

Document de stratégie de l'USAID

Assistance pour la population

**Bureau de la coordination des politiques et programmes de l'Agence des
États-Unis pour le développement international
Washington, D.C. 20523**

Septembre 1982

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	1
I. Contexte.....	1
A. La croissance démographique dans les pays en développement.....	1
B. Les conséquences pour le développement économique.....	2
C. Le planning familial dans les PMA.....	3
D. Facteurs influençant la fécondité.....	3
(1) Santé.....	3
(2) Éducation.....	3
(3) Revenus/emploi.....	4
(4) Urbanisation.....	4
E. Le rôle de la contraception moderne.....	4
II. Le programme américain d'assistance pour la population (<i>Population Assistance Program</i>).....	4
A. Objectifs politiques de l'USAID.....	4
B. Activités du programme d'assistance pour la population.....	5
C. Politiques spécifiques régissant l'assistance américaine pour la population.....	6
(1) Avortement.....	6
(2) Stérilisation volontaire.....	7
(3) Planning familial naturel.....	7
(4) Le lien entre la population et le développement général.....	8
(5) Contraceptifs.....	8
III. Facteurs influençant la mise en œuvre des politiques.....	8
A. Politiques des pays hôtes.....	9
B. Secteur privé.....	9
C. Développement des institutions.....	10
D. Transfert de technologie.....	10
IV. Conclusion.....	11
V. Annexe.....	11

Résumé

L'aide aux programmes volontaires de population et de planning familial est une composante essentielle de tout programme américain rentable d'aide au développement. Une croissance démographique élevée en permanence fait qu'il est bien plus difficile et onéreux d'atteindre les grands objectifs de développement car elle pèse sur des économies qui sont actuellement incapables de fournir en suffisance biens et services à une population en pleine expansion. L'aide au planning familial favorise concrètement le développement économique et social, elle renforce la liberté individuelle de choisir volontairement le nombre d'enfants et la durée séparant deux grossesses, et elle apporte des avantages essentiels en matière de santé pour les mères et les jeunes enfants.

Si elle ne représente que l'un des nombreux défis auxquels sont confrontés les pays les moins avancés (PMA), la croissance démographique rapide aggrave les problèmes - d'ores et déjà considérables et ruineux - que rencontrent les secteurs public et privé des PMA. Les politiques et programmes de population et de planning familial ne suffiront pas à eux seuls à accomplir des miracles économiques. Ils doivent être appliqués parallèlement à d'autres mesures économiques et sociales afin de promouvoir un développement global.

Jamais le besoin de planning familial volontaire n'a été aussi criant. Au cours des vingt prochaines années, la population mondiale devrait s'accroître de près de 2 milliards d'individus, et 90% de cette augmentation devrait se produire dans les pays en développement. Déjà, plusieurs centaines de millions de couples dans le tiers-monde, dont la plupart n'ont pas accès aux méthodes modernes de planning familial à l'heure actuelle, veulent une famille moins nombreuse et en meilleure santé. Il y a 25 ans, seule une poignée de pays en développement reconnaissaient explicitement les problèmes inhérents à une croissance démographique rapide. Aujourd'hui, plus de 60 PMA, représentant plus des trois quarts de la population totale des pays en développement, ont adopté des politiques visant à juguler la croissance démographique.

L'expérience de l'USAID dans des pays tels que la Thaïlande, la Colombie, la Corée du Sud et l'Indonésie démontre qu'un programme équilibré fournissant des services et des informations modernes en matière de contraception, associé à un soutien fort de la part des familles et des communautés locales au planning familial est la manière la plus efficace d'aider les couples à atteindre leurs objectifs de fécondité.

L'aide américaine au planning familial repose sur les principes de caractère volontaire et de choix éclairé. La mise en œuvre de l'aide de l'USAID pour des activités liées à la population est régie par des dispositions légales et par les politiques de l'USAID. Une loi spécifique interdit d'utiliser des fonds publics américains pour des activités liées à l'avortement, et exige que tous les programmes de stérilisation financés par l'USAID prouvent qu'ils sont réellement volontaires. L'aide américaine au développement n'est en rien subordonnée à l'adoption d'une quelconque politique démographique par le gouvernement hôte. Néanmoins, l'USAID recherche et exploite activement les possibilités de discussions politiques sur le planning familial volontaire. Elle souhaite profiter de la flexibilité et de l'esprit innovant du secteur privé pour développer et fournir des contraceptifs sûrs et efficaces. Elle met également l'accent sur l'implication des institutions locales et soutient les efforts visant à les renforcer.

Le programme américain se concentre essentiellement sur la prestation de services de planning familial volontaire. Les États-Unis soutiennent également la diffusion d'informations et l'éducation concernant le planning familial, notamment le planning familial naturel, mais aussi la formation des prestataires de services, la recherche concernant de nouvelles méthodes contraceptives et de meilleurs systèmes de prestation, ainsi que la recherche et l'analyse démographiques et en sciences sociales visant à améliorer les programmes de planning familial volontaire et à aider les PMA à développer et renforcer leurs politiques et programmes de développement. L'assistance américaine pour la population finance, par le biais d'accords bilatéraux, les travaux des organisations bénévoles privées et à but lucratif ainsi que des universités, des agences multilatérales et internationales en charge de la population et des gouvernements des PMA.

1. Contexte

A. La croissance démographique dans les pays en développement

Aujourd'hui, en 1982, le monde compte 4,6 milliards d'habitants, chiffre qui augmente de 78 millions de personnes par an. Quatre-vingt-dix pour cent de cette augmentation surviennent dans les pays les moins avancés. Entre 1980 et 2000, en effet, le nombre de femmes en âge de procréer augmentera de plus de 60%, soit de 480 millions. La population des pays en développement, qui s'élève à quelque 3,4 milliards d'individus, gonfle de 2,1% chaque année. À ce rythme, elle doublera en 33 ans. À l'inverse, au rythme de croissance actuel, celle des pays développés doublera en 116 ans.

La croissance rapide de la population mondiale est un phénomène récent. Il y a quelques décennies seulement, la population des pays en développement était relativement stable du fait de l'équilibre entre les taux élevés de fécondité et de mortalité. La vie était semée d'embûches. Souvent, seul un bébé sur deux passait le cap de la petite enfance. Les épidémies, les maladies débilitantes exacerbées par la malnutrition chronique et les conditions déplorables de la santé publique faisaient de la mortalité infantile une menace omniprésente. Face à de tels risques, le taux de fécondité devait être élevé pour assurer la survie des familles. Il ne s'agissait pas d'un problème, mais d'une nécessité.

Plus récemment, les pays en développement ont connu des changements extraordinaires, tant au niveau de l'économie que de la société. Dans l'ensemble, ces changements ont eu un effet déstabilisateur au niveau démographique et social. Les taux de mortalité ont chuté suite à l'amélioration de la nutrition et au contrôle des principales sources de pandémie. Les taux de natalité ont également augmenté dans certaines régions, les traditions et les tabous qui tendaient à espacer et à limiter les grossesses ayant été abandonnés par la jeune génération, ayant des valeurs et des attentes différentes de celles de la génération précédente. La population a commencé à croître rapidement, tandis que l'espérance de vie, traditionnellement incertaine et limitée, s'est allongée, les chances de survie n'ayant jamais été aussi élevées.

B. Les conséquences pour le développement économique

Il n'est possible d'avoir un développement économique durable et des conditions de vie décentes pour les citoyens des PMA que si le progrès économique ne se laisse pas distancer par la croissance démographique. Les problèmes suivants, associés à un taux de natalité élevé et à une rapide croissance démographique, comptent parmi les facteurs susceptibles d'entraver la transition vers une croissance économique autonome et de contrecarrer les aspirations individuelles et nationales :

- un rapport de dépendance élevé ;
- l'exploitation excessive des ressources existantes ;
- un faible niveau d'épargne des ménages et de l'investissement, qui peut à son tour ralentir le développement des marchés des produits de consommation importés et produits au niveau local ;
- la faible productivité du travail, vu que l'offre de main-d'œuvre croît plus rapidement que la demande ;
- l'incapacité de maintenir et, a fortiori, de développer les investissements dans les services de base et le capital humain (santé, éducation, formation technique), qui peut non seulement nuire à la productivité future du pays, mais aussi générer une instabilité sociale et politique ;
- l'incapacité d'exploiter les nouvelles technologies, due à l'absence d'infrastructures et de capital financier et humain nécessaires à une utilisation efficace des avancées technologiques.

Toutefois, évoquer les effets de la croissance démographique sur le seul plan mondial revient à ne pas apprécier le véritable impact sur les personnes, les familles et les nations. La transition démographique (le ralentissement de la croissance démographique) est inégale, aussi bien entre les différents pays qu'au sein de chacun d'entre eux. Le processus de modernisation, accéléré dans certains pays par des politiques gouvernementales saines, un secteur privé dynamique et une aide efficace au développement, s'est accompagné de changements considérables concernant de nombreux aspects de la vie publique et privée, et notamment d'une volonté de réduire la taille des familles et les taux de natalité. Dans d'autres pays moins avancés, voire dans les régions éloignées des pays ayant enregistré des progrès économiques substantiels, un taux de fécondité élevé et l'absence de ressources adéquates peuvent faire peser de graves contraintes sur les individus, les familles et les communautés. Dans de telles circonstances, la croissance démographique peut bloquer l'amélioration des conditions de vie et le progrès économique. Dans le même temps, les possibilités offertes aux particuliers en vue de programmer le nombre d'enfants qu'ils désirent et l'intervalle entre deux grossesses peuvent être limitées par l'absence d'informations, d'éducation ou de services de planning familial ou par des conditions économiques et sociales qui jouent contre la bonne compréhension et l'utilisation efficace des méthodes modernes de planning familial. Enfin, en particulier dans les régions pauvres, la situation sanitaire et alimentaire des femmes et des enfants dépend de leur capacité de réguler leur fécondité de manière sûre et efficace. La mortalité maternelle augmente avec le nombre de grossesses, et la mortalité infantile, lorsque les grossesses ne sont pas assez espacées. Les complications sont plus fréquentes chez les femmes très jeunes ou arrivant au terme de leur période de fécondité. Si les problèmes médicaux associés à des grossesses fréquentes et répétées s'observent dans tous les pays, ils sont exacerbés dans les pays où la malnutrition est généralisée et où les conditions sanitaires sont inadaptées. Dans de telles conditions, les accouchements répétés à intervalles réduits entraînent à leur tour une plus grande malnutrition des mères et des enfants.

C. Le planning familial dans les PMA

Les pays en développement sont très différents les uns des autres, non seulement au niveau de la situation socio-économique et du type d'infrastructures par lesquelles sont fournis les services de base tels que les services de planning familial organisé, mais aussi des politiques démographiques officielles. Cela étant, les gouvernements des PMA acceptent ou soutiennent dans leur grande majorité les services de planning familial, à la fois comme moyen de réduire la croissance démographique et de stabiliser la valeur absolue de la population, et comme moyen d'améliorer la santé maternelle et infantile au travers de l'espacement des grossesses. À l'heure actuelle, plus de trois quarts des habitants des pays en développement vivent dans des pays dont les politiques sont partisans de services de planning familial volontaire.

Le concept d'espacement ou de limitation des grossesses n'est ni nouveau ni occidental. Traditionnellement, par exemple en Afrique, l'espacement des grossesses était réalisé par le biais de longues périodes d'abstinence ou de séparation à la suite d'un accouchement et de l'allongement des périodes d'allaitement. L'avortement et l'infanticide (ou l'abandon des enfants entraînant la mort de ces derniers) ont été et sont encore des méthodes utilisées pour limiter la taille des familles, dans de nombreux endroits où les méthodes modernes de planning familial sont inaccessibles. Les services modernes de planning familial offrent une alternative sûre, efficace et humaine aux méthodes traditionnelles qui le sont moins ou qui ne sont plus réalisables.

La demande et l'utilisation effective des services de planning familial ont tendance à aller de pair avec des progrès dans d'autres secteurs de développement. Parmi les principaux facteurs à l'origine de l'évolution considérable et assez rapide de la perception de la taille des familles, citons l'amélioration de l'état de santé, de l'accès à l'éducation et des perspectives d'emploi (en particulier pour les femmes) et l'urbanisation générale. En outre, lorsqu'ils vont de pair avec une campagne d'information et de sensibilisation concernant le concept et les méthodes d'espacement des grossesses, les services modernes de planning familial contribuent à alimenter la demande de ces services.

D. Facteurs influençant la fécondité

Les démographes conviennent que quatre facteurs biologiques directs définissent les schémas de fécondité : les méthodes d'allaitement et de lactation, l'âge des premiers rapports sexuels, le recours aux contraceptifs et l'avortement provoqué. Ces facteurs influent sur le début de l'activité sexuelle, la conception à la suite d'un rapport sexuel ou les naissances résultant de la conception. Toute une série de facteurs sociaux, économiques et culturels influencent à leur tour la fécondité via l'un de ces quatre facteurs « directs ». Parmi ces facteurs socio-économiques ou « indirects », les plus importants sont sans doute la santé, l'éducation des femmes, l'emploi/les revenus et l'urbanisation. L'interaction entre les facteurs directs et indirects de la fécondité est complexe ; cependant, les recherches en cours et les données collectées à partir des programmes sur le terrain commencent à proposer certaines suggestions programmatiques assez spécifiques.

(1) Santé

L'une des raisons des taux élevés de fécondité dans les PMA est la mortalité élevée des nourrissons et des enfants. Traditionnellement, comme évoqué ci-dessus, les couples vivant dans des PMA éprouaient l'envie et le besoin de créer des familles nombreuses. Là où 20 à 30% des enfants mouraient avant leur premier anniversaire, les parents choisissaient d'avoir un certain nombre de « naissances de sécurité » pour s'assurer qu'un nombre critique d'enfants atteindraient l'âge adulte. À mesure que les conditions sanitaires générales s'améliorent et que la mortalité infantile diminue, le besoin de « naissances de sécurité » se trouve considérablement réduit et l'intérêt pour le planning familial augmente¹. Cette corrélation fonctionne également dans l'autre sens : le planning familial contribue à espacer l'intervalle entre deux naissances, ce qui favorise à son tour la santé et la survie de la mère et de l'enfant.

(2) Éducation

L'éducation des femmes a de profondes répercussions sur la fécondité, surtout lorsque les filles sont en mesure de terminer leurs études primaires. Lorsque l'augmentation initiale du nombre d'inscriptions de filles à l'école ne se solde pas par l'achèvement des études primaires, la fécondité tend à augmenter avec le niveau d'instruction. Si les schémas varient considérablement d'un pays et d'une région à l'autre et s'il existe des exceptions, il s'avère généralement que lorsque les filles restent scolarisées au-delà des études primaires, la fécondité tend à diminuer à mesure qu'augmente le niveau d'instruction. À mesure que les femmes deviennent plus instruites, décrochent un emploi rémunéré et disposent de certaines méthodes pour contrôler leurs revenus, leur rôle au sein de la famille et de la société évolue. L'éducation élargit les horizons des femmes et les prédispose à accepter de nouvelles méthodes et de nouvelles idées. La préférence pour les

¹ Le premier résultat d'une diminution de la mortalité infantile peut être un accroissement du nombre d'enfants vivants par femme, dans la mesure où davantage d'enfants survivent. La baisse du taux de fécondité fait suite à cette hausse initiale.

familles plus réduites, le recours au planning familial et le recul de l'âge du mariage s'avèrent tous plus acceptables aux yeux des femmes scolarisées au-delà de l'enseignement primaire, et s'accompagnent tous d'une réduction du taux de fécondité.

À l'inverse, les perspectives d'éducation et de formation des femmes et des filles peuvent souvent être compromises par leur propre fécondité. Le report des grossesses via le recul de l'âge du mariage ou du premier accouchement permet aux filles de terminer l'enseignement supérieur ou de suivre une formation. En outre, une famille de taille plus réduite fait que les filles doivent moins abandonner l'école pour s'occuper de leurs plus jeunes frères et sœurs.

(3) Revenus/emploi

L'emploi des femmes, notamment en dehors du foyer, accroît le coût de renonciation de l'éducation des enfants, fait de la famille plus réduite une option plus attractive et renforce l'intérêt de l'utilisation du planning familial comme moyen d'obtenir une famille de la taille souhaitée. Le rôle des revenus en tant que tels dans la baisse du taux de natalité est moins bien compris. Lorsque les revenus totaux commencent à augmenter, la fécondité suit le même schéma, mais une nouvelle hausse des revenus renverse la tendance, et la fécondité commence alors à chuter. Le seuil à partir duquel la tendance se renverse varie en fonction du pays et n'a malheureusement pas été bien défini.

(4) Urbanisation

L'urbanisation s'accompagne d'une meilleure éducation, d'une hausse des coûts nets induits par un enfant, une baisse de la mortalité infantile, un meilleur accès à des emplois modernes pour les femmes et une plus grande facilité d'accès aux contraceptifs. Il en résulte une chute sensible des naissances chez les citadines, qui ont en moyenne 25% d'enfants en moins que les femmes des zones rurales. La principale différence entre les femmes des villes et des campagnes est sans doute leur utilisation des contraceptifs. Le recours à la contraception dépend à la fois de la volonté d'espacer les grossesses ou de limiter la taille de la famille et de la disponibilité des/de l'accès aux méthodes modernes appropriées de planning familial. En milieu urbain, ces facteurs qui influent sur la demande comme sur l'offre de contraceptifs modernes sont susceptibles d'encourager les méthodes volontaires de planning familial.

E. Le rôle de la contraception moderne

Des quatre facteurs « directs » mentionnés ci-dessus, l'utilisation des contraceptifs a le plus grand impact potentiel sur la fertilité : en l'absence de services modernes de planning familial, certains changements socio-économiques (telles que la meilleure santé des enfants et le changement des méthodes d'allaitement) peuvent entraîner une hausse du taux de natalité. En résumé, les contraceptifs modernes offrent aux couples les moyens de fonder une famille de la taille qu'ils souhaitent de la manière la plus efficace, la plus sûre et la plus humaine possible.

Aujourd'hui, dans les pays en développement, aucun programme ne répond à la demande actuelle de services modernes de planning familial. Les données de l'Enquête mondiale sur la fécondité réalisée dans 29 pays indiquent que 48% des femmes mariées âgées de 49 ans ne souhaitent plus d'enfants. Une étude portant sur 18 de ces pays indique que le taux de natalité moyen de 32,3% passerait à 23,5% si toutes les grossesses non désirées étaient évitées. En résumé, il y a actuellement une forte demande de services de planning familial, et elle devrait augmenter vu que le développement améliore les conditions socio-économiques dans les pays en développement.

II. Le programme américain d'assistance pour la population (*Population Assistance Program*)

A. Objectifs politiques de l'USAID

Les programmes de planning familial sont une composante essentielle de la stratégie américaine d'aide au développement, et la présente administration a réaffirmé l'engagement, vieux de 20 ans, des États-Unis en faveur des efforts de planning familial volontaire. L'objectif du programme d'assistance pour la population de l'USAID est double : (1) renforcer, dans les PMA, la liberté individuelle de choisir librement le nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et l'espacement entre les grossesses, et (2) encourager une croissance démographique compatible avec la croissance des ressources économiques et de la productivité². Les deux éléments de cet objectif vont de pair. La possibilité de choisir librement le nombre d'enfants que l'on souhaite élever et l'espacement entre les grossesses offre à l'individu de meilleures chances de renforcer ses qualifications, de chercher un emploi et d'accroître ses revenus. L'expérience montre que lorsque les couples se voient offrir ces choix, ils tendent à fonder des familles de taille plus réduite, ce qui tend à freiner la croissance démographique.

² L'exode rural et le problème des réfugiés sont des questions d'ordre démographique, mais ils font l'objet de documents de stratégie séparés.

Par ailleurs, lorsque la richesse nationale cumulée et la population sont équilibrées, les familles disposent généralement de meilleures perspectives d'éducation, d'emploi et de santé. Une telle hausse des opportunités et de telles améliorations des conditions de vie tendent à relever les aspirations individuelles et familiales, et les couples préfèrent alors généralement avoir moins d'enfants, qu'ils pourront convenablement éduquer et élever, que d'en avoir plus et ne pas pouvoir leur offrir de tels avantages.

Les fondements de l'assistance américaine pour la population sont les suivants :

- les personnes et les couples devraient pouvoir choisir librement la taille de leur famille ;
- les programmes de planning familial volontaire sont nécessaires et sont souhaités par les citoyens du tiers-monde ;
- aider les gouvernements des PMA à atteindre le développement économique et à soutenir les efforts que déploient leurs citoyens pour avoir une vie meilleure pour eux-mêmes et leurs enfants est conforme aux intérêts stratégiques et humanitaires américains ;
- il n'est possible d'avoir un développement économique durable et des conditions de vie décentes pour tous les citoyens des PMA que si le progrès économique ne se laisse pas distancer par la croissance démographique ;
- l'impact des ressources du développement est maximisé par la coordination des politiques et programmes qui élargissent l'accès à l'éducation et à l'emploi, en particulier pour les femmes, et la prestation de services modernes de planning familial ; et
- les États-Unis disposent d'atouts uniques dans ce domaine de l'aide internationale au développement.

Le soutien de l'USAID aux programmes de planning familial repose sur deux principes fondamentaux : le caractère volontaire et le choix éclairé. L'USAID ne soutient pas les programmes impliquant le moindre élément de coercition en vue de forcer des personnes à recourir au planning familial ou à accepter une quelconque méthode de contraception. En fait, les programmes qu'elle soutient doivent inclure une description de l'efficacité et des risques de toutes les grandes méthodes de planning familial ainsi qu'un engagement à fournir d'autres méthodes de planning familial à la demande ou à orienter les couples vers d'autres programmes offrant d'autres méthodes s'il y a lieu. L'USAID soutient la fourniture de méthodes de planning familial dans le contexte médical et culturel propre à chaque pays.

B. Activités du programme d'assistance pour la population

L'USAID joue traditionnellement un rôle actif dans le soutien des programmes de population, étant en permanence chef de file des donateurs bilatéraux et multilatéraux en matière d'initiatives de programme et de financement. Depuis le milieu des années 60, l'USAID a, au total, apporté une assistance pour la population de plus 2 milliards de dollars, ce qui représente environ la moitié de toute l'assistance pour la population fournie aux pays en développement. On estime que l'aide des donateurs et les dépenses des gouvernements des pays hôtes (à l'exception de la Chine) consacrées aux programmes de population se montent à un peu plus d'un milliard de dollars par an. Ces dernières années, l'assistance pour la population de l'USAID a représenté environ 20% de ces budgets cumulés.

L'allocation par l'USAID de fonds pour la population reflète ses priorités dans ce secteur. La prestation de services de planning familial volontaire et les prestations afférentes sont au cœur du programme et absorbent donc la plus grande part de l'assistance pour la population. Le soutien aux mécanismes permettant la prestation de ces services inclut : les marchandises, la formation des médecins, du personnel paramédical et des travailleurs sur le terrain, ainsi que l'assistance technique pour la mise en place et l'amélioration des services. La recherche innovante sur le terrain en vue d'améliorer les systèmes de prestation existants et de développer de nouveaux programmes de diffusion destinés à fournir des services de santé et de planning familial moins onéreux et plus attractifs est une autre activité importante financée par l'USAID.

L'USAID a montré la voie aux donateurs concernant le développement et la diffusion des méthodes contraceptives de qualité les plus courantes à l'heure actuelle. Les États-Unis continueront à contribuer à développer de nouvelles méthodes contraceptives prometteuses et à améliorer les méthodes existantes, ainsi qu'à la recherche sur la sécurité et l'efficacité des contraceptifs dans des conditions réelles dans les pays en développement.

La prestation de services s'accompagne de la diffusion d'informations et la sensibilisation concernant les questions de planning familial et de population, tant pour les utilisateurs individuels que pour les décideurs politiques gouvernementaux. À la demande des gouvernements, les États-Unis offrent une assistance technique pour aider à analyser les politiques gouvernementales susceptibles d'influer sur la disponibilité et la demande de services de planning familial et pour analyser les répercussions d'une croissance démographique rapide sur les autres secteurs de développement, tels que l'alimentation, la santé et l'énergie.

Le programme américain d'assistance pour la population n'agit pas indépendamment de nos autres efforts de développement : il tient compte des liens entre population, santé, nutrition, éducation, emploi et productivité agricole. L'USAID a montré la voie en matière de développement et d'application de nouvelles méthodes visant à mesurer l'impact des programmes et la mesure dans laquelle la fécondité et le recours aux services de planning familial sont influencés par l'accès à l'éducation et les perspectives d'emploi offerts aux femmes, par la santé des enfants et par d'autres facteurs économiques et sociaux. Sur la base de nos connaissances du lien entre la population et les autres facteurs de développement, nous cherchons à faire de notre stratégie globale de développement pour chaque pays une stratégie dans laquelle les objectifs et les activités dans tous les secteurs, y compris démographique, se renforcent mutuellement.

Les programmes de planning familial tendent à porter leurs fruits dans les pays où il y a un engagement fort du gouvernement hôte, une infrastructure capable de fournir les services dans tous le pays ainsi qu'une acceptation sociale et culturelle du concept de planning familial. La majeure partie de l'assistance américaine pour la population est destinée aux pays réunissant ces trois conditions. Dans certains pays - notamment, mais pas exclusivement, africains -, où la prise de conscience de l'impact d'une croissance démographique débridée sur le développement économique durable et sur les besoins et la demande de services modernes de planning familial a été plus tardive, l'USAID travaille en étroite collaboration avec les gouvernements hôtes et des organisations privées pour les aider à analyser et à renforcer leurs politiques et leurs programmes. Lorsque les infrastructures sont faibles ou inadaptées, l'USAID finance des activités visant à renforcer les institutions locales de prestation de services et travaille également en collaboration avec le secteur privé.

Ces dernières années, l'USAID a augmenté la part de fonds pour la population allouée aux programmes bilatéraux de planning familial, reflétant ainsi non seulement l'engagement de l'USAID à intégrer les programmes de planning familial dans les programmes globaux d'aide au développement des différents pays, mais aussi l'intérêt croissant des gouvernements des PMA à collaborer avec les États-Unis pour développer des programmes nationaux solides de planning familial.

Parmi les principaux atouts dont dispose l'USAID pour contribuer aux efforts des programmes de population des PMA, citons sa forte présence sur le terrain et son rôle précoce et durable de chef de file pour mettre au point des approches innovantes concernant la prestation de services bon marché répondant aux exigences spécifiques de chaque pays. L'USAID a également été un acteur de premier plan en raison de sa forte orientation analytique, que ce soit dans le test de systèmes de diffusion pour la prestation de services de planning familial, dans l'analyse et l'interprétation des conclusions d'enquêtes afin de mesurer les conséquences des programmes, dans la recherche biomédicale ou dans le développement de stratégies globales de planning familial. L'ampleur même des travaux financés par les États-Unis en matière de planning familial constitue un autre atout : les États-Unis apportent environ la moitié de l'assistance pour la population du Comité d'aide au développement (CAD) et sont le principal donateur du Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et des intermédiaires privés. Cette prééminence leur confère une voix unique pour encourager le recours à des services de planning familial volontaire de qualité auprès des couples intéressés à travers le monde. Le programme de population de l'USAID dans le 19 se fonde sur ce passé hautement fructueux.

C. Politiques spécifiques régissant l'assistance américaine pour la population

Au-delà des principes fondamentaux de caractère volontaire et de choix éclairé sur lesquels repose l'assistance américaine pour la population, certaines dispositions législatives et certaines politiques de l'USAID régissent l'assistance octroyée à ce titre.

(1) Avortement

Conformément à la loi habilitante adoptée en 1974, l'USAID ne peut soutenir les services d'avortement ni plusieurs autres activités liées à ces derniers, telles que la fourniture de matériel d'avortement ou l'incitation à pratiquer l'avortement. En janvier 1981, l'USAID a interrompu le financement de la recherche concernant des techniques d'avortement en tant que méthodes de planning familial. Le financement de toutes les recherches de ce type s'est achevé en 1981, bien que l'USAID maintienne certaines données épidémiologiques descriptives pour évaluer l'incidence, l'étendue ou les effets indésirables de l'avortement.

Tous les accords de subvention et contrats de population financés par l'USAID conclus avec des organisations bénévoles privées (OBP) et avec les gouvernements hôtes contiennent des dispositions interdisant le recours aux fonds de l'USAID pour financer des activités liées à l'avortement. Les accords de sous-traitance conclus avec les OBP reprennent également de telles interdictions.

Ces interdictions comprennent :

- l'achat ou la distribution de matériel destiné à provoquer l'avortement en tant que méthode de planning familial ;
- l'achat ou la distribution de kits de régulation menstruelle (RM) ;
- des tarifs spéciaux ou des mesures d'incitation afin d'obliger ou de motiver les femmes à avorter ;
- la rétribution de personnes pour qu'elles pratiquent des avortements ou appliquent des procédures de RM ou pour qu'elles incitent des femmes à se soumettre à un avortement ou à des procédures de RM en tant que méthode de planning familial ;
- les programmes d'information, d'éducation, de lobbying, de formation ou de communication cherchant à promouvoir l'avortement en tant que méthode de planning familial ;
- le financement de la recherche biomédicale relative à des techniques d'avortement en tant que méthode de planning familial ;
- la formation de personnes à la pratique de l'avortement en tant que méthode de planning familial.

(2) Stérilisation volontaire

La section 104(f) du *Foreign Assistance Act* (loi américaine sur l'aide à l'étranger), entrée en vigueur en 1978, interdit l'utilisation de fonds américains pour toute stérilisation *forcée*. Elle stipule :

Aucun des fonds débloqués pour l'application de ce plan ne peut être utilisé pour financer la pratique de la stérilisation forcée comme méthode de planning familial ou pour forcer ou inciter financièrement toute personne à se faire stériliser.

La politique de l'USAID³ régissant l'utilisation des fonds de cette dernière pour la stérilisation prévoit que ces fonds ne peuvent être utilisés pour financer des activités de stérilisation volontaire que si les six conditions suivantes sont réunies :

- 1) *Consentement éclairé*. Le bénéficiaire doit recevoir, dans sa propre langue, une explication quant à la nature de l'opération, ses risques et ses avantages et son caractère irréversible. La marque ou signature authentifiée doit figurer sur le formulaire de consentement, qui doit être conservé pendant une période de trois ans.
- 2) *Disponibilité d'autres méthodes*. D'autres méthodes de planning familial doivent être facilement disponibles afin de garantir que le bénéficiaire puisse choisir librement parmi les méthodes autorisées.
- 3) *Incitations financières*. Aucun fonds de l'USAID ne peut être utilisé pour inciter les bénéficiaires à accepter une stérilisation volontaire. Le prix de l'opération doit donc être tel qu'il ne favorise pas la stérilisation volontaire par rapport à d'autres méthodes.
- 4) *Qualité des services*. Le personnel médical doit être correctement formé, et le matériel chirurgical devrait être le meilleur disponible qui est adapté aux différentes situations locales.
- 5) *Intégration avec la santé*. Dans la mesure du possible, les programmes de stérilisation volontaire doivent être intégrés aux services généraux de soins de santé du pays hôte et être menés dans le respect de la santé et du bien-être généraux des bénéficiaires potentiels.
- 6) *Politiques nationales*. Les programmes de stérilisation financés par l'USAID devraient être menés en totale coopération avec les représentants du pays hôte, et un soin tout particulier doit être déployé pour éviter de mettre indument l'accent sur une quelconque minorité ethnique, politique ou religieuse.

La réglementation fixant les dispositions relatives au consentement éclairé figure dans tous les contrats, subventions et sous-accords conclus entre l'USAID et les organismes d'exécution. Le respect de ces directives et règlements est contrôlé en permanence par l'USAID afin d'éviter toute violation.

(3) Planning familial naturel

En 1981, la section 104(b) du *Foreign Assistance Act* a été amendée pour garantir que les informations et les services liés aux méthodes de planning familial naturel (PFN) soient intégrés dans les activités liées à la population financées par l'USAID. Les missions de l'USAID ont été informées de cet amendement législatif et de l'intention de l'USAID de veiller à ce que les méthodes de planning familial naturel, dont la définition inclut toutes les méthodes reposant sur l'abstinence périodique, soient intégrées dans toutes les formes pertinentes d'assistance pour la population, dont les programmes de recherche, de formation, de prestation de services et d'information, lorsque cela s'avère compatible avec la culture et les

³ La directive de politique (PD) 3 (anciennement PD-70) résumée ci-dessous est jointe en annexe.

souhaits de la population bénéficiaire et de son gouvernement.

Si le planning familial naturel n'est pas en soi un concept nouveau, l'attention et l'intérêt dont il est l'objet se sont renforcés ces dix dernières années. Les missions de l'USAID devraient continuer d'étudier des moyens d'encourager l'inclusion d'approches du planning familial naturel dans les programmes des agences publiques et privées de planning familial actives dans le pays. La politique de l'USAID régissant le financement des activités de planning familial naturel repose sur les mêmes principes de caractère volontaire et de choix éclairé que ceux régissant les autres méthodes de planning familial. L'USAID privilégie le financement de programmes qui offrent un vaste choix de méthodes de planning familial (à l'exception de l'avortement) et encourage l'inclusion dans ces programmes d'informations et/ou de services portant sur les méthodes de planning familial naturel. Tous les programmes de population financés par l'USAID doivent prouver qu'ils ne recourent pas à la coercition concernant non seulement la pratique du planning familial, mais aussi le choix d'une méthode particulière de planning familial.

(4) Lien entre démographie et développement général

La reconnaissance des liens réciproques entre la fécondité et les autres aspects du développement a poussé le Congrès américain à amender le *Foreign Assistance Act* afin d'y intégrer la section 104(d). Cette section stipule que :

(1) L'assistance au titre de ce chapitre est administrée de manière à mettre l'accent sur la corrélation entre (a) la croissance démographique et (b) le développement et l'amélioration générale des conditions de vie dans les pays en développement, ainsi que sur l'impact de tous les programmes, projets et activités sur la croissance démographique.

L'application de la section 104(d) exige de l'USAID qu'elle maximalise l'impact des maigres ressources de développement, non seulement en évitant de financer des programmes de développement dont les objectifs sont trop dispersés, mais aussi en se basant sur ce que l'on sait des liens entre les progrès économiques et sociaux et la baisse de la fécondité. L'USAID a interprété la section 104(d) comme une invitation à améliorer le contexte socio-économique dans lequel sont fournis les services de planning familial volontaire (ce qui constitue en soi un objectif de développement important), de manière à soutenir l'intérêt croissant des parents pour les familles plus réduites ainsi que leur capacité à recourir à des contraceptifs modernes et efficaces pour parvenir à une famille de taille idéale. Dans la mise en œuvre de ce calendrier, l'USAID ne cherche pas à conditionner son assistance aux réductions de la fécondité, mais plutôt à coordonner les activités de développement et la disponibilité des services de planning familial de manière à les renforcer l'un l'autre.

(5) Contraceptifs

L'USAID a pour habitude de ne fournir à d'autres pays que les contraceptifs que la FDA (Food and Drug Administration) a agréés pour le territoire américain.

III. Facteurs influençant la mise en œuvre des politiques

Les contraintes pesant sur le respect des objectifs de la politique d'assistance pour la population comprennent :

- les politiques gouvernementales faibles ou contradictoires ;
- les règlements qui nuisent à la bonne distribution des contraceptifs ;
- le caractère inapproprié des infrastructures utilisées pour la prestation de services ; et
- le contexte économique et social, comme des mauvaises conditions sanitaires, des faibles niveaux d'instruction, des salaires bas - en particulier pour les femmes -, qui nuisent à l'acceptation ou à l'utilisation efficace des méthodes modernes de planning familial.

Toute une série de politiques gouvernementales et d'évolutions socio-économiques tendent à favoriser (ou, du moins, à ne pas défavoriser) un taux de fécondité élevé. Tel est le cas de l'effondrement des pratiques traditionnelles ayant servi à garantir l'espacement entre les grossesses ; une législation protectrice du travail, qui complique le recrutement des femmes ; de l'absence de règlements interdisant le travail des enfants ; de la sédentarisation des peuples nomades ; et de l'abandon progressif de l'allaitement prolongé (l'une des principales méthodes traditionnelles permettant de retarder la grossesse suivante) au profit de l'allaitement intermittent et du sevrage précoce. Par ailleurs, toute une série d'évolutions socio-économiques s'accompagnent au début d'une hausse de la fécondité, même si elles entraînent par la suite une réduction de la taille des familles (par exemple, un niveau d'instruction plus élevé des femmes, une meilleure santé et des revenus familiaux plus importants).

Aujourd'hui, la plupart des PMA investissent massivement - souvent avec l'aide des États-Unis ou d'autres donateurs -

dans des activités de développement dans un certain nombre de secteurs, et ont élaboré des politiques visant à réduire la croissance démographique. Toutefois, ils prêtent souvent peu attention à l'intégration ou à la coordination de ces programmes et politiques de développement en vue de maximaliser leurs effets combinés. Par exemple, dans certains pays, les services de planning familial sont pratiquement inaccessibles en dehors des grandes villes. Parallèlement, les gouvernements investissent dans des programmes d'éducation et de production de revenus pour les familles dans les zones rurales - programmes qui sont susceptibles d'éveiller l'intérêt des couples pour une limitation de la taille de leur famille et donc d'accroître la demande de services modernes de planning familial. Dans de nombreuses régions, ces services n'ont pas été intégrés aux programmes existants en faveur de la santé maternelle et infantile, bien que celle-ci constitue un facteur essentiel de l'amélioration de la santé en général dans la plupart des PMA.

Lorsque les contraintes qui nuisent à l'acceptation ou à l'utilisation effective des moyens de contraception modernes découlent de l'absence d'amélioration des conditions de vie fondamentales et des opportunités économiques, l'USAID veille à coordonner ses activités de développement dans d'autres secteurs et son soutien aux programmes de planning familial, de manière à ce qu'ils se renforcent mutuellement. Elle travaille également en collaboration avec les PMA pour les aider à analyser et à renforcer leurs politiques, qui peuvent dans certains cas englober la modification des règlements qui entravent la distribution des contraceptifs, et dans d'autres, se concentrer sur l'amélioration de la santé des femmes et des enfants ou de l'accès à l'éducation pour les femmes. Lorsque les infrastructures sont faibles ou inadaptées, l'USAID soutient les activités de développement institutionnel ou collabore avec le secteur privé, qui dispose souvent de moyens plus efficaces que ceux des gouvernements pour la prestation de services. Les grandes priorités de l'USAID - le renforcement du rôle des discussions intergouvernementales sur les politiques nationales, le secteur privé, le développement institutionnel et le transfert de technologies - sont particulièrement pertinentes pour surmonter les principales contraintes qui pèsent sur la bonne mise en œuvre des objectifs des politiques démographiques des États-Unis et des PMA.

A. Politiques des pays hôtes

L'expérience de l'USAID indique que les programmes de planning familial sont les plus efficaces lorsque les gouvernements soutiennent de solides structures de prestation de services et s'engagent à limiter la croissance démographique excessive par le biais de la prestation de services de planning familial volontaire, et lorsque cet engagement se traduit par une politique démographique claire, étayée par des politiques mettant l'accent sur l'amélioration de l'accès à l'éducation, à la santé et à un emploi, notamment pour les femmes. Dans les pays où une croissance démographique élevée en permanence semble éroder le développement économique, l'USAID intègre ce facteur dans ses discussions stratégiques avec les gouvernements. Si les États-Unis ne subordonnent pas, et ne le feront pas, l'aide au développement à l'adoption, par le gouvernement hôte, d'une politique démographique particulière, l'USAID continuera de rechercher et d'exploiter les occasions de mener des discussions stratégiques sur le planning familial volontaire. En effet, nombre des « succès » des programmes de planning familial en Asie et en Amérique latine se fondaient non seulement sur un soutien bilatéral substantiel à l'extension des services de planning familial de qualité, mais aussi sur un dialogue officiel continu concernant la politique et les réformes institutionnelles nécessaires pour renforcer la qualité et la couverture des programmes. L'application par l'USAID de la section 104(d) du *Foreign Assistance Act* est un élément important des discussions en cours sur les politiques démographiques et de développement. L'USAID continuera par ailleurs de soutenir le développement et l'utilisation d'une série d'outils permettant d'analyser et de démontrer l'impact d'une rapide croissance démographique sur le progrès économique, mettant ces programmes à la disposition des gouvernements des PMA intéressés lorsque ceux-ci examineront l'ensemble de leurs objectifs, programmes et problèmes de développement.

B. Secteur privé

Dans la plupart des pays, la distribution des contraceptifs a commencé via le secteur privé : les médecins privés prescrivaient des contraceptifs à leurs patients ; certaines méthodes de planning familial étaient disponibles sous le manteau, et des organisations bénévoles privées offraient certains services, essentiellement dans les zones urbaines. Le secteur privé a joué un rôle essentiel sur le plan de l'offre, répondant aux demandes de services et montrant aux gouvernements comment mettre en place des systèmes efficaces de distribution de contraceptifs. Lorsque les gouvernements commencent à fournir de tels services, cette exclusivité du privé laisse place à un mélange (qui varie d'un pays à l'autre) entre systèmes de distribution publics et privés. Dans un certain nombre de pays, le gouvernement a recours au secteur privé pour fournir l'ensemble ou la majorité des services disponibles.

Ces dernières années, l'aide de l'USAID aux organisations bénévoles privées a représenté environ un tiers du programme d'assistance pour la population. Cette aide passe essentiellement par de grands intermédiaires américains ou internationaux qui exécutent les programmes dans les PMA au travers des organisations locales ou en collaboration avec ces dernières.

La prestation de services de planning familial, tant publics que privés, implique traditionnellement des services en clinique et axés sur les médecins. Bien qu'efficaces, ces programmes sont onéreux et souvent excessivement orientés vers les bénéficiaires des villes. Dans une tentative d'atteindre les populations rurales, et les pauvres en particulier, des programmes modifiés ont été développés pour répondre aux besoins et aux spécificités des régions isolées. Il est essentiel d'accroître le nombre de points de distribution et les types de méthodes contraceptives proposées pour étendre l'accès à de tels services. Dans le but de développer les services et de favoriser une plus grande implication du secteur privé dans la prestation de services de planning familial, l'USAID met davantage l'accent sur la prestation de services de proximité par un personnel bénévole et paraprofessionnel. En outre, dans de nombreux pays en développement, l'USAID finance des programmes de vente au détail commerciale, où les services de planning familial sont fournis par le secteur commercial. Elle souligne la nécessité, pour les systèmes de prestation de services de planning familial, de réduire leur dépendance aux ressources extérieures en encourageant systématiquement un plus grand financement local, le bénévolat, la participation des institutions de proximité, le paiement à l'acte et le renforcement des capacités de gestion dans tous les programmes. Elle soutient également les efforts en faveur d'une telle évolution dans les PMA consentis par les entreprises privées américaines actives dans la production et la distribution de contraceptifs. Dans la mesure du possible, les méthodes, la recherche et l'expérience de ces entreprises doivent être adaptées et utilisées dans les pays en développement.

C. Développement des institutions

Le programme d'assistance pour la population de l'USAID s'efforcera activement de renforcer et d'encourager la participation directe des institutions locales dans le processus de développement. Les institutions tant publiques que privées participent à la prestation de services de planning familial dans les PMA. L'ampleur de l'effort à déployer pour rendre ces services accessibles à tous ceux qui le souhaitent, et le caractère inapproprié des infrastructures pour la prestation de ces services dans la majorité des pays, témoignent de l'importance de renforcer une série d'institutions locales qui sont ou pourraient être des prestataires de services efficaces.

Les institutions adéquates vont des organisations féminines locales aux associations privées de planning familial, en passant par le ministère de la Santé. Dans de nombreux pays, il importe que les services gouvernementaux en charge de la santé maternelle et infantile (SMI) intègrent des services de planning familial, en raison des liens réels et supposés entre la SMI, d'une part, et l'espace et la limitation des grossesses, de l'autre. Les efforts se multiplient également en vue de faire participer les organisations de proximité à la prestation de services ainsi qu'à la diffusion de l'information et de l'éducation concernant le concept de planning familial et les moyens de contraception. La mobilisation des ressources locales (main-d'œuvre, matériel, argent, direction) comme contribution aux projets publics ou privés est un moyen important de promouvoir l'intérêt général de la communauté pour un service particulier, au même titre que l'encouragement de l'initiative et la constitution de capacités locales de gestion.

Le programme d'assistance pour la population cherche non seulement à impliquer les institutions locales dans la prestation de services, mais aussi à développer ou à renforcer les capacités des institutions locales de recherche sur la démographie et les sciences sociales, les services gouvernementaux en charge de l'analyse et de l'élaboration des politiques, les organismes de formation et les structures par lesquelles l'information, l'éducation et les communications relatives au planning familial atteignent les bénéficiaires potentiels.

L'efficacité des organisations locales dépend d'éléments tels que la bonne répartition et la bonne utilisation des ressources, la qualité de la direction, la clarté des objectifs et des programmes et la flexibilité dans la mise en œuvre des programmes. Pour renforcer l'efficacité organisationnelle, des changements peuvent être nécessaires au niveau des structures et des fonctions, des systèmes de gestion ou du savoir et des compétences des différents acteurs. C'est pourquoi il convient de se concentrer davantage sur le développement des capacités de gestion et de formation au sein des organisations locales.

S'il est généralement admis que les politiques publiques influent sur le succès des efforts de développement, la manière dont celles-ci peuvent nuire à l'efficacité des institutions locales est bien moins connue. Ainsi, les politiques gouvernementales peuvent réglementer l'importation et/ou la distribution des stocks de contraceptifs, fixer les prix à des niveaux qui nuisent à la rentabilité ou définir, de manière restrictive, le rôle et les fonctions d'un organisme privé.

D. Transfert de technologie

L'un des points forts du programme américain d'assistance pour la population a été le transfert du savoir-faire scientifique et technologique américain vers les PMA appliquant des programmes de planning familial. Les États-Unis sont l'un des champions du développement, du test et de la diffusion des principaux contraceptifs et systèmes de prestation de services

de planning familial. L'USAID augmente l'aide qu'elle accorde au développement de nouvelles méthodes prometteuses de contraception et à la recherche sur la sécurité et l'efficacité des contraceptifs, testés dans des conditions d'utilisation semblables à celles prévalant dans les PMA. En plus du transfert de technologie propre à la fourniture de contraceptifs, l'USAID a encouragé le développement et la diffusion d'une série de technologies permettant d'analyser et de démontrer les conséquences d'une croissance démographique rapide sur le progrès économique, permettant aux gouvernements des PMA d'utiliser ces instruments au moment d'examiner les objectifs de leurs politiques et de leurs programmes. La demande des PMA en technologies américaines reste élevée. Notre capacité à transférer une technologie adaptée aux besoins des différents pays a donné aux États-Unis un rôle de leader dans ce domaine à long terme.

IV. Conclusion

L'assistance pour la population restera un élément essentiel de l'aide américaine au développement. La teneur et l'orientation du programme américain sont guidées par plusieurs facteurs :

- l'engagement à aider les PMA à atteindre une croissance économique autonome ;
- la conviction que les personnes et les couples devraient pouvoir déterminer librement la taille de leur famille ;
- la conviction qu'il n'est possible d'avoir un développement économique durable et des conditions de vie décentes pour tous les citoyens des PMA que si le progrès économique ne se laisse pas distancer par la croissance démographique ;
- le constat que des programmes de planning familial volontaire sont nécessaires pour les citoyens des pays en développement et qu'ils sont souhaités par eux ;
- la conviction que ce programme est conforme aux intérêts stratégiques et humanitaires américains, qui consistent à aider les gouvernements des PMA à atteindre des objectifs économiques nationaux et à soutenir les efforts de leurs citoyens en faveur d'une vie meilleure pour eux-mêmes et leurs enfants ; et
- le constat de plus en plus clair que les États-Unis disposent d'atouts spécifiques dans ce secteur de l'aide internationale au développement. Le programme d'assistance pour la population de l'USAID continuera à s'efforcer activement de renforcer et d'encourager la participation directe des institutions locales dans le processus de développement. L'USAID exploitera la flexibilité et l'inventivité du secteur privé dans le but de développer de nouvelles méthodes plus efficaces, afin de démocratiser au maximum le recours à des contraceptifs sûrs, efficaces et acceptables. L'USAID prendra davantage en considération les besoins et les intérêts du bénéficiaire des services, de manière à ce que ces derniers respectent au maximum les préférences culturelles des utilisateurs effectifs et potentiels. Enfin, elle inscrira dans ses programmes l'intégration des services de planning familial dans les activités de santé et autres activités de développement.

V. Annexe

PD-3 (septembre 1982) (anciennement PD-70, 14 juin 1977)

Orientations politiques de l'USAID concernant la stérilisation volontaire

I. Aperçu

Le Plan d'action mondial sur la population de la Conférence mondiale des Nations unies sur la population de 1974 faisait remarquer que « tout couple, tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances, d'être suffisamment instruit et informé de ces questions et de bénéficier de services adéquats en la matière (...) ».

Le *Foreign Assistance Act* (FAA) de 1961 (tel qu'amendé) reflète des considérations supplémentaires :

- (1) le processus de développement économique et social, qui est à son tour influencé par le rythme, l'ampleur et le sens de la croissance démographique ; et
- (2) le fait que, dans de nombreux PMA, les taux élevés de croissance démographique nuisent au respect des objectifs plus vastes de développement, contribuent aux difficultés économiques et à la précarité sanitaire et entravent toute possibilité d'amélioration de la qualité de vie pour nombre de parents et leurs enfants.

En appliquant un programme global d'assistance à la population autorisé par le FAA, l'USAID a répondu aux demandes

d'assistance toujours plus nombreuses des PMA et a contribué à élargir l'accès aux diverses méthodes de planning familial autorisées par notre législation et mises à disposition à une plus grande échelle aux populations urbaines et rurales, dans le cadre d'une utilisation strictement volontaire.

Plus récemment, les gouvernements des PMA et les ONG ont demandé une aide pour étendre la disponibilité de services de stérilisation volontaire (SV)⁴. De telles demandes répondent en partie aux travaux préparatoires menés par diverses organisations ayant bénéficié du soutien de l'USAID, dont l'Association for Voluntary Sterilization (AVS), le Pathfinder Fund, l'International Fertility Research Program (IFRP), ainsi que le programme PIEGO (*Program for International Education in Gynecology and Obstetrics*) de l'université John Hopkins, réalisé dans le cadre du vaste programme de formation avancée à l'obstétrique et à la gynécologie. Ces organisations ont contribué à faire avancer de manière significative le développement de nouvelles techniques chirurgicales, qui rendent la stérilisation plus sûre, plus simple et moins onéreuse en évitant l'hospitalisation du patient. Elles ont mis au point des équipements spéciaux et ont donné au personnel médical des PMA une formation spécialisée dans la pratique de l'obstétrique et de la gynécologie, qui comprend l'endocrinologie, la détection des cas de cancer, les soins maternels, ainsi que la gestion de l'infertilité et de la fécondité - et notamment les opérations de stérilisation.

En apportant son soutien aux services de stérilisation, l'USAID doit réaffirmer son engagement intégral et immuable envers le principe fondamental de libre acceptation des méthodes de planning familial et définir les conditions et les garde-fous fondamentaux dans lesquels peut s'exercer ce soutien. Ces conditions et ces garde-fous s'imposent en raison de la nature spécifique de la stérilisation, qui est une démarche chirurgicale personnelle et irréversible, et afin de garantir que les droits et les besoins des individus sont scrupuleusement respectés.

Les positions officielles des gouvernements nationaux sont contrastées. Si de nombreux pays reconnaissent que la stérilisation volontaire est devenue un élément fondamental de tout service complet de planning familial, certains n'accordent qu'officieusement leur soutien aux actions des agences non gouvernementales, tandis que d'autres s'opposent à cette méthode. Le personnel de l'USAID ainsi que les organismes bénéficiant d'une subvention ou d'un accord de coopération de l'USAID doivent être pleinement conscients des sensibilités nationales et obtenir l'approbation de la mission et de l'USAID/Washington avant de s'engager à soutenir des activités de stérilisation, quel que soit le contexte.

II. Orientations générales

L'USAID reconnaît que chaque pays hôte est libre de définir ses propres pratiques et politiques concernant la prestation de services de stérilisation. Cependant, le soutien de l'USAID aux activités menées dans le cadre de programmes de SV ne peut être consenti que si ces dernières respectent l'intégralité de ces orientations.

A. Consentement éclairé : l'aide de l'USAID aux programmes impliquant des services de SV dépend de la confirmation par l'USAID (programmes bilatéraux) et/ou les bénéficiaires d'une subvention/accord de coopération de l'USAID que les opérations de stérilisation chirurgicale financées en tout ou partie par des fonds de l'USAID ne sont réalisées qu'après que la personne s'est présentée volontairement au centre de traitement et a donné son consentement éclairé à l'opération de stérilisation.

Par « consentement éclairé », on entend l'assentiment volontaire et en connaissance de cause d'une personne après qu'elle a été informée de l'opération chirurgicale à venir, des gênes et des risques potentiels qui y sont liés, des avantages à en attendre, de la disponibilité de méthodes alternatives de planning familial, de l'objectif de l'opération et de son caractère irréversible, ainsi que de la possibilité qui lui est offerte de revenir sur son consentement à tout moment avant l'opération. Le consentement d'une personne est considéré comme volontaire s'il repose sur l'exercice du libre arbitre et s'il n'est pas obtenu au moyen d'incitations spécifiques ou d'un quelconque élément de force, de fraude, de duperie, de coercition ou de toute autre forme de contrainte ou de tromperie.

En outre, le bénéficiaire de fonds de l'USAID utilisés en tout ou partie pour réaliser une opération est tenu de prouver le consentement éclairé du patient au travers de (a) un formulaire de consentement écrit dans une langue comprise et parlée par le patient, qui explique les fondements du consentement éclairé tels que définis ci-dessus et est signé par le patient et par le médecin concerné ou l'assistant agréé de ce dernier ou (b) lorsqu'un patient n'est pas en mesure de lire correctement,

⁴ Les programmes de SV incluent les activités centrées sur la prestation de services de stérilisation volontaire pour les hommes et les femmes émettant le souhait de recourir à ce mode de contraception. Aux fins de cette discussion, les programmes de formation à la SV ont été intégrés, dans la mesure où la formation exige généralement que les apprentis appliquent des procédures supervisées aux patients qui se sont présentés spontanément pour une stérilisation dans une structure offrant des services et/ou une formation en la matière.

une certification écrite rédigée par le médecin concerné ou son assistant agréé stipulant que les fondements du consentement éclairé ont été présentés oralement au patient et que ce dernier a ensuite donné son aval à l'opération. Le patient doit prouver qu'il a reçu l'explication orale en apposant une marque sur la certification, qui doit être accompagnée de la marque ou de la signature d'un témoin devant être du même sexe et parler la même langue que lui.

Les copies de ces formulaires de consentement éclairé et de ces documents de certification seront conservées, pour chaque opération, par la structure médicale ayant effectué l'opération ou par le gouvernement hôte pour une période de trois ans après la réalisation de l'opération de stérilisation.

Les missions de l'USAID ont conscience qu'elles sont chargées de contrôler les programmes de SV bénéficiant de l'aide de l'USAID - que ceux-ci soient financés de manière bilatérale ou par des organismes bénéficiant d'une subvention ou d'un accord de coopération de l'USAID - afin de garantir en permanence le respect du principe de consentement éclairé. Pour mener efficacement cette fonction de surveillance, tous les programmes proposés - qu'ils soient financés de manière bilatérale ou par des intermédiaires financés par l'USAID - seront approuvés par la mission et par l'USAID/Washington avant tout engagement de fonds ou toute promesse de débloquer des fonds pour des activités de SV. Dans l'exercice de cette responsabilité, le personnel de l'USAID doit être pleinement conscient de la situation locale et des structures administratives du gouvernement et pouvoir communiquer efficacement avec les représentants du pays hôte.

B. Accès facile à d'autres méthodes : lorsque les services de SV sont accessibles, d'autres méthodes de planning familial sont également mises à disposition sur un site commun, de manière à offrir un choix au bénéficiaire.

C. Incitations financières : aucun fonds de l'USAID ne sera utilisé pour payer des bénéficiaires potentiels de la stérilisation en vue de les inciter à accepter la SV. En outre, les frais ou la structure de coûts encourus par le patient pour la SV et les autres services de contraception seront établis de manière à ne pas rendre la stérilisation financièrement plus avantageuse que les autres méthodes.

D. Qualité des services de SV : le personnel médical actif auprès des bénéficiaires de la stérilisation sera bien formé et disposera des qualifications requises au titre des normes médicales locales. Le matériel fourni sera le meilleur disponible et sera adapté aux situations spécifiques de l'endroit où il sera utilisé.

E. Stérilisation et services de santé : dans la mesure du possible, les programmes de SV - qu'ils soient financés de manière bilatérale ou exécutés par des organisations privées financées par l'USAID - seront pleinement intégrés à l'ensemble des services de soins de santé du pays bénéficiaire et seront mis en œuvre dans le respect de la santé et du bien-être général des bénéficiaires potentiels. Par ailleurs, les possibilités d'élargir les soins de santé aux personnes participant aux programmes de SV devraient être exploitées au maximum. Il convient également de tenir compte de l'impact que peuvent avoir les services élargis de SV sur les services existants de santé générale du pays bénéficiaire en termes d'emploi des médecins et du personnel médical y attaché et d'utilisation des bâtiments ou des infrastructures.

F. Politiques nationales : en l'absence d'une politique officielle et affirmée ou d'une acceptation explicite du soutien de l'USAID aux activités de SV, l'USAID prendra toutes les précautions qui s'imposent au travers d'une consultation avec les représentants du pays hôte, de manière à minimiser les risques de malentendus concernant les éventuelles activités de SV. En supervisant la cohérence des programmes de SV financés par l'USAID avec les pratiques et les politiques locales, les antennes de l'USAID et les agences financées par celle-ci prêteront une attention toute particulière aux activités des programmes axées sur les minorités culturelles, ethniques, religieuses ou politiques, afin de garantir que les principes de consentement éclairé énoncés au point A ci-dessus sont respectés et que l'accent n'est pas mis exagérément sur de tels groupes minoritaires.

Addendum à la PD-3 (anciennement addendum à la PD-70, 09/02/1981)

Orientations additionnelles des programmes de l'USAID concernant les activités de stérilisation volontaire (SV)

1. **INTRODUCTION :** la précédente directive de politique n° 3 (PD-3) reste d'application. Cependant, à la lumière de plusieurs années d'expérience, une nouvelle clarification d'un certain nombre de points relatifs à l'application de la PD-3 et une interprétation spécifique des dispositions qu'elle contient s'avèrent nécessaires.

2. **APPLICABILITÉ DE LA PD-3 :** la PD-3 stipule que « le soutien de l'USAID aux activités menées dans le cadre de programmes de SV ne peut être consenti que si ces dernières respectent l'intégralité de ces directives ». Cela signifie que les dispositions de la PD-3 s'appliquent si les fonds de l'USAID sont utilisés pour financer directement en tout ou partie des activités de SV. Cependant, comme indiqué également dans la PD-3, « l'USAID reconnaît que chaque pays hôte est libre de définir ses propres pratiques et politiques concernant la prestation de services de stérilisation ». Les dispositions de

la PD-3 ne s'appliquent pas si l'USAID finance des programmes de population et de planning familial dans un pays donné et si la prestation de services de SV n'est pas prévue dans l'accord d'assistance - en d'autres termes, si les activités de SV sont intégrées au programme du pays hôte mais que les fonds de l'USAID ne sont pas utilisés pour financer de tels services. Ainsi, si le soutien de l'USAID à des activités entreprises dans le cadre d'un programme de SV est limité géographiquement à certaines zones d'un pays, la PD-3 ne s'applique qu'aux secteurs dont les activités de SV sont financées par l'USAID. La PD-3 ne s'applique pas si les activités et les projets ne sont liés que de manière accessoire aux dispositions relatives aux services de SV, par exemple en cas d'assistance de l'USAID pour la construction de bâtiments polyvalents ou à la formation élargie à la santé reproductive, qui inclut les techniques de SV. Enfin, la PD-3 ne s'applique pas aux programmes de population et de planning familial financés par l'USAID dans les pays hôtes qui utilisent les fonds de l'USAID pour des activités autres que la SV et qui financent par ailleurs des activités de SV grâce à des fonds propres ou à d'autres fonds ne provenant pas de l'USAID.

3. **CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ** : le bénéficiaire d'une assistance de l'USAID utilisée en tout ou partie pour pratiquer des opérations de SV doit obtenir et enregistrer tout consentement éclairé et volontaire dans le cadre des opérations de SV. L'USAID ne prévoit aucun format particulier pour cette démarche. Cependant, les éléments de procédure décrits en PD-3 (à savoir l'explication de la nature de l'opération, des risques et avantages qu'elle comporte, de la disponibilité de méthodes alternatives de planning familial, du caractère irréversible de l'opération et de la possibilité pour le patient de revenir sur son consentement) doivent tous être intégrés au processus d'obtention du consentement éclairé.

4. **MODES DE PAIEMENT** : tous les paiements en espèces ou en nature au-delà des coûts de services de SV effectués par les bénéficiaires et/ou les prestataires et tous les frais facturés pour les SV et autres services de contraception doivent être établis de manière telle que la stérilisation n'en devienne pas financièrement plus avantageuse qu'une autre méthode contraceptive.

(A) **Dédommagement des bénéficiaires** : il convient de noter que les directives diffèrent pour les dédommagements susceptibles d'être versés aux bénéficiaires de SV et pour celles versés aux prestataires de SV (les directives applicables aux prestataires de services de SV sont détaillées au paragraphe 4.B ci-dessous). Comme indiqué au paragraphe C de la PD-3, « aucun fonds de l'USAID ne sera utilisé pour payer des bénéficiaires potentiels de la stérilisation en vue de les inciter à accepter la SV ». Par ailleurs, l'USAID ne peut généralement soutenir des services de SV qui incluent des incitations financières pour les bénéficiaires potentiels. Ainsi, un programme de SV financé par l'USAID ne peut s'accompagner d'un dédommagement du bénéficiaire afin qu'il accepte de se faire stériliser. La définition de ce qui constitue une incitation doit être élaborée au niveau local, sur la base d'une connaissance approfondie de la situation économique et sociale des bénéficiaires potentiels. En général, les facilités offertes aux bénéficiaires pour les dépenses supplémentaires légitimes liées aux services de SV - telles que le transport, l'alimentation durant l'hospitalisation, les médicaments, les vêtements et l'habillement liés à l'opération chirurgicale et la valeur du travail perdu - ne sont pas considérées comme des incitations financières et peuvent prétendre à l'assistance de l'USAID. À noter que ces dédommagements doivent être raisonnables et permettre l'accès équitable aux services de SV à un coût identique à celui des autres services contraceptifs. Ainsi, la compensation pour le travail perdu doit correspondre à une estimation rationnelle de la valeur du travail perdu dans le cadre d'une durée de convalescence raisonnable.

(B) **Dédommagement des prestataires de services** : à la lumière de l'expérience acquise, il semble souhaitable de modifier les précédentes directives des programmes de l'USAID relatives au remboursement des services de SV telles que définies dans la circulaire 393 de l'USAIDTO (27/10/1977), page 6, section 3, « coûts des services opératoires », paragraphe 4. L'interdiction proposée du remboursement au cas par cas des prestataires de services de SV ne s'est pas avérée pratique en ce que le dédommagement au cas par cas ou par opération est la méthode de paiement consacrée pour les opérations chirurgicales aussi bien dans les pays développés que dans les pays moins avancés. Le paiement au cas par cas des médecins, du personnel paramédical et du personnel de service peut s'avérer acceptable. Le dédommagement au cas par cas des prestataires de services pour les éléments tels que l'anesthésiant, les frais de personnel, les soins pré- et postopératoires, le transport, les fournitures chirurgicales et administratives, etc. est elle aussi globalement acceptable. Ces dédommagements des prestataires doivent être raisonnables par rapport aux autres services médicaux et contraceptifs proposés, de sorte que les prestataires ne disposent d'aucune incitation financière à pratiquer des SV plutôt que d'autres méthodes de planning familial. Comme pour les dédommagements des bénéficiaires, cette évaluation doit se faire en fonction des différents pays et programmes. Cependant, dans les deux cas, l'USAID/Washington fournira une assistance et des orientations concernant ces estimations, et les décisions relatives à l'application de la PD-3 devraient lui être transmises pour suivi. Si le dédommagement au cas par cas est souvent habituel, il est recommandé aux missions d'USAID d'encourager les schémas de prestation de services et les modes de paiement qui ne mettent pas excessivement l'accent sur les opérations de SV par rapport aux autres méthodes de

contrôle de la fécondité. Ainsi, si des chirurgiens sont payés au cas par cas et s'ils ne jouent aucun rôle dans la sélection des patients ou le conseil de ces derniers, ces prestataires de services ne peuvent inciter des patients supplémentaires à privilégier la stérilisation par rapport à d'autres méthodes contraceptives. Le dédommagement des médecins à la session plutôt qu'au cas par cas peut également servir le même objectif. Dans la mesure où les dédommagements au cas par cas soulèvent certaines questions, souvent de nature complexe, allant au-delà de celles soulevées par d'autres types de compensation, les missions doivent, dans la mesure du possible, s'efforcer de persuader les gouvernements de recourir à d'autres modes de paiement - que ce paiement se fasse directement ou de manière progressive.

- (C) **Dédommagement des agents d'orientation** : dans certains pays, des travailleurs de terrain sont employés pour informer et orienter les bénéficiaires potentiels concernant les différentes méthodes contraceptives, dont la SV. Lorsque des dépenses supplémentaires sont générées pour l'information et l'orientation des bénéficiaires de SV, un dédommagement au cas par cas de ces frais est envisageable. À nouveau, comme c'est le cas des dédommagements des prestataires et/ou bénéficiaires, il convient de déterminer en fonction du pays ou du programme si le dédommagement porte sur des dépenses ou des activités supplémentaires légitimes liées à l'orientation vers la SV. L'objectif est de pouvoir fournir au bénéficiaire toutes les méthodes contraceptives disponibles au même prix.