



**Conseil d'administration  
du Programme  
des Nations Unies  
pour le développement  
et du Fonds des  
Nations Unies pour la  
population**

Distr.  
GÉNÉRALE

DP/FPA/1997/12  
10 juillet 1997  
FRANÇAIS  
ORIGINAL : ANGLAIS

Troisième session ordinaire de 1997  
15-19 septembre 1997, New York  
Point 8 de l'ordre du jour provisoire  
FNUAP

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION

ATTEINDRE LES BUTS DE LA CIPD : LES CONSÉQUENCES  
DE L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES JUSQU'EN 2000

Rapport de la Directrice exécutive

	<u>Page</u>
RÉSUMÉ . . . . .	2
I. INTRODUCTION . . . . .	3
II. MÉTHODE ET SCÉNARIOS . . . . .	5
III. CONSÉQUENCES DE L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES . . . . .	8
IV. LES QUATRE PROCHAINES ANNÉES . . . . .	21
V. CONCLUSION . . . . .	25
VI. ÉLÉMENTS APPELANT UNE DÉCISION . . . . .	26



## RÉSUMÉ

1. Le FNUAP a présenté un document de séance (DP/FPA/1997/CRP.1) au Conseil d'administration à sa session annuelle tenue en mai 1997. Le Conseil l'a examiné avec intérêt et demandé que l'analyse soit affinée et que les données et la méthodologie soient exposées de manière détaillée. Le Conseil a en outre demandé que le rapport révisé lui soit présenté à sa troisième session ordinaire de 1997 (décision 97/20). Le présent rapport fait suite à cette demande. Il est accompagné d'une annexe qui explique les données, la méthodologie et les hypothèses sur lesquelles il s'appuie et contient des tableaux sur les conséquences de l'insuffisance des ressources, les taux utilisés pour évaluer ces conséquences et l'évolution de l'aide des pays donateurs jusqu'à 2000. Le rapport contient également une liste des divers éléments de référence utilisés dans le texte, des tableaux, des chiffres et des notes.
2. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a défini un ensemble complet d'activités en matière de population et de développement, y compris des actions publiques, privées et civiques de santé de la reproduction, de réduction de la mortalité, de responsabilisation des femmes, de dépaupérisation et de promotion de l'enseignement. Une nouvelle conception de la population et du développement s'est dégagée de la Conférence - une conception qui ne faisait plus de la population un domaine exclusivement axé sur des préoccupations et des objectifs démographiques, mais un domaine qui plaçait le bien-être des hommes et des femmes au centre du développement durable. Le Programme d'action de la CIPD a reconnu la grande importance des objectifs démographiques pour le développement macro-économique mais a souligné que ces objectifs pouvaient être au mieux réalisés en satisfaisant les besoins des individus et en accroissant le rôle de tous les groupes de la société civile dans la recherche d'un développement durable.
3. Le Programme d'action de la CIPD constituait un plan de 20 ans qui s'inscrivait dans le cadre général des droits de l'homme et qui avait pour but d'atteindre divers objectifs : l'accès de tous à des services de santé de la reproduction de qualité, y compris la planification familiale volontaire, de façon à ce qu'à la fin de la période 1995-2015, tous les couples qui le souhaitent aient accès à des services d'un coût raisonnable et de qualité; la réduction de la mortalité infantile, postinfantile et maternelle; l'équité et l'égalité entre les sexes et la promotion des femmes; l'accès le plus large possible des filles et des femmes à l'enseignement secondaire et supérieur; et l'éducation primaire universelle. Ce plan comportait un ensemble essentiel de programmes intégrés de santé génésique et d'activités en matière de population.
4. Le Programme d'action spécifiait les ressources financières (ressources intérieures et apports des donateurs) nécessaires pour mener à bien l'ensemble des activités qui concernent la population et la santé génésique au cours des 20 années prévues : 17 milliards de dollars par an en l'an 2000 (allant jusqu'à 21,7 milliards de dollars en l'an 2015). En 1994 et en 1995, une augmentation considérable des ressources a été enregistrée, et en 1995, environ 9,5 milliards de dollars ont été mobilisés. Le fait que, d'après des données incomplètes, cet élan n'ait pas pu être maintenu après 1995 suscite quelques inquiétudes.

5. Le présent rapport examine les conséquences que pourrait avoir la non-réalisation des objectifs du Programme d'action de la CIPD faute de ressources suffisantes. Il projette des résultats immédiatement quantifiables de ces insuffisances, en se fondant sur trois scénarios plausibles de mobilisation de ressources jusqu'à 2000. Ces conséquences pourraient notamment se traduire par :

- Un surcroît de 44 à 80 millions d'individus ou de couples n'utilisant aucune méthode contraceptive en l'an 2000;
- Un surcroît de 130 à 230 millions de grossesses accidentelles ou non désirées entre 1995 et 2000;
- Un surcroît de 50 à 90 millions d'avortements provoqués entre 1995 et 2000;
- Un surcroît de 59 à 110 millions de naissances non désirées entre 1995 et 2000;
- Un surcroît de 300 000 à 540 000 décès maternels entre 1995 et 2000;
- Un surcroît de 4,9 à 8,9 millions de décès de nourrissons ou de jeunes enfants entre 1995 et 2000.

#### I. INTRODUCTION

6. On analyse ici les conséquences sur les effectifs de population et sur la santé en matière de reproduction de l'incapacité de la communauté internationale à réaliser le Programme d'action défini lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire (Égypte) en septembre 1994. Le Programme d'action de la CIPD a été conçu pour aider les pays en développement et les pays en transition à faire face à une demande future d'information et de services de santé de la reproduction et de planification familiale, y compris la prévention de maladies sexuellement transmissibles. Il établit un calendrier d'objectifs de mobilisation de ressources de la part de pays développés et de pays en développement, nécessaire pour satisfaire cette demande croissante. Ces deux parties du Programme d'action sont liées, de sorte que toute insuffisance dans la mobilisation des ressources empêchera les pays en développement de réaliser les objectifs du Programme d'action pour ce qui est des choix en matière de reproduction et des effets qu'ils entraînent. Le présent rapport vise donc à évaluer quantitativement les conséquences de l'insuffisance des ressources sur un certain nombre d'indicateurs de procréation.

7. Le Programme d'action, dans ses paragraphes 13.15 et 14.11, définissait comme suit le consensus qui s'est dégagé au niveau international sur la mobilisation future de ressources mondiales pour la période 1995-2015 (en milliards de dollars par an) :

	2000	2005	2010	2015
Ressources intérieures	11,3	12,4	13,7	14,5
Assistance des pays donateurs	5,7	6,1	6,8	7,2
Montant total des ressources nécessaires	17,0	18,5	20,5	21,7

Les parts des pays donateurs et des pays en développement, soit un tiers et deux tiers respectivement, ont été fixées dans le Programme d'action (par. 13.16). En même temps, on avait reconnu qu'il y avait un grand écart entre les ressources intérieures que les pays pouvaient allouer à la mise en oeuvre du Programme d'action. C'est ainsi que l'on avait nettement prévu, par exemple, que dans les pays les moins avancés et autres pays à faible revenu, y compris de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, une part relativement plus large des ressources totales nécessaires devraient provenir de sources externes sous forme de prêts à des conditions libérales ou de dons.

8. Le fait qu'un vigoureux consensus a été obtenu au Caire à la fois sur un programme bien défini de population et de santé en matière de reproduction et sur un calendrier convenu de mobilisation des ressources a suscité un certain optimisme sur l'idée que le problème démographique mondial serait résolu de façon concertée par l'application pragmatique d'un plan de 20 ans. En fait, un rapport sur les apports de ressources, présenté à la dernière session de la Commission de la population et du développement montre une augmentation substantielle et encourageante de l'aide publique au développement (APD) et du montant d'autres ressources internationales consacrées à ce problème en 1994 et en 1995, année où a été atteint le niveau de 2 milliards de dollars (document E/CN.9/1997/6). Ce rapport analysait aussi une information partielle sur les ressources intérieures mobilisées par les pays en développement eux-mêmes. De premières estimations assez grossières des apports de ressources intérieures en 1995 montrent que les gouvernements auraient consacré aux questions de population une somme de 6,4 milliards de dollars, et que d'autre part les sources intérieures privées auraient fourni 1,1 milliard de dollars. Ainsi, l'apport de ressources intérieures et internationales aurait été de 9,5 milliards de dollars en 1995<sup>1</sup>. Si l'effort actuel de collecte de données confirme ces chiffres, les pays bénéficiaires auraient fourni environ 78 % des ressources totales consacrées aux problèmes de population en 1995 (7,5 milliards de dollars sur 9,5 milliards de dollars), proportion bien plus grande que le chiffre de 67 % convenu au Caire pour 2000.

9. Mais le rapport de la Commission notait aussi que, pour 1996, certains indices donnaient à penser que la volonté manifestée au Caire se relâchait. C'est ce que confirme une première évaluation de l'état des ressources, en 1997, surtout en ce qui concerne la communauté des donateurs dans son ensemble. Le FNUAP a convoqué en mars 1997 une réunion de pays donateurs et à cette occasion plusieurs pays ont exprimé la préoccupation que leur inspirait cet apparent relâchement de l'effort et les conséquences négatives qu'aurait une mobilisation insuffisante des ressources sur les efforts en matière de population et de développement - domaine qui est pourtant l'un de ceux où, au cours des 25 dernières années, l'aide au développement a été la plus rentable et

la plus réussie. De nombreux pays représentés à cette réunion ont demandé une analyse des conséquences qu'aurait l'incapacité de la communauté des donateurs à atteindre de son côté en 2000 les objectifs de mobilisation des ressources fixés par la CIPD.

10. Suite à cette demande, le FNUAP a présenté un document de séance (DP/FPA/1997/CRP.1) au Conseil d'administration à sa session annuelle de mai 1997. Les débats du Conseil ont montré que le thème du rapport avait été jugé extrêmement important. Le Conseil a demandé que l'analyse soit affinée, que la méthodologie employée soit davantage explicitée et que les données utilisées soient exposées en détail. Le présent rapport fait suite à cette demande du Conseil d'administration.

## II. MÉTHODE ET SCÉNARIOS

11. La méthode employée pour évaluer les conséquences négatives d'une insuffisance de ressources jusqu'en 2000 se fonde sur celle utilisée pour estimer les ressources nécessaires, lors de la préparation de la CIPD [FNUAP, 1994 b)]. Les ressources nécessaires en l'an 2000 avaient alors été chiffrées à 17 milliards de dollars, répartis en quatre composantes dans le Programme d'action : a) 10,2 milliards de dollars pour la planification familiale; b) 5 milliards de dollars pour les services de base de santé en matière de reproduction; c) 1,3 milliards de dollars pour des programmes particuliers de prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), dont l'infection par le VIH et le sida; d) 500 millions de dollars pour la recherche fondamentale, le rassemblement de données et l'analyse des politiques menées<sup>2</sup>. Le montant de la première composante, par ailleurs la plus importante, qui se rapporte à la planification familiale a été estimé grâce à une méthode reposant sur la notion de droits relatifs à la reproduction et sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale exprimés par les individus et les couples eux-mêmes. Après ventilation des données par région, on a déterminé ces besoins non satisfaits et effectué des projections de dépenses annuelles par utilisateur de contraceptifs, en vue d'établir des estimations mondiales annuelles concernant les ressources nécessaires. Une méthode mise au point par la Banque mondiale a en outre été appliquée pour projeter l'évolution future de la prévalence contraceptive, et donc des besoins non satisfaits.

12. Les données issues des enquêtes démographiques et sanitaires - éléments essentiels de la méthode de calcul des coûts - montrent, sur la base du nombre de femmes mariées qui ne recourent pas à la planification familiale, que les besoins de contraceptifs non satisfaits concernent entre 14 % des couples mariés dans des pays tels que le Brésil, la Colombie, l'Indonésie ou le Sri Lanka et plus de 35 % dans d'autres pays tels que la Bolivie, le Ghana, le Kenya ou le Togo. Ces chiffres, ainsi que ceux préalablement fournis par l'Enquête mondiale sur la fécondité, sont généralement considérés comme des sous-estimations, car ils ne tiennent pas compte des adultes et des adolescents non mariés mais sexuellement actifs. Dans beaucoup de pays, les adolescents et les hommes non mariés n'ont pas facilement accès aux services de planification familiale. Les statistiques concernant l'avortement fournissent quant à elles une autre indication sur les besoins non satisfaits de planification familiale : les femmes recourent à l'avortement parce qu'elles ne disposent pas de moyens de contraception, qu'elles ne sont pas satisfaites des services existants, qu'elles

n'utilisent pas de contraceptif ou l'utilisent mal ou encore parce que leur désir de procréer se heurtent à des difficultés.

13. Le coût des services de contraception par utilisateur est l'autre variable principale qui intervient dans l'estimation des ressources nécessaires pour la composante "planification familiale" du Programme d'action. Des études portant sur les dépenses de planification familiale par utilisateur de moyens contraceptifs ont cependant été menées dans divers pays; elles montrent que les coûts varient considérablement d'un pays à l'autre. Ainsi, en Équateur, pays qui compte 435 000 utilisateurs de moyens de contraception modernes, les dépenses annuelles moyennes par utilisateur relatives à la planification familiale, entre 1990 et 1994, ont été estimées à 14 dollars. Au Bangladesh, où les utilisateurs sont plus de 5 millions, les dépenses annuelles par utilisateur de 1986 à 1990 auraient été de l'ordre de 13 dollars. Les données relatives aux Philippines, pays qui compte environ 2,3 millions d'utilisateurs, montrent qu'en 1994 le coût annuel moyen par utilisateur aurait dépassé 21 dollars. Au Ghana, pays qui compte près de 260 000 utilisateurs, les dépenses annuelles par utilisateur relatives à la planification familiale ont atteint 27 dollars en 1993. En revanche, la Côte d'Ivoire, qui fait état d'un peu plus de 83 000 utilisateurs, a dépensé plus de 50 dollars par utilisateur en 1994<sup>3</sup>.

14. Le présent rapport utilise cette méthode d'estimation fondamentale pour étudier certaines des conséquences de l'insuffisance des ressources totales nécessaires par rapport aux estimations. Le détail de la méthode employée pour obtenir des estimations quantifiées de ces conséquences ainsi que les références exhaustives concernant les données des calculs se trouvent dans l'annexe au rapport. Les hypothèses issues de ces estimations sont également répertoriées dans l'annexe. La méthode utilisée est empruntée à l'Alan Guttmacher Institute qui a mis au point un procédé permettant de quantifier la diminution de l'aide internationale accordée pour les activités en matière de population par les États-Unis d'Amérique<sup>4</sup>. Comme il en est fait mention en annexe, les estimations chiffrées issues de l'application de cette méthode sont des approximations : il faut les interpréter comme des indicateurs d'ordre de grandeur pour chaque conséquence particulière de l'insuffisance des ressources.

15. Le présent rapport propose trois scénarios envisageables pour l'évolution de la mobilisation des ressources entre 1995 et l'an 2000. Comme indiqué, en 1995, les apports financiers intérieurs consacrés aux activités de population se sont élevés à environ 7,5 milliards de dollars (apports privés inclus) et l'aide publique au développement (APD) a atteint quelque 2 milliards de dollars, soit au total 9,5 milliards de dollars. Entre 1990 et 1995, l'aide internationale est passée de 1,1 milliard à 2 milliards de dollars. Le premier scénario intitulé Scénario de croissance à tendance constante part du principe que le taux de croissance enregistré se maintiendra jusqu'en l'an 2000, date à laquelle l'aide internationale aura atteint 3,6 milliards de dollars, soit 2,1 milliards de dollars de moins que l'objectif fixé par la CIPD. Par ailleurs, ce scénario se fonde sur l'hypothèse que les apports intérieurs des pays bénéficiaires continueront à croître et atteindront l'objectif de 11,3 milliards de dollars fixé par la CIPD.

16. Compte tenu d'indications récentes faisant état d'une diminution de l'aide extérieure, un second scénario intitulé Scénario de croissance intermédiaire a

également été élaboré. Ce scénario se fonde sur l'hypothèse que l'aide internationale devrait augmenter de 20 % de moins que dans le premier scénario, n'atteignant que 2,8 milliards de dollars en 2000. Il part également du principe que les apports financiers intérieurs des pays bénéficiaires sont conformes à l'objectif fixé, soit 11,3 milliards de dollars en 2000. Enfin, un troisième scénario intitulé Scénario de croissance faible a été mis au point pour étudier les retombées d'un ralentissement de la croissance des apports financiers intérieurs destinés aux activités de population, avec une croissance faible de l'aide des donateurs comme dans le premier scénario. Ce troisième scénario prend pour hypothèse un taux de croissance annuel des apports intérieurs de seulement 5 % (contrairement aux 8,5 % envisagés dans les deux premiers scénarios). Le tableau présenté ci-après résume ces trois scénarios (voir aussi la figure 1) :

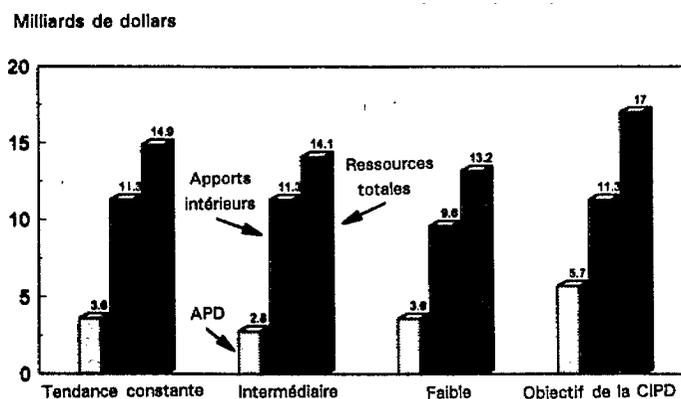
Mobilisation des ressources en 2000

(En milliards de dollars)

Scénario	Apports des donateurs	Apports intérieurs	Ressources totales	Insuffisance des ressources
1. Croissance à tendance constante	3,6	11,3	14,9	(2,1)
2. Croissance intermédiaire	2,8	11,3	14,1	(2,9)
3. Croissance faible	3,6	9,6	13,2	(3,8)

Figure 1

Niveaux de mobilisation des ressources : Trois scénarios pour l'an 2000



17. Les trois scénarios proposés dans le présent rapport sont fondés sur trois séries d'hypothèses différentes concernant les niveaux de mobilisation de ressources envisageables pour mettre en oeuvre le Programme d'action de la CIPD. Le rapport ne se prononce pas sur la probabilité de réalisation de l'un ou l'autre des scénarios. Cependant, il montre bien que les conséquences d'un manquement aux objectifs de la CIPD varieront considérablement en fonction du déficit.

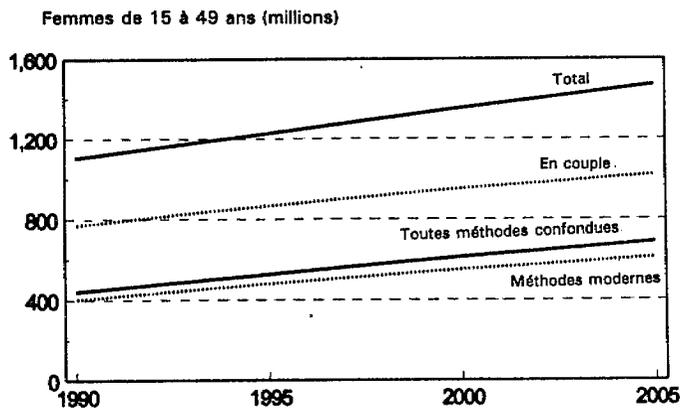
### III. CONSÉQUENCES DE L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES

18. Dans cette section, on présente les principaux résultats de l'analyse des conséquences d'une insuffisance de la mobilisation des ressources par rapport aux objectifs déterminés lors de la CIPD. Dans le cas d'apports financiers moins importants que prévu, le Programme d'action de la CIPD ne pourrait être complètement mis en oeuvre; les objectifs ne pourraient être rapidement atteints et les problèmes liés à la procréation iraient en s'aggravant. Les conséquences d'une mise en application incomplète du Programme d'action de la CIPD sur lesquelles s'attarde le présent rapport sont : la réduction du nombre d'utilisateurs potentiels des services de planification familiale, l'augmentation du recours aux méthodes de contraception traditionnelles, de l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive, du nombre de grossesses non désirées, du nombre d'avortements, du nombre de naissances non souhaitées, ainsi que la hausse des taux de morbidité et de mortalité maternelle, et du taux de mortalité infantile et postinfantile. (Voir tableaux 1 et 2 en annexe pour une présentation de ces conséquences et un résumé des taux utilisés pour les évaluer.) Toutes ces conséquences résultent d'une diminution anticipée du nombre d'individus ou de couples qui utilisent diverses méthodes de contraception. Autre conséquence, la détérioration des services de santé en matière de reproduction aurait des effets annexes. Ces derniers sont cependant plus difficiles à quantifier et le Fonds a entrepris de les analyser en détail, conscient que toute organisation de soins de santé primaires nécessite des services de santé en matière de reproduction intégrés et de haute qualité.

19. La figure IIa présente les données concernant le nombre de femmes de 15 à 49 ans, dans les pays en développement et les pays en transition, entre 1990 et 2005. En 2000, 1,35 milliard de femmes seront en âge de procréer; 950 millions d'entre elles seront mariées ou vivront maritalement. Au cours de la période de 15 ans représentée dans la figure IIa, le nombre de femmes mariées en âge de procréer, dans les pays en développement et les pays en transition, augmentera d'un tiers environ. Les courbes situées dans la partie inférieure de la figure se rapportent à l'augmentation prévue du nombre d'individus ou de couples qui auront recours à la planification familiale. En 1995, on estimait à 470 millions dans les pays en développement et à 60 millions dans les pays en transition le nombre d'utilisateurs de contraceptifs. L'hypothèse d'une tendance à la hausse du nombre total d'utilisateurs de contraceptifs et de ceux utilisant des méthodes de contraception modernes est fondée sur le succès du plan de 20 ans de la CIPD dont le but est de permettre à tous les couples et tous les individus d'avoir accès à des services de santé en matière de reproduction et de planification familiale de qualité d'ici à 2015. Ainsi, on prévoit qu'en l'an 2000, 610 à 640 millions de couples des pays en développement et des pays en transition utiliseront des contraceptifs, si les ressources demandées par la CIPD proviennent effectivement d'apports intérieurs et internationaux et servent à l'application du Programme d'action.

Figure IIa

Estimation du nombre potentiel de femmes de 15 à 49 ans

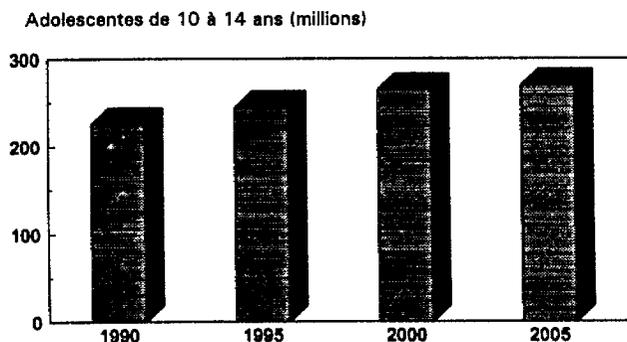


Source : UN/DESIPA 1996a.

20. La figure IIb permet de visualiser l'augmentation parallèle du nombre d'adolescentes de 10 à 14 ans, entre 1990 et 2005. Le degré de prise en compte des besoins de cette masse croissante de jeunes femmes dans l'application du Programme d'action déterminera, dans une large mesure, le succès de la CIPD. L'égalité de l'accès à l'instruction, l'élimination des partis pris sexistes ainsi qu'une information et des conseils adéquats relatifs aux préoccupations d'ordre sexuel et à la santé en matière de reproduction des adolescents font partie intégrante d'un programme global visant au succès à long terme de l'action de la CIPD dans le domaine de la santé en matière de reproduction.

Figure IIb

Estimation du nombre potentiel d'adolescentes de 10 à 14 ans



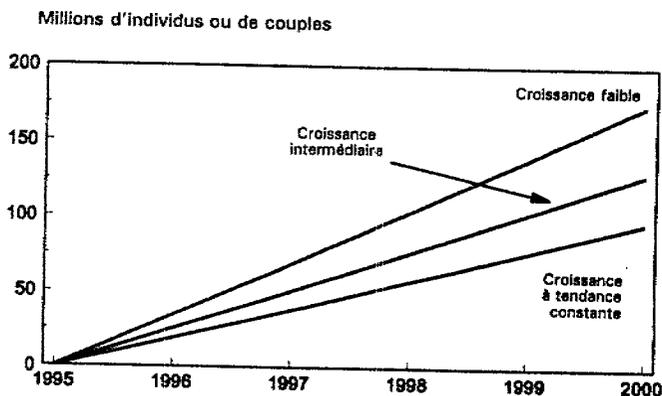
Source : UN/DESIPA 1996a.

Réductions du nombre d'utilisateurs potentiels des services de planification familiale

21. Comme l'indique la figure III<sup>5</sup>, une réduction du niveau de mobilisation des ressources en deçà de celui envisagé par le Programme d'action aurait des conséquences dramatiques en 2000. Cette figure fait apparaître une réduction nette du nombre d'utilisateurs potentiels de contraceptifs : individus ou couples qui auraient eu recours à une méthode de contraception pour déterminer le nombre de leurs enfants, mais qui ne pourront le faire faute de services de planification familiale et de santé en matière de reproduction, en raison de l'insuffisance des ressources. En 2000, le niveau réduit des apports financiers envisagé dans le scénario de croissance à tendance constante (il manquerait 2,1 milliards de dollars) nuirait à environ 97 millions de couples. Si les fonds consacrés par les donateurs aux activités de population étaient encore plus réduits, comme dans le scénario de croissance intermédiaire (il manquerait 2,9 milliards de dollars), l'effet sur le choix du comportement procréateur dans les pays en développement serait encore plus manifeste : environ 130 millions de femmes et de couples seraient privés de services de planification familiale en 2000. Enfin, dans le cas du scénario de croissance faible, ce chiffre atteindrait 170 millions.

Figure III

Nombre supplémentaire d'individus ou de couples qui n'ont pas recours à la contraception en raison d'une insuffisance des ressources



22. Les chiffres proposés correspondent à une proportion substantielle du nombre total de couples censés avoir recours aux services de planification familiale en 2000 (scénario de la CIPD). Même si le moins dramatique de ces trois scénarios (croissance à tendance constante) venait à se réaliser, le nombre de couples ayant accès aux services de planification familiale et de santé en matière de reproduction, et y ayant effectivement recours, diminuerait de 16 %. Dans le cas du scénario de croissance intermédiaire, 21 % des couples ne pourraient bénéficier de ces services et dans le pire des cas, à savoir le scénario de croissance faible, le nombre d'utilisateurs potentiels de contraceptifs diminuerait de près de 30 %.

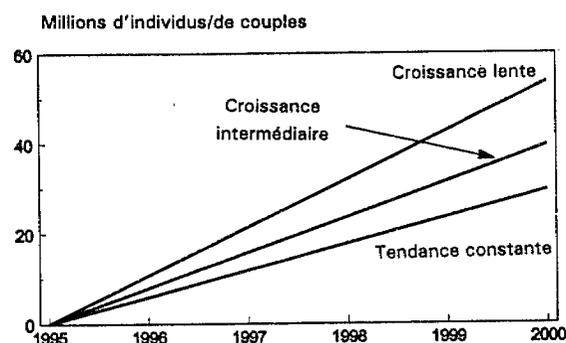
### Augmentation du nombre de couples utilisant des méthodes traditionnelles

23. Tous les individus ou couples privés d'accès à des services de planification familiale ou à des méthodes contraceptives modernes ne choisiront pas de ne pratiquer aucune forme de contraception. Un certain nombre d'entre eux utiliseront, de leur propre chef, des méthodes traditionnelles comme l'abstinence périodique ou le retrait. Il est important de pouvoir prévoir leur nombre car les méthodes en question présentent un taux d'échec bien plus élevé que les méthodes modernes. Selon une étude fondée sur des données provenant de 36 pays, 20 % d'individus ou de couples choisissent de recourir à des méthodes traditionnelles plutôt que de ne pratiquer aucun type de contraception. Dans le présent rapport, on a cependant porté ce chiffre à 40 % afin d'éviter de surestimer les conséquences négatives (les utilisateurs de méthodes traditionnelles étant mieux protégés du risque de grossesse que ceux qui n'utilisent aucun moyen de contraception).

24. La figure IV fait apparaître, pour les trois scénarios, l'augmentation considérable que connaîtra le nombre d'utilisateurs de méthodes traditionnelles. Même dans le cas le plus favorable (scénario "tendance constante"), le nombre de couples utilisant des moyens contraceptifs traditionnels plutôt que des méthodes plus efficaces augmenterait de 30 millions d'ici à 2000. Dans le cas le moins favorable, l'augmentation serait de 51 millions de couples. En fait, l'accès à des services de planification familiale modernes et abordables étant réduit, ces couples seraient contraints d'opter pour des méthodes ne répondant pas de façon optimale à leurs besoins en matière de procréation et risqueraient des grossesses non désirées.

Figure IV

Nombre supplémentaire de couples utilisant des méthodes contraceptives traditionnelles



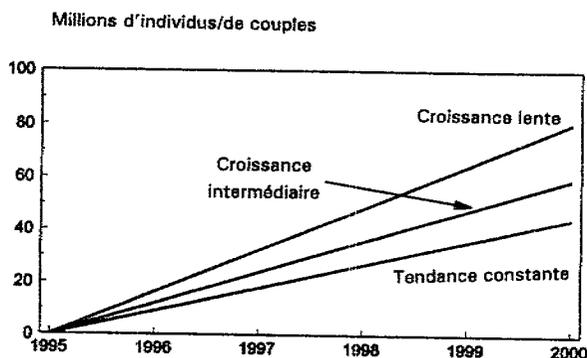
### Augmentation du nombre de couples ne pratiquant pas la contraception

25. Parmi les millions de couples touchés par une réduction des services disponibles, d'autres choisiront de ne pas utiliser les méthodes traditionnelles et continueront de ne pratiquer aucune forme de contraception. Si des services de santé en matière de reproduction avaient été disponibles, ces individus ou

couples auraient obtenu des informations et décidé d'exercer leurs droits en la matière, c'est-à-dire de réduire la taille de leur famille et d'espacer les naissances de leurs enfants. La figure V indique le nombre supplémentaire de non-utilisateurs de méthodes contraceptives pour chacun des trois scénarios de mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD. En l'an 2000, le nombre supplémentaire de non-utilisateurs, qui forment un groupe particulièrement exposé aux risques de grossesses accidentelles ou non désirées, serait compris entre 44 millions (tendance constante) et 80 millions (croissance lente). À titre de comparaison, selon les projections, quelque 340 millions d'individus ou de couples n'utiliseront pas de méthodes de planification familiale en l'an 2000 même si le Programme d'action est intégralement mis en oeuvre.

Figure V

Nombre supplémentaire de couples n'utilisant aucune méthode contraceptive

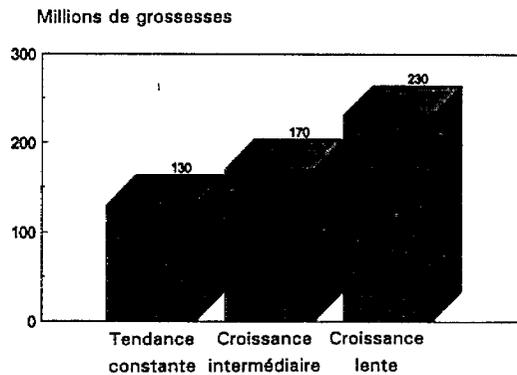


#### Augmentation du nombre de grossesses accidentelles

26. Faute de pratiquer une forme quelconque de contraception ou du fait qu'ils recourent à des méthodes traditionnelles, des millions de couples des pays en développement devront faire face à des grossesses accidentelles ou non désirées. La figure VI indique, pour chacun des trois scénarios, les nombres cumulés de grossesses accidentelles supplémentaires prévus pour la période de 1995 à 2000<sup>6</sup>. Ces nombres sont consternants : ils varient d'environ 130 millions dans le cas le plus favorable à 230 millions dans le cas le plus défavorable.

Figure VI

Nombre supplémentaire de grossesses accidentelles  
(1995-2000)



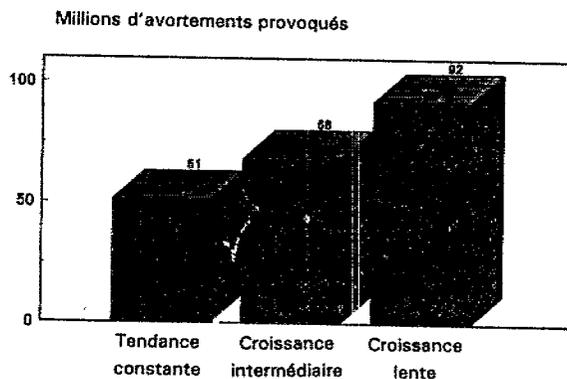
27. Indépendamment des conséquences directes qu'auront ces nombreuses grossesses accidentelles supplémentaires (voir plus loin), les dépenses supplémentaires résultant de la demande accrue de soins prénatals et des coûts d'opportunité liés au temps que les femmes enceintes ne pourront consacrer au travail ou à d'autres activités sociales doivent être comptées parmi les effets néfastes qu'elles auront sur le plan du développement.

Augmentation du nombre d'interruptions volontaires de grossesses non désirées

28. L'une des principales conséquences de l'absence de services de planification familiale est l'augmentation du nombre d'interruptions volontaires de grossesses non désirées. Comme l'indique la figure VII, le nombre total se situerait, selon le scénario retenu<sup>7</sup>, entre un peu plus de 50 millions et plus de 90 millions pour la période de 1995 à 2000. Ces avortements, tragiques en soi, ont en outre des coûts énormes pour les femmes qui les subissent, ainsi que pour les systèmes de santé nationaux. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité posent un grave problème de santé publique et constituent une cause importante de décès maternels. Les complications qui en résultent figurent habituellement parmi les principales causes d'hospitalisation des femmes appartenant à la classe d'âge la plus à même de procréer<sup>8</sup>.

Figure VII

Nombre supplémentaire d'interruptions volontaires  
de grossesses accidentelles (1995-2000)

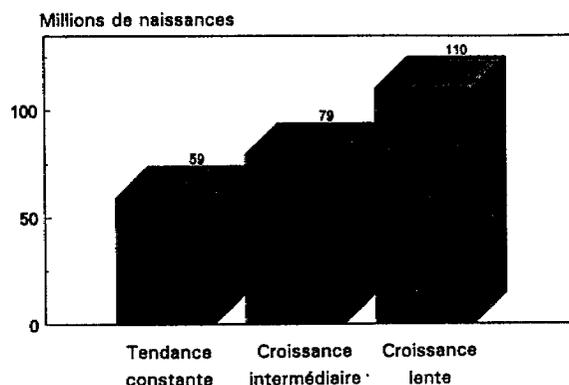


Augmentation du nombre de naissances non délibérées

29. La figure VIII indique, pour chacun des trois scénarios, le total cumulé des naissances non délibérées – et souvent non désirées – résultant de l'augmentation considérable du nombre de grossesses accidentelles. Il apparaît que, pour la période 1995 à 2000, le nombre cumulé de naissances non délibérées supplémentaires sera compris entre 59 millions et 110 millions, selon la gravité de l'insuffisance des ressources consacrées à la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD<sup>9</sup>. Cette augmentation aura de sérieuses répercussions sur divers plans : celui de la santé maternelle, pour laquelle chaque accouchement présente un risque, celui de la demande de soins de santé, qui augmentera, et celui des ressources, dont l'éparpillement – tant au niveau des familles, qui devront répartir leurs revenus entre un plus grand nombre de personnes, qu'au niveau des pays, dont les crédits budgétaires consacrés aux services sociaux seront davantage sollicités – sera préjudiciable au développement du capital humain.

Figure VIII

Nombre supplémentaire de naissances non délibérées  
(1995-2000)

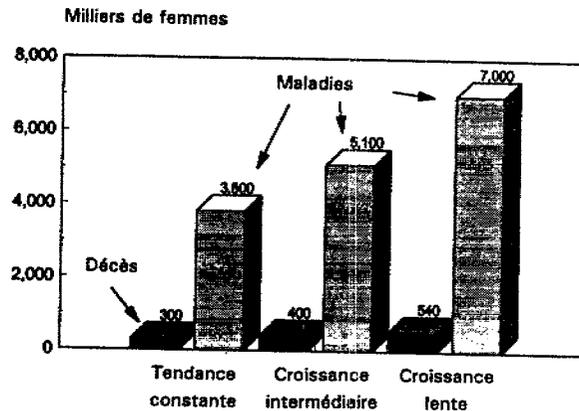


Augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelles

30. Une réduction du taux de mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD, selon l'un des trois scénarios, se traduirait également par une augmentation du nombre de décès et de maladies potentiellement mortelles liées à la grossesse ou à l'accouchement. La figure XI indique que, pour la période de cinq ans, le total cumulé des décès supplémentaires serait compris entre 300 000 et 540 000. Les décès maternels supplémentaires seraient une conséquence particulièrement déplorable de la mise en oeuvre partielle du Programme d'action de la CIPD. Rien que pour l'an 2000, le nombre de décès maternels supplémentaires pourrait être compris entre 99 000 et 180 000<sup>10</sup>, ce qui représente une proportion considérable du nombre global annuel de décès maternels tel que l'a évalué l'OMS dans ses dernières estimations (soit 585 000) et entraînera donc une augmentation importante du total mondial pour l'année. Indépendamment des décès maternels liés à l'augmentation du nombre de grossesses accidentelles, l'insuffisance des ressources entraverait la lutte contre la mortalité maternelle menée au moyen de mesures directes telles qu'amélioration des soins obstétricaux d'urgence et des soins prénatals et augmentation du nombre d'accouchements surveillés par un professionnel de la santé.

Figure IX

Nombre supplémentaire de maladies et de décès maternels  
(1995-2000)



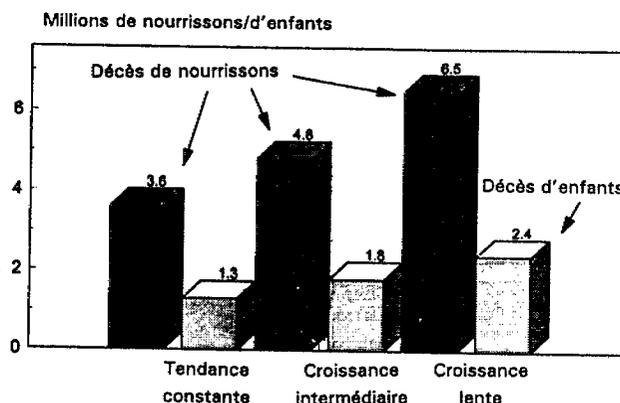
31. Quoique la morbidité maternelle soit peu étudiée et difficile à mesurer, on sait qu'elle est de plusieurs fois supérieure à la mortalité maternelle. Les résultats de l'analyse effectuée aux fins du présent rapport indiquent que l'insuffisance des ressources pourrait se traduire, pour la période de cinq ans, par une augmentation du nombre de cas de maladies maternelles potentiellement mortelles allant de 3,8 millions à 7 millions selon le scénario<sup>11</sup>. Rien qu'en l'an 2000, l'augmentation du nombre de femmes touchées pourrait être comprise entre 1,3 million et 2,3 millions, selon l'ampleur de l'insuffisance des ressources.

Augmentation des taux de mortalité infantile et postinfantile

32. Chaque année, il naît quelque 125 millions d'enfants dans les pays en développement et les pays en transition, dont plus de 7,5 millions meurent avant leur premier anniversaire et 3,2 millions d'autres meurent avant l'âge de 5 ans. Entre 1995 et 2000, le nombre de décès de nourrissons s'élèverait donc à près de 38 millions et celui d'enfants en bas âge à 16 millions environ. La figure X indique le nombre de décès de nourrissons et d'enfants en bas âge (c'est-à-dire âgés de 1 à 4 ans) qui s'ajouterait à ces totaux si les objectifs fixés pour la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD n'étaient pas atteints. Même dans le plus favorable des scénarios (tendance constante), il faudrait s'attendre à ce que 3,6 millions de nourrissons et 1,3 million d'enfants supplémentaires meurent pendant la période de 1995 à 2000<sup>12</sup>. La somme de ces chiffres atteindrait 6,4 millions pour le scénario "croissance intermédiaire" et avoisinerait les 9 millions pour le scénario "croissance lente". Ces décès supplémentaires seraient une conséquence directe du grand nombre de naissances non délibérées mentionnées plus haut.

Figure X

Nombre supplémentaire de décès de nourrissons  
et d'enfants en bas âge (1995-2000)



Conséquences pour la composante du Programme d'action relative aux soins de santé de base en matière de reproduction

33. Jusqu'à présent, on a surtout analysé les conséquences d'une insuffisance des ressources pour la composante "planification familiale" du Programme d'action de la CIPD. La deuxième composante de l'ensemble prévu par la CIPD concerne les soins de santé de base en matière de reproduction et devrait, selon les estimations, coûter environ 5 milliards de dollars en l'an 2000. Depuis la Conférence du Caire, on a beaucoup progressé dans la mise en oeuvre concrète de cette composante, notamment en élaborant des mesures et des indicateurs de suivi des services de santé en matière de reproduction. Néanmoins, ce type d'étude est trop récent pour que les données nécessaires soient disponibles et, dans certains domaines pratiques, les notions restent à définir<sup>13</sup>. À l'heure actuelle, il n'est donc pas possible de quantifier, comme cela a été fait plus haut pour la composante "planification familiale", les conséquences qu'aurait une mise en oeuvre partielle du Programme d'action; partant, c'est surtout d'un point de vue qualitatif que l'on décrira les répercussions défavorables de l'insuffisance des ressources.

34. De façon générale, il faut s'attendre à ce que le manque de ressources entrave les efforts visant à améliorer la qualité des services, dans la mesure où les fonds disponibles seront surtout consacrés au maintien des services existants et des normes observées. Le manque de fonds retentira sur l'éventail des méthodes contraceptives disponibles, sur la compétence technique du personnel soignant, sur l'échange d'informations entre soignant et soigné et sur la qualité de leur relation. Le manque de ressources tendra aussi à retarder l'introduction de méthodes contraceptives nouvelles ou perfectionnées. Les centres de planification familiale se trouvant dans l'impossibilité de proposer des moyens contraceptifs variés ou souffrant de ruptures de stocks périodiques ne pourront ni offrir des services adéquats à leur clientèle existante, ni aiguiller les utilisateurs intéressés vers des méthodes adaptées à leurs besoins et à leurs souhaits, ni attirer de nouveaux clients.

35. L'analyse de la situation révèle que la qualité des services fournis par de nombreux programmes, en particulier les programmes de planification familiale les plus étudiés, s'est ressentie du manque de ressources. Dans bon nombre de pays, une forte proportion de centres de planification familiale ne disposent ni des locaux adéquats, ni de matériel essentiel, ni des fournitures contraceptives et des matériaux éducatifs qui leur permettraient de fournir des services de qualité. Bien souvent, le personnel compétent, formé aux méthodes et techniques les plus récentes, fait également défaut.

36. En République-Unie de Tanzanie par exemple, en 1992, une forte proportion de centres de planification familiale, dans tout le pays, manquait du matériel nécessaire pour dispenser des soins de qualité. Plus des trois quarts des centres de soins et des hôpitaux n'avaient pas de spéculum, près d'un tiers n'avaient pas de gants jetables et 22 % des centres de soins et 15 % des hôpitaux n'avaient pas de stéthoscope. Cette absence de matériel médical essentiel est un grave obstacle à l'expansion des services dans le pays et à la fourniture de services de qualité dans le domaine de la santé en matière de reproduction et notamment de planification de la famille. D'autres problèmes de qualité affectent la plupart des centres de soins : absence de fichier patients suffisamment organisé pour être exploitable, rareté des visites de supervision et rupture de stock de certains articles. Dans une moindre mesure, des problèmes semblables affectent la qualité des services dispensés au Botswana et au Kenya. L'existence de difficultés similaires est signalée en Asie et en Amérique latine également<sup>14</sup>.

37. L'information donnée aux clients dans les centres de planification familiale est un aspect important de la qualité des soins. Le manque de ressources, dans ce domaine, peut se traduire par des effectifs insuffisants dans les centres et une sous-qualification des soignants qui, à son tour, explique des visites expéditives, une insuffisante communication entre le personnel et le client, et une mauvaise qualité d'ensemble des soins dispensés. Des analyses de situation faites au Ghana, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie montrent de nombreuses carences au niveau de l'échange entre personnel soignant et patients, qui font que ces derniers ne peuvent choisir librement leur méthode de contraception, et en ignorent les effets secondaires éventuels. Il ressort d'une analyse de situation faite au Pakistan en 1993 que, si 94 % des clients des centres de planification familiale se sont bien entretenus avec le personnel soignant du fonctionnement de la méthode de contraception et si 62 % ont appris comment utiliser la méthode, moins de la moitié ont été informés de ses effets secondaires possibles et un peu plus d'un tiers seulement ont été invités à poser des questions. Des problèmes similaires ont été signalés ailleurs en Asie et en Amérique latine.

38. Récemment, des recherches ont montré que les prestataires de services devaient entretenir des relations plus dynamiques avec les clients - ils devaient connaître leurs besoins et leurs pratiques, répondre à leurs questions, étudier un ensemble plus large de préoccupations de santé en matière de reproduction, expliquer les différents traitements et méthodes, enseigner comment traiter les effets secondaires possibles et surveiller les résultats. Pourtant, les mêmes analyses de situation montrent que rares sont les agents de santé à avoir reçu une formation supérieure à cinq ans et que le perfectionnement professionnel n'est pas systématiquement organisé. Il est

essentiel d'améliorer la façon dont les agents de santé, notamment en matière de reproduction, communiquent des informations et donnent des conseils à leurs patients, ce qui exige une formation plus poussée. Le coût de cette formation représentera une grande partie du coût total de l'amélioration des services<sup>45</sup>.

39. L'un des grands objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement était d'intégrer la planification de la famille à la santé en matière de reproduction en général. Depuis 15 ans, les programmes, qui laissaient plus ou moins à désirer, se sont beaucoup améliorés sur de nombreux plans. Si l'on considère la période allant de 1989 à 1994, on s'aperçoit cependant que la capacité de gestion des programmes de niveau moyen a souffert de l'augmentation constante de la demande. Dans leur ensemble, même les programmes qui donnaient satisfaction ont connu un ralentissement de l'activité sur le terrain et de la sensibilisation par le biais des médias (Bulatao, 1996). Le manque de ressources ne ferait qu'aggraver ces tendances.

#### Les conséquences pour la prévention des MST et du VIH/sida

40. La troisième composante majeure du vaste programme d'action en matière de population, dont le coût avait été chiffré lors de la Conférence, a trait à la prévention des MST et du VIH/sida. Elle comprend des programmes de sensibilisation par les médias et d'éducation scolaire, de promotion de l'abstinence et d'un comportement sexuel responsable, et de distribution élargie de préservatifs. D'après les estimations du Programme mondial de lutte contre le sida, cette campagne de prévention devrait coûter 1,3 milliard de dollars d'ici à 2000.

41. Il est très difficile d'estimer les dépenses actuellement consacrées à la prévention des MST et du VIH/sida, notamment à l'échelle mondiale. Outre l'absence de données sur de nombreux pays ou les insuffisances du système de notification des maladies, l'une des principales difficultés réside dans le fait que, souvent, les services de santé ne tiennent pas une comptabilité séparée des dépenses de lutte contre le VIH et le sida. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida n'a pas jusqu'à présent tenté d'estimer le coût mondial des programmes de prévention dans ce domaine.

#### Répercussions économiques du sida

42. Les répercussions potentielles du sida sur l'économie mondiale sont encore mal comprises, en raison des effets complexes de l'épidémie sur l'économie. Outre le coût de la perte imprévue de productivité du travail résultant de la morbidité et de la mortalité liées au sida, du traitement des malades, de l'éducation et de la recherche sur le sida et du dépistage du sang, d'autres problèmes se posent, comme l'augmentation du nombre des orphelins, l'effondrement des systèmes de solidarité familiale qui prenaient en charge les personnes âgées et les jeunes, la diminution de l'épargne privée et les pertes démographiques nationales, potentielles ou réelles, qui auront de graves incidences sur l'économie des pays dont beaucoup se trouvent déjà dans une situation économique difficile.

43. Plusieurs études ont été réalisées pour mesurer les effets du sida sur l'économie. Des modèles économiques de base ont été utilisés pour montrer

les conséquences que pouvait avoir cette maladie sur le rapport capital-main-d'oeuvre et la production par habitant en République-Unie de Tanzanie et en Thaïlande. Dans les deux cas, on a conclu que la propagation du sida aurait d'importantes répercussions économiques directes sur le développement. La morbidité accrue entraînée par l'épidémie aura pour effet immédiat de réduire la productivité du travail et d'accroître les dépenses de santé. L'étude effectuée en Tanzanie montre que, sans une intervention décisive, le sida pourrait réduire le produit intérieur brut de 15 à 25 % d'ici à 2010, tandis que le revenu par habitant diminuerait dans une proportion qui se situerait entre 0 et 10 %. L'étude des répercussions économiques du sida en Thaïlande, qui est un des pays d'Asie du Sud-Est les plus gravement touchés, fait craindre aussi de graves problèmes qui freineraient la croissance économique rapide qu'a connue le pays. En Thaïlande, on estime que les seuls effets du sida sur la productivité du travail, la perte de l'épargne et les dépenses médicales entraîneraient pour le pays une perte de 8,7 milliards de dollars d'ici à 2000. Un modèle de simulation économique mis au point pour la Thaïlande montre que la taille globale de l'économie du pays serait inférieure de 15 à 20 % à ce qu'elle serait en l'absence du sida, et que le taux de croissance du PIB serait inférieur de 15 à 23 % (Nelson, 1996).

#### Stratégies en matière de population et de développement

44. Si le Programme d'action adopté lors de la Conférence n'est pas appliqué dans son intégralité, alors, les améliorations qui s'imposent pour assurer le suivi des programmes et l'élaboration de politiques adaptées dans le domaine de la population et de la santé en matière de reproduction ne pourront pas être apportées aux systèmes d'information. Pour que les pays en développement puissent adopter des politiques appropriées, ils doivent améliorer la portée et l'utilisation des statistiques relatives aux services fournis, des rapports des clients, des données sociomédicales sur la prévalence et les causes des problèmes de santé en matière de reproduction, des enquêtes démographiques et sanitaires, des recensements, des systèmes d'enregistrement, des recherches socioculturelles et des études communautaires. Les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant la santé en matière de reproduction (notamment la planification de la famille, la maternité sans risques, les MST et le VIH/sida et la sexualité des adolescents) sont indispensables. Le rôle des relations entre les sexes doit être mieux connu. Il faut également étudier d'urgence la teneur et le contexte de l'interaction des questions de santé en matière de reproduction au sein de la collectivité et de la famille. Pour atteindre les buts de la Conférence internationale sur la population et le développement, il faut entreprendre des recherches dans tous ces domaines. Le manque de moyens financiers affectés à l'application du Programme d'action ne pourrait qu'avoir des répercussions sur les activités de collecte de données et de recherche.

#### Activités de plaidoyer et d'éducation

45. La Conférence internationale sur la population et le développement a reconnu le rôle majeur que jouent les activités de plaidoyer et d'éducation dans la satisfaction des besoins de santé des femmes et des hommes en matière de reproduction. De même, a-t-elle fait prendre conscience du fait que la réalisation des objectifs essentiels que sont la promotion de l'équité et de

l'égalité entre les sexes et la promotion des femmes, est importante en soi pour le développement, mais aussi pour celle des autres objectifs qui ne pourront être atteints si l'on n'assure pas la liberté de choix des femmes en matière de procréation. On peut pour cela procéder de différentes façons et notamment, comme le recommande le Programme d'action, "ouvrir à tous les portes d'un enseignement de qualité et éliminer les disparités entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'enseignement, la poursuite des études et l'octroi de bourses" (par. 11.5). Une telle démarche exige toutefois de nouvelles ressources, en plus de celles prévues par la Conférence pour mener une action intégrée dans les domaines de la population et de la santé en matière de reproduction.

46. De plus, la Conférence internationale sur la population et le développement a bien préparé le terrain pour les activités de plaidoyer qui doivent servir à renforcer le pouvoir des femmes et à atteindre les autres objectifs fixés dans le Programme d'action. Si l'on ne peut pas trouver les ressources nécessaires pour mener ces activités de plaidoyer, des millions de petites filles, de jeunes filles et de femmes auront d'autant plus de mal à faire respecter leurs droits, à parvenir à l'épanouissement et à jouir de l'égalité avec les hommes dans les domaines de la nutrition, de l'éducation et de la santé. Enfants, les femmes seront encore plus nombreuses à subir les conséquences de pratiques traditionnelles dangereuses telles que les mutilations sexuelles féminines. Plus tard, prisonnières de leur fonction procréatrice qui les empêche d'accéder à l'enseignement et à l'emploi, elles seront encore plus nombreuses à ne jamais réaliser leur potentiel. De nombreuses personnes, et notamment des petites filles, des jeunes filles et des femmes, se verront privées de la possibilité d'exercer leurs droits fondamentaux, notamment en matière de reproduction.

#### Conséquences pour le développement

47. Les conséquences décrites plus haut ont directement trait à l'ensemble des mesures dont le coût a été évalué par la Conférence et qui englobe la promotion de la santé en matière de reproduction, la planification de la famille, la lutte contre les MST et l'élaboration de politiques en matière de population. Mais, outre ces conséquences précises et directes, la hausse des taux d'accroissement de la population – et l'aggravation du déséquilibre de la pyramide des âges en faveur des plus jeunes qui en découle – a d'autres conséquences plus vastes pour le développement, comme l'augmentation du nombre de grossesses non planifiées. Bien qu'elles ne soient pas abordées dans le présent document, ces conséquences négatives pour l'environnement, le développement, le renforcement du pouvoir des femmes et la pauvreté sont bien réelles et ne manqueront pas de se répercuter sur les possibilités de développement des pays et leurs résultats.

#### IV. LES QUATRE PROCHAINES ANNÉES

48. La section III du présent rapport a mis en évidence les graves conséquences qui résulteraient de l'incapacité, pour la communauté mondiale, d'accroître les ressources financières consacrées aux activités de population, de façon à atteindre les objectifs fixés dans le Programme d'action de la CIPD. Dans la présente section, on examine brièvement ce que devraient faire les pays donateurs – membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de

coopération et de développement économiques - pour honorer leur engagement d'assurer la pleine application du Programme d'action du Caire.

49. Le tableau 3, en annexe, présente les montants effectifs (1995) d'aide aux activités en matière de population ainsi que leur évolution possible jusqu'en 2000. Le montant du financement extérieur à trouver en 2000 est, selon le Programme d'action, de 5,67 milliards de dollars. L'assistance internationale aux activités en matière de population, cependant, comporte plusieurs composantes, dont la plus importante, mais pas la seule, est celle directement fournie par les pays donateurs (les autres composantes sont fournies par les banques de développement, les organisations multilatérales, les fondations et autres institutions privées). En utilisant les répartitions de cette aide constatées en 1994-1995 comme données de référence, on estime que les pays donateurs, en tant que groupe, devraient apporter une contribution de l'ordre de 3,57 milliards de dollars à la réalisation du Programme d'action en 2000<sup>16</sup>.

50. Comme il ressort de la première colonne du tableau 3, en 1995, les pays donateurs ont apporté directement une contribution de l'ordre de 1,37 milliard de dollars aux activités en matière de population (un montant de 672 millions de dollars a en outre été fourni indirectement par les pays donateurs sous forme de contributions versées à des institutions financières internationales et autres organismes multilatéraux). L'accroissement de l'aide fournie par les donateurs entre 1993 et 1994 (25 %) et entre 1994 et 1995 (30 %) a été perçu comme un résultat très encourageant.

51. Depuis la Conférence du Caire, plusieurs pays donateurs se sont engagés à accroître leurs contributions. Il s'agit, en particulier, des pays suivants : États-Unis, Allemagne, Japon, Royaume-Uni, Pays-Bas, Danemark, Suisse et Australie, ainsi que de l'Union européenne. En 1994, par exemple, le Gouvernement japonais a annoncé une nouvelle initiative globale sur la population et le sida, prévoyant d'allouer, entre 1994 et 2000, un montant de 3 milliards de dollars à l'étude des problèmes mondiaux en matière de population et à la prévention de la propagation du VIH/sida. Le Gouvernement allemand s'est engagé à allouer plus de 2 milliards de dollars à des programmes en matière de population durant la période allant de 1995 à 2000 et est devenu dans ce domaine le deuxième fournisseur d'aide par ordre d'importance, après les États-Unis d'Amérique. Au lendemain de la CIPD, le Royaume-Uni s'est engagé à accroître son assistance aux activités en matière de population et de santé de la reproduction d'environ 65 %, portant ainsi le montant à verser au cours des deux années suivantes à quelque 160 millions de dollars.

52. Le Danemark a porté, en 1996, sa contribution au FNUAP à 47 millions de dollars, dont 8,6 millions de dollars sont affectés à des activités complémentaires à mener en Afrique subsaharienne dans le cadre du Programme d'action de la CIPD. En réponse à l'appel lancé par le Parlement néerlandais, tendant à accroître la part du budget de développement extérieur consacrée à l'assistance en matière de population, le Gouvernement néerlandais a décidé de porter cette part à 4 %. Le montant de l'assistance en matière de population versé par les Pays-Bas sera par conséquent de l'ordre de 125 millions de dollars en 1998. Le Gouvernement australien a lancé une initiative de quatre ans, allant jusqu'en 1998, prévoyant d'affecter 130 millions de dollars à des

programmes de population et de planification familiale dans les pays en développement. Après la grave récession économique du début des années 90, la Finlande a progressivement rétabli à son niveau antérieur le montant de l'assistance qu'elle fournit aux activités en matière de population. Enfin, la Commission européenne s'est fixé pour objectif d'allouer quelque 375 millions de dollars à l'établissement de programmes en matière de population et de santé de la reproduction d'ici l'an 2000. La Commission européenne et le FNUAP ont récemment conclu un accord portant sur plus de 31 millions de dollars destinés à financer une importante initiative qui prévoit la mise en oeuvre de programmes en matière de population dans divers pays d'Asie.

53. L'aide des donateurs, cependant, reste inégale : tandis que le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la Norvège, le Royaume-Uni, la Suède et d'autres pays susmentionnés ont maintenu ou renforcé leur engagement en faveur du Programme de la CIPD, d'autres pays donateurs ont apporté une aide financière très mince, au regard de la taille de leur économie ou de leur APD totale. Le concours des donateurs aux activités de population aurait été plus élevé de près d'un milliard de dollars en 1995 si tous les pays avaient affecté 4 % au moins de leur APD à ces activités (ce que seuls ont fait les États-Unis d'Amérique et la Finlande).

54. Pour atteindre les objectifs fixés par la CIPD pour l'an 2000, il faudrait soit maintenir la répartition entre pays donateurs telle qu'elle était en 1995, soit s'orienter vers une répartition plus équitable des contributions. Par exemple, la répartition de l'aide pourrait être liée à la capacité des pays telle qu'elle est exprimée par leur produit intérieur brut (PIB).

55. Une des répartitions théoriques de l'assistance en matière de population en 2000 – date à laquelle les premiers objectifs fixés par la CIPD dans ce domaine doivent être atteints – consisterait donc à baser le montant de l'assistance demandée à chaque pays sur son PIB<sup>17</sup>. Les montants indiqués à la deuxième colonne du tableau 3 reposent sur cette distribution théorique. Les montants que les pays devraient verser au titre de l'assistance en matière de population en 2000 varient en fonction de la taille de leur économie. La troisième colonne du tableau donne les taux annuels de croissance de l'assistance en matière de population qui seraient nécessaires durant la période 1995-2000 pour parvenir aux montants théoriques indiqués à la deuxième colonne. On constate que plusieurs pays (Norvège, Danemark, Pays-Bas, Suède et Finlande) consacrent déjà une proportion relativement élevée de leur PIB à des programmes de population.

L'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni devraient pratiquement doubler leur assistance aux activités en matière de population par rapport à leur contribution de 1995 pour atteindre les objectifs inscrits dans la deuxième colonne du tableau. Quant aux pays qui ont jusqu'ici versé à l'assistance en matière de population un montant relativement faible par rapport à la taille de leur économie, ils devraient accroître sensiblement leurs apports pour atteindre les objectifs retenus pour 2000.

56. Comme on l'a vu, les apports de ressources intérieures des pays en développement et des pays à économie en transition (y compris les estimations relatives au secteur privé) représentent actuellement quelque 78 % des ressources totales consacrées aux programmes en matière de population. Si l'on

veut atteindre les objectifs fixés par le Programme d'action, il faut augmenter les ressources intérieures qui y sont consacrées de 8,5 % environ par an jusqu'en 2000. Cela sera certainement difficile, en particulier dans certaines régions, notamment dans beaucoup de pays subsahariens. Cependant, étant donné qu'il y a à la fois des ressources publiques et privées dans les ressources d'origine intérieure et que les pays concernés sont très désireux de parvenir à un bon équilibre entre l'accroissement démographique et le développement socio-économique à tous les niveaux de la société, il y a de bonnes raisons de penser que ce taux de croissance global des ressources consacrées aux activités de population peut être maintenu.

57. Cependant, on constate des variations sensibles entre pays en développement en ce qui concerne tant leur engagement à mobiliser les ressources fixées par la CIPD que leur capacité de financer des activités en matière de population par des apports de ressources intérieures. En fait, lorsqu'on parle d'un taux global de 78 %, il faut considérer que les programmes de population d'un petit nombre de grands pays en développement tels que la Chine, l'Inde et l'Indonésie sont, dans une large mesure, autofinancés, ce qui signifie que dans de nombreux autres pays en développement, ces programmes ne sont financés par des ressources intérieures qu'à un degré bien moindre. C'est particulièrement le cas en Afrique subsaharienne et dans d'autres sous-régions à faible revenu où l'écart devra être comblé par des ressources extérieures si l'on veut atteindre les objectifs fixés par la Conférence du Caire.

#### Niveau futur des ressources du FNUAP

58. Pour que les objectifs de la CIPD jusqu'en 2000 soient atteints, il faut accroître le volume et la capacité des trois principales filières de financement par les donateurs - les programmes bilatéraux, les programmes multilatéraux et les programmes exécutés par des ONG. Ces dernières années, 27 % environ de l'assistance apportée par les donateurs aux activités de population a été acheminée par le FNUAP. À court terme, jusqu'en 2000, cette proportion restera sans doute constante étant donné que les autres filières seront elles aussi fortement incitées à accroître leurs capacités, en raison de la forte croissance de la demande. Cela implique qu'en 2000 les ressources du Fonds devraient atteindre environ 960 millions de dollars par an.

59. Une augmentation des ressources du FNUAP résultera probablement d'une croissance des ressources de base et des ressources multibilatérales, dont le potentiel de croissance est très bon. À partir d'un niveau de l'ordre de 12 à 15 millions de dollars par an au début des années 90, les arrangements multibilatéraux devraient se monter au total actuellement à 25 millions de dollars environ. Avec l'accord récemment conclu avec la Commission européenne sur un programme régional à mener dans plusieurs pays d'Asie, la filière multibilatérale du FNUAP devrait s'étendre encore. De plus, dans 41 programmes de pays, déjà approuvés par le Conseil d'administration ou qui lui seront bientôt présentés, le montant total des composantes multibilatérales intégrées à ces programmes dépasse 132 millions de dollars. Les possibilités d'élargir la coopération au niveau des pays entre le FNUAP et les donateurs bilatéraux sont en effet considérables.

60. Les accords de conversion de la dette sont un autre moyen potentiellement important de trouver des ressources additionnelles qui pourraient être gérées par le Fonds, mais qui n'ont pas encore été vraiment recherchées. Les pays où opère le FNUAP ont un endettement total de 2 000 milliards de dollars environ. Sur ce montant, la dette bilatérale (de gouvernement à gouvernement) dépasse 800 milliards de dollars. Le FNUAP souhaiterait encourager la conclusion d'accords entre prêteurs et débiteurs qui auraient pour but de radier une fraction de la dette, en échange de l'utilisation de ressources locales par les pays débiteurs pour mener des programmes en matière de population et de santé de la reproduction, ainsi que pour d'autres programmes de développement social. Jusqu'à présent, les accords de conversion de la dette ont été gérés par des organisations multilatérales et des ONG. Pour faciliter l'application du Programme d'action de la CIPD, le FNUAP pourrait servir d'intermédiaire dans la conclusion d'accords en déterminant les domaines prioritaires des programmes en matière de population qui ont le plus besoin d'un financement local.

61. Le rôle directeur toujours plus affirmé joué par le FNUAP dans l'obtention de contraceptifs et de fournitures pour les soins de santé primaires est attesté par les efforts s'inscrivant dans l'Initiative mondiale relative aux besoins en matière de contraception et de gestion logistique et dans le Programme mondial pour l'achat de contraceptifs, dont la tâche est d'aider les pays à mieux répondre à leurs besoins d'achats d'urgence. Les achats de contraceptifs par le FNUAP ont quadruplé au cours des cinq dernières années. Le FNUAP a également pris l'engagement de fournir d'urgence des contraceptifs et autres fournitures intéressant la santé en matière de reproduction dans les situations d'urgence humanitaire. Pour réagir rapidement à ces urgences et pour éviter d'avoir à bouleverser les programmes nationaux de fourniture de contraceptifs, le FNUAP a constitué des stocks limités de contraceptifs essentiels. Ces initiatives font ressortir de nouveaux moyens d'élargir la participation du FNUAP à l'acheminement de l'assistance internationale en matière de population au profit des pays en développement.

## V. CONCLUSION

62. L'objet du présent rapport est d'examiner les conséquences qu'aurait une insuffisance des ressources consacrées aux activités en matière de population au regard des objectifs inscrits dans le Programme d'action de la CIPD pour la période 1995-2000. Il vise à fournir au Conseil d'administration des indications quantitatives quant aux conséquences qui pourraient toucher la santé en matière de reproduction au cas où le Programme d'action ne serait pas pleinement appliqué. Le précédent document de séance sur lequel se fonde le présent rapport a été refondu et enrichi de l'ensemble des données empiriques pertinentes; la méthodologie suivie est décrite en détail dans l'annexe au présent rapport. Bien que toute projection dans l'avenir soit par nature hypothétique, les prévisions démographiques bénéficient en général de bases de données empiriques très complètes et se sont le plus souvent révélées fiables. Quoique l'analyse présentée dans le présent rapport se fonde sur un ensemble considérable de données empiriques, il convient de voir dans les indications quantitatives fournies des ordres de grandeur et non pas des certitudes mathématiques.

63. L'ampleur des conséquences négatives qui résulteraient de l'incapacité d'appliquer pleinement le Programme d'action de la CIPD, décrites à la section III du présent document (et dans le tableau 1 de l'annexe), devrait donner à réfléchir à tous ceux qui adhèrent sans réserve aux objectifs définis par la Conférence du Caire. Si les buts et objectifs fixés dans son programme d'action n'étaient pas atteints, les conséquences qui en résulteraient pour la santé en matière de reproduction se feraient de plus en plus gravement sentir. Des millions d'individus ou de couples qui auraient pratiqué la planification familiale ne pourraient le faire faute des services nécessaires. Les grossesses non désirées se chiffrent par millions de plus, ce qui entraînerait des millions d'avortements provoqués. Des centaines de milliers de femmes de plus perdraient la vie soit durant l'accouchement soit par suite d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Beaucoup plus nombreuses encore seraient les mères victimes de graves maladies. Des millions d'enfants issus de ces grossesses non désirées périraient dans leurs premiers jours ou leur prime enfance. Des données plus précises amèneront peut-être à revoir ces estimations, mais l'ordre de grandeur de ces résultats déplorables – et pourtant évitables – restera le même.

#### VI. ÉLÉMENTS APPELANT UNE DÉCISION

64. Le Conseil d'administration souhaitera peut-être :

a) Prendre note du rapport sur les conséquences de l'insuffisance des ressources pour la réalisation des objectifs fixés par la CIPD jusqu'en 2000 ainsi que des observations qu'il a faites à ce sujet;

b) Réaffirmer la nécessité de veiller à ce que tous les pays s'engagent à dégager des ressources suffisantes qui permettent de mener à bien l'exécution du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement.

#### Notes

<sup>1</sup> Ces estimations des ressources intérieures doivent être interprétées avec prudence car les données sont incomplètes. Le FNUAP a signé un accord avec l'Institut néerlandais d'études démographiques interdisciplinaires, afin de collaborer à un système de collecte et d'analyse de données sur les flux de ressources intérieures et d'APD, afin de mieux connaître la situation mondiale des ressources consacrées aux activités de population.

<sup>2</sup> Lors de l'intégration de ces estimations au Programme d'action, il a été expressément admis qu'une large part des coûts conjugués de la planification familiale et des autres services de santé en matière de reproduction est incluse dans la part des montants estimatifs consacrée à la planification familiale et qu'une analyse plus poussée serait nécessaire pour mieux déterminer l'allocation des apports communs.

<sup>3</sup> Toutes les prévisions de dépenses incluent le coût de l'assistance technique extérieure. Il faut également noter que les économies d'échelle

jouent un rôle important dans la détermination des dépenses moyennes par utilisateur. (Evaluation Project, United States Agency for International Development (USAID), "Family Planning Expenditure/Cost Study", documents internes.) Les économies d'échelle ont expressément été intégrées à l'analyse des coûts par utilisateur dans l'estimation des ressources nécessaires pour la CIPD [FNUAP, 1994 a)].

<sup>4</sup> La méthode utilisée dans ce rapport pour rendre compte du nombre supplémentaire d'utilisateurs de moyens contraceptifs traditionnels, des taux de conception, d'avortements, de naissances et d'avortements spontanés suit celle mise au point par l'Alan Guttmacher Institute en collaboration avec le Groupe prospective, Population Action International, le Population Reference Bureau et le Conseil de population (Alan Guttmacher Institute, 1996). Voir l'annexe pour une description de la méthode.

<sup>5</sup> L'insuffisance des ressources accroît les retombées prévues pour les années futures. Cette analyse ne présente que les implications à court terme.

<sup>6</sup> Les totaux cumulés sont la somme de tous les événements (en l'espèce, les grossesses accidentelles) survenus en 1996, 1997, 1998, 1999 et 2000. Il est à noter qu'environ un tiers de ces totaux se rapportent à la dernière année de la période considérée, l'insuffisance des ressources, considérée comme nulle en 1995, augmentant de façon linéaire jusqu'en 2000.

<sup>7</sup> Dans la mesure où les non-utilisateurs de méthodes contraceptives ne sont peut-être pas très désireux de limiter la fécondité, il se peut que le nombre d'avortements supplémentaires soit surestimé. Dans les régions où le recours à l'avortement est rare, il est possible que les chiffres soient fortement surestimés. Cependant, là où le nombre d'avortements est déjà élevé, il se peut que le paramètre utilisé (voir annexe) aboutisse à une sous-estimation.

<sup>8</sup> Rien qu'en l'an 2000, dernière année sur laquelle portent les projections, le nombre d'avortements supplémentaires serait compris entre 17 millions et 31 millions, selon le scénario retenu.

<sup>9</sup> En outre, le nombre d'avortements spontanés et d'enfants mort-nés augmentera par suite de la moindre disponibilité des services de santé en matière de reproduction. On peut s'attendre à une augmentation de 16 millions pour le scénario "tendance constante", de 22 millions pour le scénario "croissance intermédiaire" et de 30 millions pour le scénario "croissance lente".

<sup>10</sup> Du fait d'une erreur de calcul, les estimations figurant dans le document de séance DP/FPA/1997/CRP.1 étaient nettement inférieures.

<sup>11</sup> On estime que le nombre de cas de maladies maternelles potentiellement mortelles est 13 fois supérieur à celui des décès maternels (FNUAP, Rapport de 1997 sur l'état de la population mondiale). Pour plus d'informations sur la mesure de la mortalité et de la morbidité maternelles, voir annexe.

<sup>12</sup> Pour les enfants âgés de 1 à 4 ans nés pendant la période considérée (1995-2000), le cumul des décès porte sur une période plus longue, car ceux qui sont nés en 2000, par exemple, pourraient entrer dans les statistiques relatives à la mortalité infantile jusqu'en 2004.

<sup>13</sup> Il est également difficile de dissocier les coûts qui correspondent aux deux composantes car, comme il est indiqué dans le Programme d'action, les coûts des systèmes de fourniture de services (par exemple, les coûts d'infrastructure) sont inclus dans la composante "planification familiale". Les méthodes et les instruments de mesure s'améliorant, il sera plus aisé de dissocier les coûts correspondant à chaque composante et de calculer les dépenses communes avec davantage de précision.

<sup>14</sup> Exemples tirés des rapports sur les études de situation réalisées par le Conseil de la population dans différents pays : Bruce, 1996; Miller, 1996; et Conseil de la population, 1991.

<sup>15</sup> Pour plus de détails, voir le rapport du National Research Council, à paraître (Tsui, Wasserheit et Haaga, 1997).

<sup>16</sup> Les montants concernent, dans cette section, les fonds primaires des donateurs, c'est-à-dire les fonds expressément affectés à des activités en matière de population et n'incluent pas d'autres contributions d'APD que les donateurs font aux banques de développement, aux organisations multilatérales (autres que le FNUAP) ou à d'autres organisations - contributions qui peuvent en fin de compte être utilisées pour des activités de population.

<sup>17</sup> Les estimations de PIB pour 1995 ont été utilisées comme point de référence constante pour déterminer les répartitions théoriques. (Source : Banque mondiale, 1997, World Development Indicators, 1997.) Aucune hypothèse n'a été faite ou inférée concernant la croissance future des PIB.

-----