rapport aux risques réels pour les femmes exposées. Il est possible, en particulier lorsque le recours à la contraception est faible, qu'une hausse du recours à la contraception s'accompagne d'une augmentation des besoins de planification familiale non satisfaits. Ces deux indicateurs doivent donc être interprétés conjointement.

Proportion de besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Source : Division de la population des Nations Unies, 2021. Pourcentage de la demande totale de

planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans satisfaite par le recours à une méthode moderne de contraception (indicateur 3.7.1 des ODD). Ce chiffre est calculé en divisant le taux de recours aux moyens de contraception modernes par la demande totale de planification familiale. La demande totale de planification familiale correspond à la somme du taux de recours à la contraception et des besoins non satisfaits de planification familiale.

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, en pourcentage.

Source : UNFPA, 2022. Degré auquel les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (indicateur 5.6.2 des ODD).

Indice de couverture des services de santé universels.

Source : OMS, 2021. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'OMS. couverture moyenne des services de santé essentiels, mesurée à partir des interventions de référence concernant la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier (indicateur 3.8.1 des ODD).

Égalité des genres, droits et capital humain

Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans.

Source : Division de la population des Nations Unies, 2021. Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans (indicateur 3.7.2 des ODD). Cet indicateur correspond au risque de maternité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres des registres d'état civil peuvent présenter certaines imprécisions liées au degré d'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, à la comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, à la qualité des informations communiquées concernant l'âge de la mère, et à la prise en compte des naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent être faussées en raison d'erreurs dans les informations communiquées (âge, couverture). En ce qui concerne les données issues des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur utilisés proviennent de la même population. Les principales imprécisions sont dues aux erreurs de déclaration concernant l'âge de la mère ou la date de naissance de l'enfant, à la non-déclaration des naissances, et à la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Grossesses non intentionnelles pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Source : Bearak *et al.*, 2022. Juste avant l'impression du présent rapport, le Guttmacher Institute Data Center (Centre de données de l'Institut Guttmacher) prévoyait la publication de nouvelles estimations et des méthodologies adoptées pour les formuler (<https://data.guttmacher.org/countries>).

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage. Source : UNICEF, 2021. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'UNICEF. Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans (indicateur 5.3.1 des ODD).

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes et filles âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage.

Source : UNICEF, 2021. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'UNICEF. Proportion de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales féminines (indicateur 5.3.2 des ODD).

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage.

Source : Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des femmes (groupe constitué de l'OMS, d'ONU-Femmes, de l'UNICEF, de la Division statistique des Nations Unies, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, et de l'UNFPA), 2021. Proportion de femmes et de filles âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple victimes de violences physiques ou sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire (indicateur 5.2.1 des ODD).

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage.

Source : UNFPA, 2022. Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : leur santé, le recours à la contraception et les relations sexuelles avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire, en pourcentage.

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022. Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école primaire scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire.

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022. Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage.

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022. Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (premier cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle).

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022. ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (premier cycle) par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage.

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022. Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'enseignement secondaire (deuxième cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les sexes dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle).

Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2022. Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) par rapport à celui des garçons.

Indicateurs démographiques

Population

Population totale en millions d'habitants.

Source : Division de la population des Nations Unies, 2019. Estimation de la population nationale en milieu d'année.

Changement démographique

Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage.

Source : Division de la population des Nations Unies, 2019. Taux moyen exponentiel de la croissance démographique sur une période donnée, à partir d'une projection fondée sur la variante moyenne.

Composition démographique

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans.

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019. Part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans.

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019. Part de la population âgée de 10 à 19 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans.

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019. Part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans.

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019. Part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus.

Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2019. Part de la population âgée de 65 ans et plus.

Fécondité

Taux de fécondité total, par femme.

Source : Division de la population des Nations Unies, 2019. Nombre d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge.

Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance, en années.

Source : Division de la population des Nations Unies, 2019. Espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

Classification régionale

Les chiffres présentés à la fin des tableaux statistiques pour chaque région de l'UNFPA sont calculés à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-après.

États arabes

Algérie ; Djibouti ; Égypte ; Iraq ; Jordanie ; Liban ; Libye ; Maroc ; Oman ; Palestine ; République arabe syrienne ; Somalie ; Soudan ; Tunisie ; Yémen

Asie et Pacifique

Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Cambodge ; Chine ; Corée (République populaire démocratique de) ; Fidji ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Kiribati ; Malaisie ; Maldives ; Micronésie (États fédérés de) ; Mongolie ; Myanmar ; Nauru ; Népal ; Nioué ; Pakistan ; Palaos ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Philippines ; République démocratique populaire lao ; Samoa ; Sri Lanka ; Thaïlande ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Tokelau ; Tonga ; Tuvalu ; Vanuatu ; Viet Nam.

Europe de l'Est et Asie centrale

Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Macédoine du Nord ; Moldova (République de) ; Ouzbékistan ; Serbie ; Tadjikistan ; Turkménistan ; Turquie ; Ukraine

Afrique de l'Est et Afrique australe

Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Érythrée ; Eswatini ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; Rwanda ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Zambie ; Zimbabwe

Amérique latine et Caraïbes

Anguilla ; Antigua-et-Barbuda ; Argentine ; Aruba ; Bahamas ; Barbade ; Belize ; Bermudes ; Bolivie (État plurinational de) ; Brésil ; Chili ; Colombie ; Costa Rica ; Cuba ; Curaçao ; Dominique ; Équateur ; El Salvador ; Grenade ; Guatemala ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Îles Caïmanes ; Îles Turques-et-Caïques ; Îles Vierges britanniques ; Jamaïque ; Mexique ; Montserrat ; Nicaragua ; Panama ; Paraguay ; Pérou ; République dominicaine ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Martin (partie néerlandaise) ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Sainte-Lucie ; Suriname ; Trinité-et-Tobago ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du).

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun (République du) ; Cabo Verde ; Congo (République du) ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; Togo

Le terme « **régions développées** » est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions développées comprennent les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Le terme « **régions en développement** » est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions en développement comprennent toutes les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Afrique, l'Asie (à l'exception du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

Les pays les moins avancés, suivant la définition adoptée dans les résolutions 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 et 68/18 de l'Assemblée générale des Nations Unies, étaient au nombre de 46 (en janvier 2022) : 33 en Afrique, 8 en Asie, 4 en Océanie et 1 dans la région Amérique latine et Caraïbes. Ces 46 pays sont les suivants : Afghanistan ; Angola ; Bangladesh ; Bénin ; Bhoutan ; Burkina Faso ; Burundi ; Cambodge ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Djibouti ; Érythrée ; Éthiopie ; Gambie ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Haïti ; Îles Salomon ; Kiribati ; Lesotho ; Libéria ; Madagascar ; Malawi ; Mali ; Mauritanie ; Mozambique ; Myanmar ; Népal ; Niger ; Ouganda ; République centrafricaine ; République démocratique populaire lao ; Rwanda ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Tchad ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Togo ; Tuvalu ; Yémen ; et Zambie. Ces pays font également partie des régions en développement. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.

Remarques concernant les corrélations observées entre le RNB, le niveau d’instruction et les taux de grossesses non intentionnelles (page 22)

Corrélations sur la période 2015-2019					
		Indice de développement humain 2019	Durée moyenne de scolarisation (garçons et filles confondus) en années (2019)	Revenu national brut par habitant (2019)	Indice d'inégalité de genre (2019)
Grossesses non intentionnelles	Monde	***	***	***	***
	PRITI	***	***	***	***
	Pays à revenu élevé	***	*	***	***
	Afrique subsaharienne	**	**		
% de grossesses non intentionnelles aboutissant à un avortement	Monde				
	PRITI	*	*	*	***
	Pays à revenu élevé	*	**		
*** : valeur-p < 0,001 ** : 0,001 <= valeur-p < 0,01 * : 0,01 <= valeur-p < 0,05 Rouge : corrélation négative Vert : corrélation positive Blanc : corrélation négligeable					

1. **Observations mondiales :** Au niveau mondial, les plus hauts niveaux de développement social et économique, mesurés d’après l’IDH, le RNB et le niveau d’instruction, apparaissent comme fortement corrélés avec un faible taux de grossesses non intentionnelles. Ce constat pourrait s’expliquer par le fait que, dans les pays affichant les plus hauts scores de développement, les services contraceptifs auraient tendance à être plus largement accessibles, tandis que les obstacles culturels rencontrés par les femmes à l’heure de gérer leurs préférences en matière de fécondité y seraient moins nombreux. La situation est sensiblement différente dans les pays d’Afrique subsaharienne, où le développement économique et social est, à l’inverse, associé à de forts taux de grossesses non intentionnelles. Il semblerait en effet que l’accès et le recours aux méthodes de planification familiale, y compris aux services contraceptifs, n’aient pas évolué aussi rapidement que le niveau de développement social et économique, lequel a pu engendrer une baisse du désir d’enfant chez les couples et les femmes de ces pays.

2. **Issues des grossesses :** Si un lien entre faible taux de grossesses non intentionnelles et haut niveau de développement socioéconomique a pu être établi tant dans les pays à revenu faible et intermédiaire (hormis les pays d’Afrique subsaharienne) que dans les pays à revenu élevé, l’issue de ces grossesses tend toutefois à différer au sein même de ces catégories. Ainsi, dans les pays à revenu élevé affichant de faibles scores de développement, les femmes ont davantage tendance à recourir à l’avortement que dans les pays à revenu élevé enregistrant un haut score de développement. Bien que cette tendance ait pu être influencée par les anciens pays du bloc soviétique, qui présentent des scores de développement plus faibles et des taux d’avortement sensiblement plus hauts que les autres pays à revenu élevé, la corrélation a continué à être observée même après leur retrait de l’analyse. On peut donc supposer que, dans les pays à fort niveau de développement, les femmes qui ne souhaitent pas avoir d’enfant sont davantage en mesure d’éviter les grossesses non intentionnelles, notamment grâce à la contraception. Il est également possible que les dispositifs de protection économique et sociale en place dans les pays les plus développés permettent aux femmes de mener à bien ces grossesses avec plus de facilité.

Dans les pays à revenus faible et intermédiaire, les hauts niveaux de développement social et économique sont généralement associés à une proportion d’interruptions supérieure en cas de grossesses non intentionnelles (et ceci même en prenant en compte les spécificités juridiques nationales en matière d’avortement). Forts de cette observation, nous avons pu formuler l’hypothèse suivante : au fur et à mesure que les coûts d’opportunité liés à la maternité augmentent, les femmes confrontées à une grossesse non intentionnelle sont de moins en moins enclines à devenir mères. Une tendance qui s’est vérifiée tout au long de la période 1990-2019, puisque dans ces pays, durant 30 ans, l’amélioration des scores de développement au niveau national s’accompagnait systématiquement d’une hausse de la proportion de ces grossesses aboutissant à un avortement.

3. **RNB et niveau d’instruction, par sexe :** Le RNB et le niveau d’instruction par habitant des femmes n’influent *pas plus* que ceux des hommes sur la diminution des grossesses non intentionnelles ou sur la proportion d’avortement.

4. **IIG et taux de natalité chez les adolescentes :** Le taux de natalité chez les adolescentes fait partie des critères de calcul de l’IIG. Celles-ci affichant généralement un taux élevé de grossesses non intentionnelles, il est donc possible que la corrélation entre le taux de grossesses non intentionnelles et l’IIG soit surestimée. Cependant, il convient également de garder à l’esprit qu’en raison des attentes sociales autour de la maternité, bon nombre d’adolescentes ne déclarent pas leurs grossesses comme non intentionnelles dès lors que celles-ci surviennent dans un contexte marital ou de couple, particulièrement dans les environnements où les inégalités de genre sont élevées.

5. **IIG et issue des grossesses :** Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les plus bas niveaux d’égalité des genres sont généralement associés à une plus faible proportion d’interruption de grossesse ; une corrélation qui s’est confirmée malgré les spécificités juridiques nationales en matière d’avortement. Au contraire, dans les pays à revenu élevé, les plus hauts scores d’égalité des genres semblent être corrélés avec une plus faible proportion d’avortements, bien que la tendance ne soit pas significative. (L’avortement étant légalisé dans la quasi-totalité des pays à revenu élevé, l’argument juridique ne permet pas d’expliquer ce constat).

Remarques concernant les corrélations observées entre la prévalence des grossesses non intentionnelles et le taux de mortalité maternelle (page 26)

- Partout dans le monde, à l’exception des pays d’Afrique subsaharienne, on observe une corrélation entre la prévalence des grossesses non intentionnelles et le taux de mortalité maternelle, et ce, quel que soit le niveau de revenu régional.
- Au contraire, en Afrique subsaharienne, les pays présentant les plus faibles taux de mortalité maternelle affichent généralement de plus hauts taux de grossesses non intentionnelles. On peut donc émettre l’hypothèse suivante : dans ces pays, la hausse du niveau de développement a induit une baisse de la mortalité maternelle et une augmentation des coûts d’opportunité afférents à la survenue d’une grossesse non intentionnelle, sans toutefois s’accompagner d’une amélioration de la planification familiale.

Données concernant les tendances en matière d’avortement (page 21)

	Taux pour 1 000 femmes en âge de procréer			Pourcentage de grossesses aboutissant à un avortement	Pourcentage des grossesses NON INTENTIONNELLES aboutissant à un avortement
	Grossesses	Grossesses non intentionnelles	Avortements		
1990-94	162	79	40	24.7	50.6
2014-19	133	64	39	29.3	60.9

Source : Bearak *et al.*, 2020.

Remarques concernant les grossesses adolescentes et la question du choix (page 30)

Bien qu'au niveau mondial, les mariages et les grossesses d'adolescentes soient en déclin, avec un taux de natalité ayant chuté de 56 à 41 naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans sur la période 2000-2020 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2019), celui-ci reste deux fois plus élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne, où l'on enregistre 100 naissances pour 1 000 adolescentes. Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes continuent, eux aussi, à présenter des taux de fécondité adolescente relativement élevés (61 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans), malgré une forte baisse du taux de fécondité total. Au cours des dernières décennies, la diminution du taux de fécondité adolescente s'est également accompagnée d'une baisse du pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui sont mariées ou en concubinage (lequel est passé, au niveau mondial, de 16 à 12 % entre 2000 et 2020). Les États d'Asie centrale et du Sud et les pays d'Afrique subsaharienne, en particulier, ont montré une évolution rapide de ces tendances.

L'analyse séquentielle des mariages et des naissances chez les filles primipares âgées de moins de 18 ans a, pour sa part, révélé une grande variabilité entre les régions et les pays. Il conviendra donc d'étudier plus avant le contexte de chacun d'entre eux, de sorte à mieux appréhender la manière dont les intentions en matière de procréation et les circonstances extérieures influencent et structurent la scolarisation, les premières expériences sexuelles, le recours aux contraceptifs, le mariage, ainsi que la maternité.

Principaux constats dressés par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (données de 2013 et travaux non publiés), suite à l'analyse approfondie des résultats d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) :

- Si la proportion d'adolescentes n'ayant jamais eu de rapports sexuels est en hausse en Afrique subsaharienne et reste stable en Asie, elle aurait plutôt tendance à diminuer en Amérique latine et dans les Caraïbes.
- Dans de nombreux pays, les premières expériences sexuelles avant mariage se font de plus en plus courantes, alors que celles-ci avaient auparavant majoritairement lieu après le mariage.
- Les femmes non mariées sexuellement actives sont confrontées à des difficultés socioéconomiques distinctes de celles des femmes mariées, en particulier dans les pays où les grossesses hors mariage sont perçues négativement par la société. Dans ces conditions, de nombreuses jeunes femmes, une fois leur grossesse avérée, font le choix de précipiter leur mariage.
- Le taux de recours à la contraception chez les adolescentes est inférieur à 30 % dans la majorité des pays, et atteint moins de 10 % chez les 15-17 ans. L'augmentation du taux de recours à la contraception est associée au recul du taux de natalité chez les adolescentes âgées de 18 à 19 ans (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022), et ce, dans l'ensemble des régions étudiées.
- Les femmes et les filles mariées à l'adolescence sont généralement moins instruites, moins autonomes aux niveaux domestique et économique, et moins mobiles que les adolescentes non mariées et les femmes plus âgées. Elles sont également moins exposées aux médias modernes. Elles se retrouvent bien souvent isolées, dépourvues des connaissances et compétences nécessaires pour s'extraire des situations qui nuisent à leur santé et à leur bien-être, et sont régulièrement sommées de prouver leur fertilité, subissant une pression sociale considérable. Leur mari est généralement bien plus âgé que ceux de femmes plus mûres (Haberland *et al.*, 2004 ; Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022). Une activité sexuelle précoce avec un partenaire plus âgé est corrélée à de piètres relations entre les genres et à des problèmes de santé reproductive (Ryan *et al.*, 2008).

Remarques concernant les accouchements d'adolescentes primipares de moins de 18 ans (page 33)

Ces chiffres ont été calculés d'après les données tirées de l'EDS la plus récente dans chaque pays où une telle enquête avait été conduite depuis 2010.

La population de référence a été définie comme suit : 1) femmes âgées de 18 à 24 ans (inclus) au moment de l'enquête, 2) ayant donné naissance à leur premier enfant avant l'âge de 18 ans, et 3) dont la date d'accouchement était connue. *La population de référence reflète donc le nombre total de femmes âgées de 18 à 24 ans au moment de l'enquête ayant eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans.* Quatre de ces enquêtes, n'ayant permis de recenser que 50 accouchements d'adolescentes primipares de moins de 18 ans, ont été exclues des calculs.

Les naissances ont été classées selon trois catégories mutuellement exclusives :

1. *Naissance du premier enfant hors mariage* : la naissance du premier enfant a eu lieu avant le mariage, ou aucun mariage n'a été prononcé.
2. *Naissance du premier enfant dans les 7 mois suivant le mariage* : la naissance du premier enfant a eu lieu au moment du mariage, ou dans les 7 mois l'ayant suivi.
3. *Naissance du premier enfant avant l'âge de 18 ans, et plus de 7 mois après le mariage* : la naissance du premier enfant a eu lieu plus de 7 mois après le mariage.

L'ensemble de ces estimations ont été pondérées selon les poids d'échantillonnage fournis. 54 pays ont été inclus dans le graphique final, pour un total de 61 490 femmes ayant donné naissance à leur premier enfant avant l'âge de 18 ans.

Limites liées aux données recueillies : dans l'un des pays étudiés, moins de 100 accouchements d'adolescentes de moins de 18 ans ont pu être recensés. En outre, dans cinq pays, l'échantillon disponible ne comprenait que des femmes mariées ou l'ayant déjà été. Il est donc possible que la proportion de femmes donnant naissance à leur premier enfant sans être mariées soit inférieure à la réalité.

Références

- Acharya, Dev R. and others, 2010. "Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal." *Reproductive Health* 7: 15.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2020. "Comprehensive Sexuality Education." Committee Opinion Number 678. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education, accessed 1 December 2021.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017. "Access to Contraception." Committee Opinion Number 615. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception, accessed 1 December 2021.
- Ahrens, Katherine A and others, 2018. "Unintended Pregnancy and Interpregnancy Interval by Maternal Age." *Contraception* 98: 52-55.
- Aiken, Abigail and others, 2016. "Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 48(3): 139-146.
- Aiken, Abigail and others, 2015. "A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnancy." *Social Science and Medicine* 132: 149-155.
- Akoth, Catherine and others, 2021. "Prevalence and Factors Associated with Covert Contraceptive Use in Kenya: A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 21: 1316.
- Ali, Mohamed M. and others, 2012. "Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/handle/10665/75429, accessed 26 November 2021.
- Alio, Amina P. and others, 2009. "Intimate Partner Violence and Contraception Use among Women in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107(1): 35-38.
- Allotey, Pascale and others, 2021. "Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries." *Annual Review of Public Health* 42: 505-518.
- Alvarez, R.O., 1993. "'We Will Not Rest.' Filipino Women Want a Fertility Management Program that Respects Women's Dignity, Women's Bodies and Women's Choices." *Integration* 35: 22-23.
- Ameyaw, Edward Kwabena and others, 2019. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys." *PLOS ONE* 14(8): e0220970.
- Amo-Adjei, Joshua and Derek Anamaale Tuoyire, 2016. "Effects of Planned, Mistimed and Unwanted Pregnancies on the Use of Prenatal Health Services in Sub-Saharan Africa: A Multicountry Analysis of Demographic and Health Survey Data." *Tropical Medicine & International Health* 21(12): 1552-1561.
- Ampt, Frances H. and others, 2018. "Incidence of Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 8(9): e021779.
- Ashburn-Nardo, Leslie, 2017. "Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men." *Sex Roles* 76: 393-401.
- Atake, Esso-Hanam and Pitaloumani Gnakou Ali, 2019. "Women's Empowerment and Fertility Preferences in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa." *BMC Women's Health* 19: 54.
- Austin, Judy and others, 2008. "Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons." *Reproductive Health Matters* 16(31): 10-21.
- Baiden, Frank and others, 2016. "Covert Contraceptive Use Among Women Attending a Reproductive Health Clinic in a Municipality in Ghana." *BMC Women's Health* 16: 31.
- Bain, Luchuo Engelbert and others, 2020. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *African Journal of Reproductive Health* 24(2): 187-205.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289-297.
- Baldwin, Maureen K. and Jeffrey T. Jensen, 2013. "Contraception During the Perimenopause." *Maturitas* 76(3): 235-242.

- Bansode, Oshin M. and others, 2021. "Contraception." In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. Website: ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_, accessed 15 November 2021.
- Bauserman, Melissa and others, 2020. "Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends." *Reproductive Health* 17(Suppl 3): 173.
- BBC (British Broadcasting Corporation), 2017. "Contraception Fails in Quarter of Abortions, Say Experts." BBC News, 7 July 2017. Website: [bbc.co.uk/news/health-40520235](https://www.bbc.co.uk/news/health-40520235), accessed 17 November 2021.
- Bearak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." *BMJ Global Health*, in press.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Behre, Hermann M., and others, 2016. "Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101(12): 4779–4788.
- Bellizzi, Saverio and others, 2020. "Reasons for Discontinuation of Contraception Among Women with a Current Unintended Pregnancy in 36 Low and Middle-Income Countries." *Contraception* 101(1): 26–33.
- Bietsch, Kristin and Priya Emmart, 2022. *Couple Concordance Index: Construction of the Couple Concordance Index and its Relationship with Contraceptive Use*. Washington, DC: USAID MOMENTUM.
- Biggs, M. Antonia and others, 2017. "Women's Mental Health and Well-Being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 74(2): 169–178.
- Bitto, A. and others, 1997. "Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study." *American Journal of Public Health* 87(3): 338–343.
- Boyce, Sabrina C. and others, 2020. "Women's and Girls' Experiences of Reproductive Coercion and Opportunities for Intervention in Family Planning Clinics in Nairobi, Kenya: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 17(1): 1–12.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2019. "Global Contraceptive Failure Rates: Who is Most at Risk?" *Studies in Family Planning* 50(1): 3–24.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2009. *Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton: ICF Macro.
- Brito, Cynthia Nunes de Oliveira and others, 2015. "Postpartum Depression among Women with Unintended Pregnancy." *Revista de Saúde Pública* 49: 33.
- Brodsky, Alexandra, 2017. "Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal." *Columbia Journal of Gender and Law* 32: 183–210.
- Calliope, n.d. The Contraceptive Pipeline Database. Website: pipeline.ctiexchange.org, accessed 31 January 2022.
- Campbell, Oona M. and Wendy J. Graham, 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On with What Works." *Lancet* 368(9543): 1284–1299.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013. "Tanzania: Consequences for a Woman who gets Pregnant out of Wedlock, Including the Possibility of Arrest and Criminal or Civil Proceedings; Whether the same Consequences Apply if the Woman Marries Before the Birth of the Child (2012–July 2013)." TZA104531.E. Website: refworld.org/docid/53e481264.html, accessed 18 December 2021.
- Carter, Marion and Ilene S. Speizer, 2005. "Pregnancy Intentions Among Salvadoran Fathers: Results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 31(4): 179–182.
- Castle, Sarah and Ian Askew, 2015. *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*. New York: Population Council and FP2020.
- Castle, Sarah and others, 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3): 231–248.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2015. "The 6/18 Initiative. Evidence Summary, Prevent Unintended Pregnancy." Website: [cdc.gov/sixteen/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf](https://www.cdc.gov/sixteen/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf), accessed 1 December 2021.
- Chae, Sophia and others, 2017. "Characteristics of Women Obtaining Induced Abortions in Selected Low- and Middle-Income Countries." *PLOS ONE* 12(3): e0172976.
- Chant, Sylvia, 2013. "Cities Through a 'Gender Lens': A Golden 'Urban Age' for Women in the Global South?" *Environment and Urbanization* 25(1): 9–29.

- Chebet, Joy J. and others, 2015. "‘Every Method Seems to have its Problems’ – Perspectives on Side Effects of Hormonal Contraceptives in Morogoro Region, Tanzania." *BMC Womens Health* 15: 97.
- Chung, Hye Won and others, 2018. "Comprehensive Understanding of Risk and Protective Factors Related to Adolescent Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Adolescence* 69: 180-188.
- Clements, K. C., 2018. "Can Men Get Pregnant?" *Healthline*, 20 December 2018. Website: [healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant](https://www.healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant), accessed 18 November 2021.
- Coker, Ann L., 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health? A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149-177.
- Cook, Rebecca J. and Bernard M. Dickens, 2014. "Reducing Stigma in Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1): 89-92.
- Costantino, Antonietta and others, 2007. "Current Status and Future Perspectives in Male Contraception." *Minerva Ginecologica* 59(3): 299-310.
- Darteh, Eugene Kofuor Maafo and others, 2019. "Women's Reproductive Health Decision-Making: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa." *PLOS ONE* 14(1): e0209985.
- Dehingia, Nabamallika and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Maternal Health Complications: Cross-Sectional Analysis of Data from Rural Uttar Pradesh, India." *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 188.
- Dietz, Patricia M. and others, 1999. "Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood." *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359-1364.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), 2020. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Website: oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil, accessed 1 March 2022.
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), 2020. "ENDES Realizadas." Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática. Website: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes>, accessed 17 November 2021.
- Everett, Bethany G. and others, 2019. "Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling?" *Journal of Women's Health (Larchmont)* 28(1): 53-62.
- Everett, Bethany G. and others, 2017. "Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 49(3): 157-165.
- Faini, Diana and others, 2020. "‘I Did Not Plan to Have a Baby. This is the Outcome of Our Work’: A Qualitative Study Exploring Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers." *BMC Women's Health* 20: 267.
- Fanslow, Janet and others, 2008. "Pregnancy Outcomes and Intimate Partner Violence in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4): 391-397.
- Festin, Mario Philip R. and others, 2016. "Moving Towards the Goals of FP2020 – Classifying Contraceptives." *Contraception* 94(4): 289-294.
- Fine, Johanna and others, 2017. "The Role of International Human Rights Norms in the Liberalization of Abortion Laws Globally." *Health and Human Rights* 19(1): 69-80.
- Finer, Lawrence B., 2010. "Unintended Pregnancy Among U. S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity." *Journal of Adolescent Health* 47(3): 312-314.
- Finer, Lawrence B. and Mia R. Zolna, 2016. "Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011." *New England Journal of Medicine* 374(9): 843-852.
- Foster, Angel and others, 2017. "The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards." *Reproductive Health Matters* 25(51): 18-24.
- Foster, Diana Greene, 2020. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*. New York: Scribner.
- Frederiksen, Line and others, 2018. "Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age." *Obstetrics & Gynecology* 131(3): 457-463.
- Friedman and others, 2019. *Interest Among U.S. Men for New Male Contraceptive Options Consumer Research Study*. Male Contraceptive Initiative.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch, 2008. "Factors Associated With Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(2): 94-104.
- FP2030, 2020. Sierra Leone Commitments. Website: fp2030.org/sierra-leone, accessed 31 January 2022.
- FP2030, 2020a. Philippines Commitments. Website: fp2030.org/philippines, accessed 31 January 2022.

- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). 2021. "FSRH statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/>, accessed November 2021
- Gambir, Katherine and others, 2020. "Effectiveness, Safety and Acceptability of Medical Abortion at Home Versus in the Clinic: A Systematic Review and Meta-Analysis in Response to COVID-19." *BMJ Global Health* 5: e003934.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372–2381.
- Garraza, Lucas Godoy and others, 2020. "Out-Of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America." *Sexual and Reproductive Health Matters* 28(2): 1833429.
- Gerdt, Caitlin and others, 2016. "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy." *Women's Health Issues* 26(1): 55–59.
- Gipson, Jessica D. and others, 2008. "The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature." *Studies in Family Planning* 39(1): 18–38.
- Gold, Rachel Benson and Kinsey Hasstedt, 2017. "Publicly Funded Family Planning Under Unprecedented Attack." *American Journal of Public Health* 107(12): 1895–1897.
- Gottschall, Jonathan A. and Tiffani A. Gottschall, 2003. "Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates?" *Human Nature* 14: 1–20.
- Grace, Karen Trister and Jocelyn C. Anderson, 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 19(4): 371–390.
- Grimes, David and others, 2006. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic." *Lancet* 368(9550): 1908–1919.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S15–S21.
- Haberland, Nicole and others, 2004. "Married adolescents: An overview," paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. New York: Population Council.
- Habib, Muhammad Ali and others, 2017. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Amongst Women Attending Antenatal Clinics in Pakistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 156.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Addressing Contraceptive Needs Exacerbated by COVID-19: A Call for Increasing Choice and Access to Self-Managed Methods." *Contraception* 103: 377–379.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2017. "London Measure of Unplanned Pregnancy: Guidance for its Use as an Outcome Measure." *Patient Related Outcome Measures* 8: 43–56.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2016. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi: Using a Conceptual Hierarchy to Inform Analysis." *PLOS One* 11(10): e0165621.
- Hamberger, L. Kevin and others, 2015. "Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs." *Journal of Women's Health* 24(1): 86–91.
- Hannaford, Philip C. and others, 2010. "Mortality Among Contraceptive Pill Users: Cohort Evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study." *BMJ* 340: c927.
- Heaman, Maureen and others, 2013. "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." *Maternal and Child Health Journal* 17: 816–836.
- Heidari, Shirin and others, 2019. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676513.
- Heinemann, Klaas and others, 2005. "Attitudes Toward Male Fertility Control: Results of a Multinational Survey on Four Continents." *Human Reproduction* 20(2): 549–556.
- Hindin, Michelle J. and others, 2014. "Misperceptions, Misinformation and Myths About Modern Contraceptive Use in Ghana." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 40(1): 30–35.
- Hindin, Michelle J. and others, 2008. *Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes*. DHS Analytical Studies 18. Washington DC: USAID. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf, accessed 10 February 2022.
- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020. "Supply Chain Management: Investing in Contraceptive Security and Strengthening Health Systems." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/, accessed 26 November 2021.

- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020a. "Family Planning Vouchers: A Tool to Boost Contraceptive Method Access and Choice." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf, accessed 1 December 2021.
- Hodson, K. and others, 2016. "Lesbian and Bisexual Women's Likelihood of Becoming Pregnant: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BJOG* 124(3): 393-402.
- Horii, Hoko, 2021. "Child Marriage as a 'Solution' to Modern Youth in Bali." *Progress in Development Studies* 20(4): 282-295.
- Horner-Johnson, Willi and others, 2020. "Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 31-38.
- Hromi-Fiedler, Amber and Rafael Pérez-Escamilla, 2006. "Unintended Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-feeding: An Analysis of 18 Demographic and Health Surveys." *Public Health Nutrition* 9(3): 306-312.
- Huda, Fauzia Achter and others, 2013. *Understanding Unintended Pregnancy in Bangladesh: Country Profile Report*. STEP UP Research Report. Dhaka: icddr.b.
- Human Rights Watch, 2018. "Africa: Pregnant Girls, Young Mothers Barred from School." Website: hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school, accessed 18 November 2021.
- Human Rights Watch, 2018a. "Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers." Website: hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#, accessed 1 December 2021.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 1977. "Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I)." Website: refworld.org/docid/3ae6b37f40.html, accessed 26 November 2021.
- Ikamari, Lawrence and others, 2013. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 69.
- Ilankoon, I. M. P. S. and others, 2021. "Menopause is a Natural Stage of Aging: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 21: 47.
- ILO (International Labour Organization), 2017. *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Website: ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf, accessed 1 December 2021.
- ILO (International Labour Organization), 2012. *Maternity Resource Protection Package: From Aspiration to Reality For All*. Website: mrrp.itcilo.org/pages/en/introduction.html, accessed 1 December 2021.
- Im, Eun-Ok and others, 2010. "Black Women in Menopausal Transition." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(4): 435-443.
- IRC (International Rescue Committee), 2020. "IRC Data Shows an Increase in Reports of Gender-Based Violence Across Latin America." Website: reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america, accessed 8 February 2022.
- Jackson, Ashley and Léonce Dossou, 2021. "The Appeal and Potential of On-Demand Contraceptive Options." Washington DC: PSI. Website: psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options, accessed 9 February 2022.
- Jacobstein, Roy, 2015. "The Kindest Cut: Global Need to Increase Vasectomy Availability." *Lancet Global Health* 3(12): e733-e734.
- Jain, Rakhi and Sumathi Muralidhar, 2011. "Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 61(6): 626-634.
- Jain, Aparna and others, 2021. "Not All Women Who Experience Side Effects Discontinue Their Contraceptive Method: Insights from a Longitudinal Study in India." *Studies in Family Planning* 52(2): 165-178.
- Johnson-Mallard, Versie and others, 2017. "Unintended Pregnancy: A Framework for Prevention and Options for Midlife Women in the US." *Women's Midlife Health* 3: 8.
- Kantorová, Vladmíra and others, 2021. "Contraceptive Use and Needs Among Adolescent Women Aged 15-19: Regional and Global Estimates and Projections from 1990 to 2030 from a Bayesian Hierarchical Modelling Study." *PLOS ONE* 16(3): e0247479.
- Kaufman, Julia and Rachel Silverman, 2021. "Bridging the Gap Between Health Financing and Family Planning: How to Effectively Advocate for Contraception in UHC." Washington DC: Center for Global Development. Website: cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate, accessed 1 December 2021.
- Keogh, Sarah C. and others, 2021. "Hormonal Contraceptive Use in Ghana: The Role of Method Attributes and Side Effects in Method Choice and Continuation." *Contraception* 104(3): 235-245.

- Khan, Md Nuruzzaman and others, 2019. "Effects of Unintended Pregnancy on Maternal Healthcare Services Utilization in Low- and Lower-Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Public Health* 64(5): 743-754.
- Kholsa, Rajat and others, 2016. "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth." *Health and Human Rights* 18(2): 131-143.
- Kibira, Simon P. S. and others, 2020. "Covert Use of Contraception in Three Sub-Saharan African Countries: A Qualitative Exploration of Motivations and Challenges." *BMC Public Health* 20: 865.
- Kimport, Katrina and others, 2017. "Patient-Provider Conversations About Sterilization: A Qualitative Analysis." *Contraception* 95(3): 227-233.
- Kingsbury, Ann M. and others, 2015. "Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study." *Maternal and Child Health Journal* 19: 877-888.
- Korenman, Sanders and others, 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement in Pregnancy Intention." *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 34(4): 198-205.
- Kost, Kathryn and others, 1998. "Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter?" *Family Planning Perspectives* 23(1): 79-88.
- Kupoluyi, Joseph Ayodeji, 2020. "Intimate Partner Violence as a Factor in Contraceptive Discontinuation among Sexually Active Married Women in Nigeria." *BMC Womens Health* 20(1): 128.
- Le, Hoa H. and others, 2014. "The Burden of Unintended Pregnancies in Brazil: A Social and Public Health System Cost Analysis." *International Journal of Women's Health* 6: 663-670.
- Le Guen, Mireille and others, 2021. "Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 284: 114247.
- Luchsinger, Gretchen, 2021. *No Exceptions, No Exclusions: Realizing Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice for All*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobi summiticpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions, accessed 24 November 2021.
- Ludermir, Ana Bernarda and others, 2011. "Postnatal Depression in Women After Unsuccessful Attempted Abortion." *British Journal of Psychiatry* 198(3): 237-238.
- Lundgren, Rebecka and Avni Amin, 2015. "Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S42-S50.
- Macleod, Catriona Ida, 2016. "Public Reproductive Health and 'Unintended' Pregnancies: Introducing the Construct 'Supportability'." *Journal of Public Health* 38(3): e384-e391.
- Mansur, Yusuf and others, n.d. *The Economic Underpinnings of Honor Crimes in Jordan*. Information and Research Center, King Hussein Foundation. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT_CRC_NGO_JOR_15745_E.pdf, accessed 18 December 2021.
- Marston, Cicely and John Cleland, 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77-93.
- Maxwell, Lauren and others, 2018. "Intimate Partner Violence and Pregnancy Spacing: Results from a Meta-Analysis of Individual Participant Time-to-Event Data from 29 Low- and-Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 3: e000304.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbadu, Fidele Muanda and others, 2017. "Barriers to Modern Contraceptive Use in Rural Areas in DRC." *Culture, Health and Sexuality* 19(9): 1011-1023.
- McCarraher, Donna R. and others, 2006. "The Influence of Method-Related Partner Violence on Covert Pill Use and Pill Discontinuation Among Women Living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia." *Journal of Biosocial Science* 38(2): 169-186.
- Measure Evaluation, 2017. "The Importance of Gender in Family Planning and Reproductive Health Data." Website: measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at_download/document, accessed 1 December 2021.
- Melian, María Mercedes, 2013. ["Reproductive Intentions and Factors Related to Unplanned Births, Paraguay, 1995-2008."] *Revista Panamericana de Salud Pública* 33(4): 244-251. [In Spanish]
- Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman, 2010. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5: 511-515.
- Miller, Elizabeth and others, 2010. "Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(6): 457-459.

- Miller, Elizabeth and others, 2010a. "Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(4): 316-322.
- Moges, Yohannes and others, 2020. "Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018." *Journal of Pregnancy* 2020: 2926097.
- Mohllajee, Anshu P. and others, 2007. "Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes." *Obstetrics & Gynecology* 109(3): 678-686.
- Molitoris, Joseph and others, 2019. "When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS." *Demography* 56(4): 1349-1370.
- Moreau, Caroline and others, 2014. "Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions." *Fertility and Sterility* 102(6): 1663-1670.
- Moreira, Laísa Rodrigues and others, 2019. "Reasons for Nonuse of Contraceptive Methods by Women with Demand for Contraception Not Satisfied: An Assessment of Low and Middle-Income Countries using Demographic and Health Surveys." *Reproductive Health* 16: 148.
- Moseson, Heidi and others, 2021. "Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results From a National, Quantitative Survey." *International Journal of Transgender Health* 22(1-2): 30-41.
- Mukasa, Bakali and others, 2017. "Contraception Supply Chain Challenges: A Review of Evidence from Low- and Middle-Income Countries." *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 22(5): 384-390.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Mwaisaka, Jefferson and others, 2020. "Exploring Contraception Myths and Misconceptions Among Young Men and Women in Kwale County, Kenya." *BMC Public Health* 20: 1694.
- Napyo, Agnes and others, 2020. "Prevalence and Predictors for Unintended Pregnancy Among HIV-Infected Pregnant Women in Lira, Northern Uganda: A Cross-Sectional Study." *Scientific Reports* 10: 16319.
- Neal, Sarah and others, 2020. "Trends in Adolescent First Births in Sub-Saharan Africa: A Tale of Increasing Inequity?" *International Journal for Equity in Health* 19: 151.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has to Die: Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15(1): 31.
- Nuevo-Chiquero, Ana, 2014. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91-101.
- Nyarko, Samuel H., 2019. "Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors." *Journal of Pregnancy* 2019: 2920491.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights." Website: [ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRFactSheetYourHealth.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRFactSheetYourHealth.pdf), accessed 1 December 2021.
- Oladeji, Olusola and others, 2021. "Sexual Violence-Related Pregnancy among Internally Displaced Women in an Internally Displaced Persons Camp in Northeast Nigeria." *Journal of Interpersonal Violence* 36(9-10): 4758-4770.
- Orr, Suezanne and others, 2000. "Unintended Pregnancy and Preterm Birth." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14(4): 309-313.
- Paterno, Mary T. and others, 2021. "Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics." *Journal of Interpersonal Violence* 36(3-4): NP2248-2271NP.
- Paul, Mandira and others, 2019. "Contraception and Youth: Being Responsive to their Sexual and Reproductive Health Needs and Rights." Issue Paper. New York: UNFPA and Guttmacher Institute.
- Petroni, Suzanne and others, 2017. "New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa." *Annals of Global Health* 83(5-6): 781-790.
- Pierotti, Rachael S., 2013. "Increasing Rejection of Intimate Partner Violence: Evidence of Global Cultural Diffusion." *American Sociological Review* 78(2): 240-265.
- Pile, John M. and Mark A. Barone, 2009. "Demographics of vasectomy - USA and international." *Urologic Clinics of North America* 36(3): 295-305.
- Polis, Chelsea B. and others, 2018. "There Might be Blood: A Scoping Review on Women's Responses to Contraceptive-Induced Menstrual Bleeding Changes." *Reproductive Health* 15: 114.

- Population Council, 2015. "Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward". STEP UP Meeting Report. Accra: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf, accessed 24 November 2021.
- Qiu, Xing and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort and Case-Control Studies." *Journal of Psychosomatic Research* 138: 110259.
- Qureshi, Zahida and others, 2021. "Understanding Abortion-Related Complications in Health Facilities: Results from WHO Multicountry Survey on Abortion (MCS-A) Across 11 Sub-Saharan African Countries." *BMJ Global Health* 6: e003702.
- Rahman, Mosfequr, 2015. "Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh?" *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(4): 80-88.
- Rahman, Mosfequr and others, 2019. "Maternal Pregnancy Intention and Its Association with Low Birthweight and Pregnancy Complications in Bangladesh: Findings from a Hospital-Based Study." *International Health* 11(6): 447-454.
- Raj, Anita and others, 2015. "Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 130(S3): E56-E61.
- Ralph, Lauren J. and others, 2020. "Comparing Prospective and Retrospective Reports of Pregnancy Intention in a Longitudinal Cohort of U.S. Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 39-48.
- Raymond, Elizabeth G. and David A. Grimes, 2012. "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 119(2 pt 1): 215-219.
- Riley, Taylor and others, 2020. "Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46: 73-76.
- Romero, Mariana and others, 2021. "Abortion-Related Morbidity in Six Latin American and Caribbean Countries: Findings of the WHO/HRP Multi-Country Survey on Abortion (MCS-A)." *BMJ Global Health* 6: e005618.
- Rominski, Sarah D. and Rob Stephenson, 2019. "Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception." *Studies in Family Planning* 50(2): 195-198.
- Rothman, Emily F. and others, 2011. "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 12(2): 55-66.
- Rothschild, Claire W. and others, 2021. "Incorporating Method Dissatisfaction into Unmet Need for Contraception: Implications for Measurement and Impact." *Studies in Family Planning* 52(1): 95-102.
- Rowlands, Sam and Susan Walker, 2019. "Reproductive Control by Others: Means, Perpetrators and Effects." *BMJ Sexual and Reproductive Health* 45: 61-67.
- Rutstein, Shea O., 2008. "Further Evidence of the Effects of Preceding Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." Demographic and Health Surveys Working Paper No. 41. Calverton, Maryland: Macro International. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf, accessed 25 November 2021.
- Ryan, Suzanne and others, 2008. "Older Sexual Partners during Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(1): 17-26.
- Sarder, Alamgir and others, 2021. "Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries." *PLOS ONE* 16(2): e0245923.
- Say, Laie and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *Lancet Global Health* 2(6): e323-e333.
- Sedgh, Gilda and others, 2016. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries, accessed 17 November 2021.
- Sedgh, Gilda and others, 2016a. "Abortion Incidence Between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends." *Lancet* 388(10041): 258-267.
- Seifu, Canaan Negash and others, 2020. "Association of Husbands' Education Status with Unintended Pregnancy in their Wives in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *PLOS ONE* 15(7): e0235675.

- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161-176.
- Shaka, Mohammad Fayesso and others, 2020. "Determinants of Undernutrition among Children under Five Years Old in Southern Ethiopia: Does Pregnancy Intention Matter? A Community-Based Unmatched Case-Control Study." *BMC Pediatrics* 20(1): 101.
- Shapiro-Mendoza, Carrie and others, 2005. "Parental Pregnancy Intention and Early Childhood Stunting: Findings from Bolivia." *International Journal of Epidemiology* 34(2): 387-396.
- Skovlund, Charlotte Wessel and others, 2016. "Hormonal Contraception With Depression." *JAMA Psychiatry* 73(11): 1154-1162.
- Shelton, James and Roy Jacobstein, 2016. "Vasectomy: A Long, Slow Haul to Successful Takeoff." *Global Health: Science and Practice* 4(4): 514-517.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Silverman, Jay and others, 2020. "Associations of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence with Overt and Covert Family Planning Use Among Married Adolescent Girls in Niger." *EClinicalMedicine* 22: 100359.
- Silverman, Jay G. and others, 2019. "Reproductive Coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and Associations with Partner Violence and Reproductive Health." *SSM - Population Health* 9: 100484.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Still Births among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114(10): 1246-1252.
- Singh, Susheela and Isaac Maddow-Zimet, 2016. "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence from 26 Countries." *BJOG* 123: 1489-1498.
- Skracic, Izidora and others, 2021. "Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive Use." *Journal of Women's Health* 30(8): 1078-1085.
- Smith, Julia, 2020. "Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence." *African Journal of Reproductive Health* 24(1): 152-164.
- Solo, Julie and Mario Festin, 2019. "Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations." *Global Health: Science and Practice* 7(3): 371-385.
- Sonfield, Adam and Kathryn Kost, 2015. *Public Costs from Unintended Pregnancies and the Role of Public Insurance Programs in Paying for Pregnancy-Related Care: National and State Estimates for 2010*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- Sonfield, Adam and others, 2013. *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to have Children*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/social-economic-benefits.pdf, accessed 1 December 2021.
- Stamatakis, Caroline E. and others, 2020. "Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis." *Journal of Interpersonal Violence* July 2020. 37: 3-4.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *Lancet* 391: 2642-2692.
- Stats SL (Statistics Sierra Leone) and ICF, 2020. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019*. Freetown, Sierra Leone, and Rockville, Maryland, USA: Stats SL and ICF.
- Steinberg, Julia R. and others, 2020. "Psychosocial Factors Associated with Postpartum Contraceptive Method Use after an Unintended Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 135(4): 821-831.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019, accessed 28 November 2021.
- Suttie, David, 2019. *Overview: Rural Poverty in Developing Countries: Issues, Policies and Challenges*. International Fund for Agricultural Development (IFAD). Website: un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM_IFAD-overview.pdf, accessed 16 November 2021.
- Svoboda, Elizabeth, 2020. "Better Birth Control." *Nature* 588: S166-S167.
- Tarzia, Laura and Kelsey Hegarty, 2021. "A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control." *Reproductive Health* 18(1): 87.

- Taylor, Diana and Evelyn Angel James, 2012. "Risks of Being Sexual in Midlife: What We Don't Know Can Hurt Us." *The Female Patient* 37: 17-20.
- Thiel de Bocanegra, Heike and others, 2010. "Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters." *Violence Against Women* 16: 601-612.
- Thirumalai, Arthi and John K. Amory, 2021. "Emerging Approaches to Male Contraception." *Fertility and Sterility* 115(6): 1369-1376.
- Thomas, Adam, 2012. "Policy Solutions for Preventing Unplanned Pregnancy." Washington DC: Brookings Institution. Website: [brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/](https://www.brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/), accessed 1 December 2021.
- Tran, Nguyen Toan and others, 2021. "Strengthening Health Systems in Humanitarian Settings: Multi-Stakeholder Insights on Contraception and Postabortion Care Programs in the Democratic Republic of Congo and Somalia." *Frontiers in Global Women's Health* 62.
- Tsui, Amy O. and others, 2010. "Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies." *Epidemiologic Reviews* 32(1): 152-174.
- United Nations, Statistics Division, 2022. Global SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal/, accessed 3 March 2022.
- United Nations, 2021. *The Sustainable Development Goals Report 2021*. Website: unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf, accessed 1 December 2021.
- United Nations, 2020. *Conflict-Related Sexual Violence: Report of the United Nations Secretary-General*. Website: undocs.org/en/S/2020/487, accessed 17 November 2021.
- UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36: Article 6, Right to Life: Human Rights Committee." CCPR/C/GC/36. Website: digitallibrary.un.org/record/3884724?ln=en, accessed 26 November 2021.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women), 2017. "General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." Website: digitallibrary.un.org/record/1305057?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child during Adolescence." Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child." Website: digitallibrary.un.org/record/503074?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. Forthcoming.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Website: <https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators> Accessed 3 March 2022.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021a. *World Contraceptive Use 2020* (POP/DB/CP/Rev2020).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020. Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020a. *World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning*. (ST/ESA/SER.A/450).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2019. *World Population Prospects 2019*.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2015. "World Contraceptive Use 2015." Website: un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp, accessed 26 November 2021.

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*.

United Nations Statistics Division, 2020. Global SDG Indicators Database.

UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Human Development Report*. Technical Notes. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf, accessed 15 November 2021.

UNDP (United Nations Development Programme), 2005. *Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*.

UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 1990. "General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)." Website: tbinetinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en, accessed 1 December 2021.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 16 November 2021.

UN ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia), 2004. "Arab Regional Ten-Year Review and Appraisal of Implementation of the Beijing Platform for Action." Website: un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf, accessed 16 December 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Motherhood in Childhood: The Untold Story*.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "My Body is My Own. Claiming The Right to Autonomy and Self-Determination." *State of World Population 2021*.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. Annual report. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. *Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6*. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 24 November 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. *Impact of COVID-19 on Access to Contraceptives in the LAC Region*. Website: lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf, accessed 1 December 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund) 2020d. *Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A Summary for Practitioners*. Website: unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners, accessed 10 February 2022.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights An Essential Element of Universal Health Coverage*.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Women and Young Persons with Disabilities. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities*. Website: unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities, accessed 7 February 2022.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. "Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994." Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 26 November 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Adolescents and Youth Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/adolescent-youth/SL, accessed 9 February 2022.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *World Population Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/world-population/SL, accessed 9 February 2022.

UNFPA (United Nations Population Fund) El Salvador, 2021. *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2020*. Website: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93-mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022.

United Nations Population Fund, global databases, 2022. Based on official responses to the United Nations 13th and 12th Inquiry among Governments on Population and Development.

UNFPA (United Nations Population Fund) Sierra Leone, n.d. "Gender-Based Violence." Website: sierraleone.unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11, accessed 9 February 2022.

- UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." Website: icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 15 November 2021.
- UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2012. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo." A/HRC/20/16. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf, accessed 18 December 2021.
- UN Women, 2021. *Beyond COVID-19: A Feminist Plan for Sustainability and Social Justice*. Website: unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN Women, 2012. *Facts & Figures: Rural Women and the Millennium Development Goals*. Website: <https://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures.html>, accessed 1 December 2021.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution can be Expected?" *Population Health Metrics* 19: 2.
- Vanden Broek, Jana and others, 2016. "Antenatal Care Use in Urban Areas in Two European Countries: Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants in Belgium and The Netherlands." *BMC Health Services Research* 16: 337.
- Vlassoff and others, 2018. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies (IDS Research Reports 59).
- Vu, Alexander and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS Currents Disasters*. Edition 1, doi: 10.1371/currents.dis.835f-10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wellings, Kaye and others, 2013. "The Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors in Britain: Findings from the Third National Survey Of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)." *Lancet* 382(9907): 1807-1816.
- Westhoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- White, Kari and others, 2015. "Contraception after Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 125: 1471-1477.
- White Ribbon Alliance, 2019. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*. Website: whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Website: who.int/publications/i/item/9789240030909, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021a. 'Infant and Young Child Feeding: Key Facts.' Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020. "Preventing Unsafe Abortion: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020a. "Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020." Website: who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020b. "Adolescent Pregnancy: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020c. "Family Planning/Contraception Methods: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, accessed 15 November 2021.

- WHO (World Health Organization), 2019. "Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates, accessed 27 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019a. *Breaking Barriers. Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems*. Website: who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019b. "High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study." Geneva: WHO. Website: who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019c. *RESPECT Women: Preventing Violence Against Women*. WHO/RHR/18.19. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1
- WHO (World Health Organization), 2018. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf, accessed 26 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2017. Unpublished report.
- WHO (World Health Organization), 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." Geneva: WHO. Website: who.int/publications/i/item/9789241549912, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2015. "Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO-RHR_15.04_eng.pdf, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2014. "Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2007. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005*. WHO/RHR/07.1. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1, accessed 25 November 2021.
- WHO (World Health Organization) and others, 2019. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017." Geneva: WHO. Website: data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT, accessed 15 November 2021.
- Wilcox, Allen J. and others, 2001. "Likelihood of Conception with a Single Act of Intercourse: Providing Benchmark Rates for Assessment of Post-Coital Contraceptives." *Contraception* 63(4): 211-215.
- Women's Refugee Commission and others, 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf
- Wondemagegn, Amsalu Taye and others, 2018. "The Effect of Antenatal Care Follow-Up on Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Public Health Reviews* 39: 33.
- World Bank, 2021. *Gender Indicator Report: Women Who Believe A Husband Is Justified In Beating His Wife When She Refuses Sex With Him*. Databank: Gender Statistics. Website: data.worldbank.org/indicator/SG.VAW. ARGU.ZS, accessed 20 October 2021.
- World Bank, 2021a. *Women, Business and the Law, 2021*. Washington, DC: World Bank. Website: wbl.worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021_ENG_v2.pdf, accessed 1 December 2021.
- Xu, Fujie and others, 2010. "Women Who Have Sex With Women in the United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection – Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006." *Sexually Transmitted Diseases* 37(7): 407-413.
- Yazdkhasti, Mansureh and others, 2015. "Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article." *Iranian Journal of Public Health* 44(1): 12-21.
- Zhou, Jacy and others, 2020. "Systematic Review of Early Abortion Services in Low- and Middle-Income Country Primary Care: Potential for Reverse Innovation and Application in the UK Context." *Globalization and Health* 16: 91.
- Zuniga, Carmela and others, 2020. "The Impacts of Contraceptive Stock-Outs on Users, Providers, and Facilities: A Systematic Literature Review." *Global Public Health* 2020 doi: 10.1080/17441692.2020.1850829, online ahead of print.

Les illustrations originales incluent des visuels de plusieurs photographes. Les compositions graphiques et illustrations contiennent des images issues des sources suivantes :

AllGo (Unsplash) : page 36
Christina@wocintechchat.com (Unsplash) : page 37
Eye for Ebony (Unsplash) : page 36
Faisal Hijjaz (Pexels) : page 66
HoneyYanibel Minaya Cruz (Unsplash) : page 11
Ian Kiragu (Unsplash) : page 36
Irene Strong (Unsplash) : pages 40, 90-91
JESHOOTS (Unsplash) : pages 36, 37
Jessica Felicio (Unsplash) : pages 1, 14, 15
Joanna Nix-Walkup (Unsplash) : page 36
Joshua Hanson (Unsplash) : page 36
Juan Encalada (Unsplash) : pages 40, 90-91
Kimson Doan (Unsplash) : pages 36, 37
Manuel Lino : pages 8-9, 18-19, 36-3, 40, 57, 66-67, 90-91, 97, 106-107, 118, couverture
Mateus Campos Felipe (Unsplash) : page 36
Mathilda Khoo (Unsplash) : page 37
Mustafa Omar (Unsplash) : pages 18, 19, 114, 115
Olha Ivanova (Unsplash) : pages 90-91, 97, couverture
Panitan Punpuang (Unsplash) : pages 19, 36
Parij Borgohain (Unsplash) : page 37
Rachel Mcdermott (Unsplash) : page 36
Taylor Hernandez (Unsplash) : page 36
©UNFPA/Bernard Muthaka : page 99
©UNFPA/Roger Anis : pages 18, 37
©UNFPA/Sima Diab : page 95
Vitor Camilo (Unsplash) : page 36
Vgajic (iStock) : page 106



ASSURER LES DROITS ET LES CHOIX POUR TOUS

Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tél. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
🐦 @UNFPA

eISBN: 9789210015011
Print ISSN: 2226-4957
Online ISSN: 2520-2006

♻️ Imprimé sur papier recyclé.