

## LE PROJET INACHEVÉ : RÉPONDRE AUX BESOINS EN PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES PAYS MOINS DÉVELOPPÉS

Les programmes de planification familiale ont connu d'énormes succès au cours des cinquante dernières années. Dans les pays en développement, environ la moitié des couples utilisent désormais des méthodes de contraception moderne. Depuis les années 1960, la taille moyenne d'une famille dans les pays en développement est passée de six ou sept enfants par femme à environ trois enfants. Ces tendances se sont traduites par des millions de vies sauvées et des bienfaits supplémentaires pour les femmes et les enfants qui jouissent désormais d'une meilleure santé et peuvent atteindre un plus haut niveau de scolarité et une plus grande autonomie.

Malgré ces gains, l'utilisation de la contraception reste faible et demeure un besoin criant dans les régions les plus pauvres et les plus peuplées de la planète. Dans certaines régions, au moins trois grossesses sur dix n'ont pas été planifiées et des millions de couples ne peuvent toujours pas décider du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir ni de l'in-

tervalle entre les grossesses. En outre, certains pays en développement (comme le Bangladesh) qui ont réduit leurs taux de fécondité de manière significative au cours des dernières décennies risquent de voir ces progrès ralentir ou cesser. Les défis à relever sont énormes mais pas insurmontables. Les 50 dernières années prouvent que des programmes de planification familiale solides peuvent être mis au point et ce, même dans des circonstances difficiles. L'utilisation sûre et volontaire de la contraception est également acceptée à l'échelle mondiale. En 1994, des représentants de 179 nations se sont rencontrés au Caire à l'occasion de la Conférence sur la population et le développement et se sont entendus pour fournir des soins universels en santé reproductive d'ici 2015. Cet objectif appelait les pays à « répondre aux besoins en planification familiale de leurs populations » et à leur procurer « l'accès universel à toute une gamme de méthodes de planification familiale sûres et fiables. »<sup>1</sup>

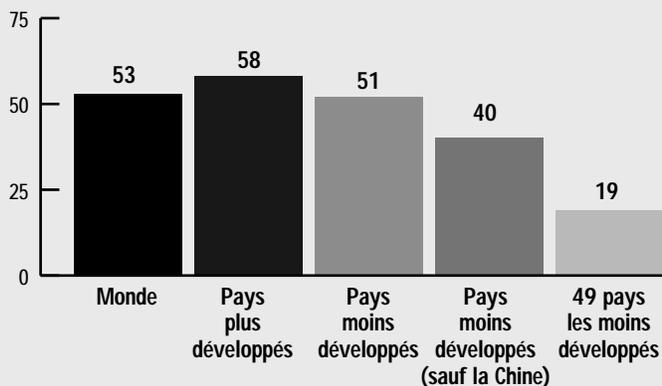
**Un succès mitigé en matière d'objectifs internationaux**  
L'utilisation de la contraception moderne a plus que quadruplé depuis les années 1960 dans des pays aussi variés que le Bangladesh, la Colombie, l'Inde, l'Indonésie et la Thaïlande.<sup>2</sup> Cependant, plusieurs pays sont encore loin d'avoir atteint les objectifs définis au Caire. Les besoins en matière de planification familiale demeurent très élevés dans le monde en développement. Plus de 120 millions de femmes affirment vouloir éviter une grossesse bien qu'elles n'utilisent pas de moyen de contraception.<sup>3</sup> Ce chiffre s'élève à 201 millions si on compte les femmes qui ont recours à des méthodes traditionnelles telles que le retrait prématuré ou l'utilisation d'herbes.<sup>4</sup>

L'utilisation de la contraception demeure faible dans certains pays très pauvres. Moins d'une femme mariée sur cinq utilise une méthode de contraception moderne dans les 49 pays désignés par les Nations Unies comme étant les moins développés (voir la figure 1). En outre, certains pays parmi les plus pauvres au monde n'ont réalisé que peu ou pas de progrès en la matière au cours des vingt dernières années. Parmi les 26 pays les moins développés pour

Figure 1

### Utilisation de la contraception moderne

Pourcentage de femmes mariées de 15 à 49 ans



REMARQUE : Selon la Division de la population des Nations Unies, les régions les plus développées comprennent l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon. Les régions les moins développées comprennent l'Afrique, l'Asie (à l'exclusion du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes ainsi que les 49 pays parmi ces régions ayant été désignés par les Nations Unies comme étant les moins développés.

SOURCE : Population Reference Bureau, *Fiche de données sur la population mondiale 2004* ; chiffres pour les pays les moins développés basés sur les calculs du PRB.

lesquels nous disposons de données concernant deux périodes spécifiques depuis la fin des années 1980, on ne compte que 13 pays ayant connu une légère augmentation de l'utilisation de la contraception moderne (moins de 5 %).<sup>5</sup>

Dans la plupart des pays en développement, l'utilisation de la contraception demeure beaucoup plus faible parmi les femmes les plus pauvres que parmi les femmes les mieux nanties. Une étude portant sur 49 pays en développement a démontré qu'en moyenne les femmes mariées du quintile le plus riche étaient plus susceptibles (4,6 fois plus) d'utiliser une méthode de contraception moderne que celles du quintile le plus pauvre.<sup>6</sup>

De nombreux couples manquent de choix en matière de contraception et ce, en dépit de l'objectif du Caire d'offrir aux couples une « gamme complète » de méthodes de planification familiale. Une étude a démontré qu'à partir du milieu des années 1990, seuls quatre pays de l'Afrique subsaharienne sur 30 mettaient à la disposition des couples un large éventail de méthodes contraceptives dont notamment la pilule contraceptive, le stérilet, la stérilisation féminine et les préservatifs.

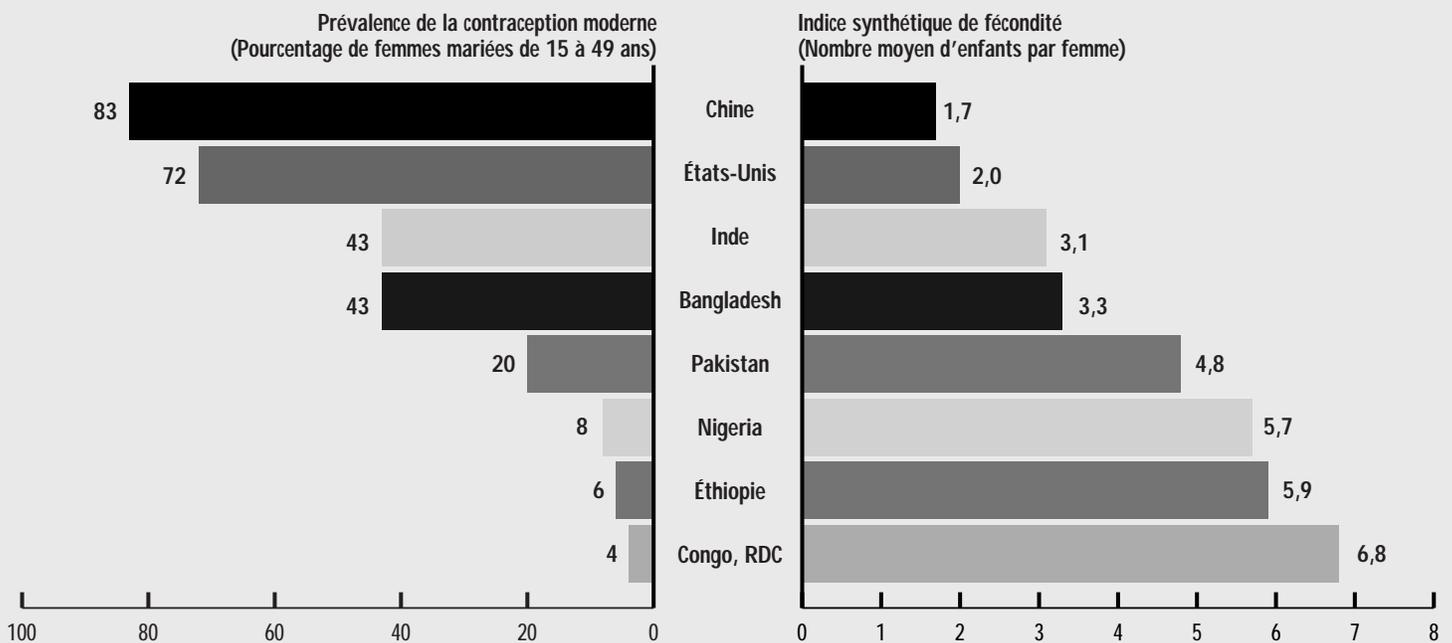
(Cette étude définissait la « disponibilité » comme étant l'accès à ces méthodes pour au moins la moitié de la population.) La situation n'était guère meilleure dans le monde en développement en général. Au cours de cette période, seulement la moitié des 91 pays en développement mettaient à la disposition des couples au moins une méthode à long terme (p. ex. la stérilisation ou le stérilet) et une à court terme (p. ex. la pilule ou les préservatifs).<sup>7</sup>

### Répondre aux besoins dans les pays les plus pauvres et les plus peuplés de la planète

L'élimination de la fracture mondiale en matière de planification familiale (qui permettra aux couples de décider de la taille de leur famille) exigera qu'on accorde une attention particulière à certaines des zones les plus pauvres et les plus peuplées de la planète. La réussite dans ces régions est également essentielle pour stabiliser la population mondiale. Certains pays dans lesquels la planification familiale n'est pas encore une réalité connaissent une croissance démographique parmi les plus rapides au monde.

Figure 2

### Contraception et procréation dans les pays fortement peuplés



SOURCE : Population Reference Bureau, *Fiche de données sur la population mondiale 2004*.

Selon les Nations Unies, la moitié de la croissance démographique mondiale de 2000 à 2050 proviendra de huit pays (l'Inde, le Pakistan, le Nigeria, les États-Unis, la Chine, le Bangladesh, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo).<sup>8</sup> Quatre de ces pays (le Pakistan, le Nigeria, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo) sont loin d'avoir atteint l'indice synthétique de fécondité (environ deux enfants par femme) associé à une croissance démographique moins rapide. Dans ces pays, cet indice varie de 4,8 à 6,8 enfants (voir la figure 2).

Les projections moyennes des Nations Unies prévoient une croissance démographique mondiale de 6,3 milliards d'habitants en 2003 à 8,1 milliards en 2030 et supposent que les pays en développement auront un indice synthétique de fécondité d'un peu plus de deux enfants au cours des 25 à 30 prochaines années. Dans les 49 pays les moins développés, les projections moyennes des Nations Unies supposent que cet indice passera de 5,5 à 3,1 enfants pendant cette période.

Des taux de fécondité de deux ou trois enfants impliquent une utilisation largement répandue de la contraception. Mais un taux de fécondité de 2,1 par exemple correspond à un taux de prévalence de la contraception d'environ 75 %.<sup>9</sup> Des taux légèrement plus élevés de fécondité et moins élevés de prévalence de la contraception auraient des conséquences énormes sur la future taille de la population mondiale. Les Nations Unies ont calculé que des taux de fécondité d'à peine plus de la moitié d'un enfant par rapport aux projections moyennes feraient passer la population mondiale à 10,6 milliards d'individus d'ici 2050, un accroissement représentant plus de la moitié de la population mondiale actuelle.

À peine 20 % des femmes mariées de la République du Congo, de l'Éthiopie, du Pakistan et du Nigeria utilisent une méthode de contraception moderne (voir la figure 2). L'Éthiopie et le Pakistan comptent parmi les pays du monde où les besoins sont les plus élevés : bien qu'elles souhaitent espacer ou empêcher leurs grossesses, environ un tiers des femmes mariées de ces pays affirment qu'elles n'utilisent pas de moyen de contraception.<sup>10</sup> Par conséquent, de nombreuses femmes ont des grossesses non planifiées. En Éthiopie, près de 37 % des naissances récentes n'ont été ni planifiées ni désirées.<sup>11</sup>

Certains grands États de l'Inde connaissent un décalage en matière de planification familiale par rapport à d'autres régions du pays. La taille moyenne d'une famille de l'Uttar Pradesh varie entre quatre et cinq enfants alors que la prévalence de la contraception dans cette région est de 22 pour cent. Environ un quart des naissances récentes dans cet État n'ont pas été planifiées.<sup>12</sup> L'Uttar Pradesh compte 178 millions d'habitants et s'il formait un pays, serait le cinquième pays le plus peuplé de la planète.<sup>13</sup>

Le maintien des progrès réalisés représentera un défi important à relever dans les pays à forte densité de population qui ont connu un certain succès en matière de planification familiale. Ainsi les progrès réalisés au Bangladesh, qui a connu une augmentation significative de la planification familiale et un déclin important de la fécondité de 1960 à 1990, ont ralenti pendant les années 1990. En outre, on prévoit que la population féminine en âge de procréer y passera de 36 à 48 millions d'individus au cours des 10 prochaines années.<sup>14</sup>

### Les avantages de la planification familiale

Les avantages de la planification familiale vont bien au-delà du ralentissement de la croissance de la population mondiale. Grâce à l'utilisation de la contraception, les femmes peuvent éviter les risques élevés associés à des grossesses mal planifiées qui mettent en danger leur santé et celle de leurs enfants. Par exemple, des enfants nés d'une même mère et espacés de 3 à 5 ans ont deux fois plus de chance de survivre jusqu'à l'âge de 5 ans que des enfants nés moins de 2 ans après un frère ou une sœur.<sup>15</sup>

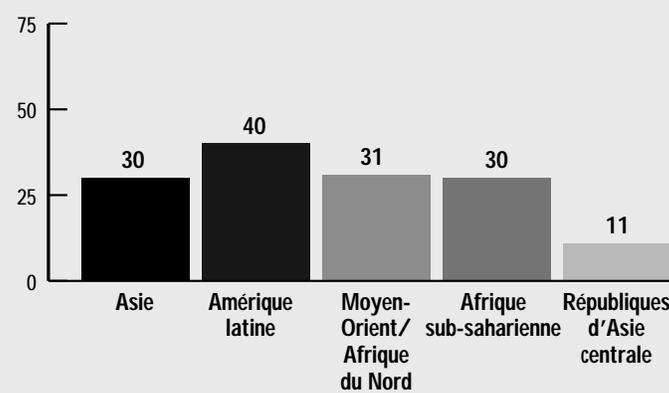
Les pays les plus pauvres, frappés par des taux de mortalité maternelle et infantile élevés, sont ceux qui ont le plus à gagner de la planification familiale en matière de bienfaits de santé. Une estimation suggère que la réponse aux besoins encore insatisfaits en contraception moderne parmi les femmes des pays moins développés empêcherait chaque année le décès de 1,4 million d'enfants et de 142 000 mères.<sup>16</sup>

La planification familiale est en outre rentable. En réduisant l'exposition d'une femme à des grossesses non planifiées,

Figure 3

### Naissances non planifiées dans les pays moins développés

Pourcentage des naissances rapportées par des femmes comme ayant été planifiées ou non, au moins deux années tard



SOURCE : John Ross, John Stover et Amy Willard, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health* (1999).

la planification familiale sauve des vies et coûte moins cher que les services de soins associés à la maternité. Le coût de la planification familiale par décès d'enfant évité est également faible : dans un pays à faible revenu comme le Mali par exemple, le coût par année de vie supplémentaire est d'environ 4 à 5 \$ US.<sup>17</sup> En évitant des grossesses non planifiées chez les mères séropositives, les services de planification familiale peuvent également prévenir l'infection des bébés par le VIH à un coût moindre que celui des soins à un enfant infecté.

De plus, la planification familiale peut jouer un rôle-clé dans la prévention des grossesses non planifiées, un problème grave dans le monde en développement. Les femmes font couramment état de naissances non planifiées ou non désirées (voir la figure 3). Le problème est particulièrement grave en Amérique latine où les femmes rapportent que 40 % des naissances récentes n'ont pas été planifiées. Même ces chiffres élevés sous-estiment l'importance du problème puisqu'ils ne comprennent pas le nombre de grossesses interrompues par un avortement.

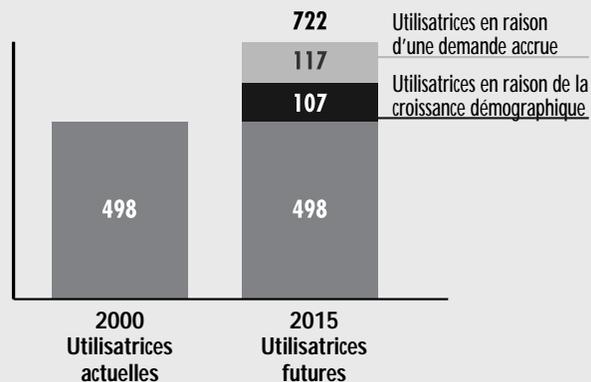
En effet, les complications liées à l'avortement sont une conséquence grave d'une grossesse non planifiée. Dans la majorité des pays en développement, l'avortement est illégal et effectué dans des conditions dangereuses. Néanmoins, on estime que 20 % des grossesses qui se produisent dans les pays en développement sont interrompues par un avortement. Ces opérations affectent énormément la santé et le bien-être des femmes. L'Organisation mondiale de la Santé estime que 13 % des décès maternels liés à la grossesse (environ 78 000 décès par an) sont attribuables aux complications provoquées par un avortement réalisé dans des conditions dangereuses.<sup>18</sup>

Ces décès sont pour la plupart inutiles et évitables. L'utilisation de méthodes de contraception fiables permet aux femmes de prévenir les grossesses non planifiées et les taux d'avortement déclinent généralement en fonction de l'accroissement de l'utilisation de la contraception moderne. Selon une étude effectuée dans 12 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, la chute des taux d'avortement s'établirait entre 47 et 65 % si les besoins de ces pays en matière de contraception étaient satisfaits et si les femmes qui utilisent des méthodes traditionnelles de contrôle des naissances passaient à des méthodes de contraception moderne.<sup>19</sup>

Figure 4

### Accroissement projeté des utilisateurs de contraceptifs dans les pays en développement

Millions de femmes mariées ou en union libre de 15 à 49 ans



SOURCES : L'estimation du PRB est fondée sur des données des Nations Unies tirées de Perspectives de la population mondiale : Révision 2002 (scénario moyen) ; Utilisation des contraceptifs dans le monde 2003 par les Nations Unies ; et Fiche de données sur la population mondiale 2004 du PRB.

### Les défis que posent les besoins en planification familiale

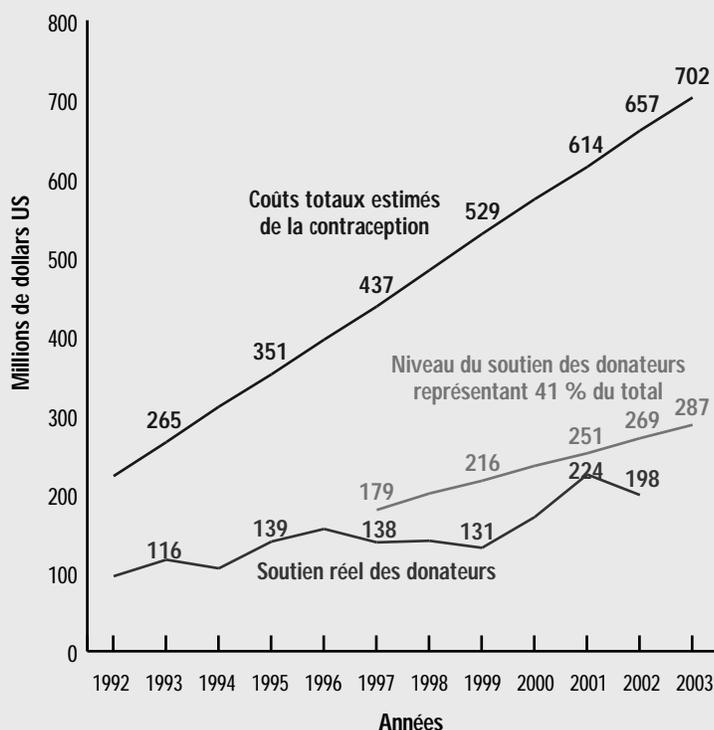
Les efforts déployés pour satisfaire les besoins en contraception dans les pays moins développés sont entravés par des facteurs tels que la croissance démographique, les pénuries de contraceptifs et un financement inadéquat. Ces défis ne sont pas insurmontables. Toutefois, en raison de l'accroissement projeté des utilisateurs de contraceptifs dans les pays moins développés, il est essentiel de répondre aux carences en matière de services de planification familiale.

De nombreux facteurs, notamment les problèmes liés à l'offre et à la demande, restreignent l'utilisation de la planification familiale dans les pays pauvres. En ce qui concerne la demande, il arrive que des couples soient ignorants en matière de contraception. Les valeurs culturelles peuvent encourager une fécondité importante. Dans certains milieux, la position sociale moins élevée d'une femme par rapport à son mari et à d'autres membres de la famille peut limiter sa capacité à utiliser la planification familiale.

Les facteurs liés à l'approvisionnement représentent également des obstacles majeurs. De nombreux couples n'ont toujours pas accès à une large gamme de méthodes contraceptives. La fourniture de contraceptifs sans services connexes d'information, d'éducation et de conseil peut s'avérer ineffi-

Figure 5

Coûts associés à la contraception et soutien des donateurs



REMARQUE : Les chiffres ont été arrondis.

SOURCE : Fonds des Nations Unies pour la population, *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention* : 2002.

cace : les couples peuvent avoir une perception erronée des effets de la contraception sur la santé ou manquer d'information sur les méthodes disponibles. De plus, l'agitation sociale peut empêcher une grande partie de la population d'avoir recours aux services de santé essentiels.

L'accroissement projeté de la demande et des utilisateurs de la contraception accroît les défis à venir quant à la fourniture de services aux couples les plus pauvres dans le monde. De 2000 à 2015, le nombre d'utilisateurs de contraceptifs dans les pays moins développés risque augmenter de plus de 200 millions de femmes en raison d'une demande plus élevée et de la croissance démographique (voir la figure 4).

Les besoins des jeunes posent un problème particulier. La croissance démographique passée dans les pays moins développés s'est traduite par le plus grand nombre jamais atteint de jeunes adultes en âge de procréer.<sup>20</sup> Les pays qui connais-

sent une croissance démographique rapide comme le Nigeria (44 % de la population y est âgée de moins de 15 ans) devront étendre leurs services de manière significative pour répondre aux besoins d'une population de jeunes adultes.

Bien que le besoin et la demande n'aient cessé de croître, nombre de pays en développement font face à des pénuries de moyens de contraception. Les programmes qui existent dans plusieurs pays dont l'Éthiopie, la Tanzanie, le Mexique, la Thaïlande et l'Afrique francophone, ont connu des pénuries de contraceptifs. Parmi les facteurs qui ont contribué à ces pénuries, citons le nombre croissant d'utilisateurs, une demande plus élevée, la pandémie du VIH/SIDA et une réduction des dons financiers.<sup>21</sup>

Même si certains pays en développement peuvent couvrir leurs coûts en matière de contraception, la plupart ne disposent pas de devises étrangères et de capacités de production suffisantes pour satisfaire les besoins de leur population sans devoir recourir aux dons financiers. Un écart important existe entre le coût de l'approvisionnement en contraceptifs et le soutien financier (voir la figure 5, page 5). De plus, la part du coût total des contraceptifs couverte par les dons financiers a décliné au cours des dernières années. De 1992 à 1996, les donateurs couvraient environ 41 % du coût des contraceptifs. En 2002, la part des donateurs était d'environ 30 %, laissant un déficit de 71 millions de dollars à combler.

De manière générale, les donateurs n'ont pas respecté les engagements pris en matière de soins de santé reproductive lors de la Conférence sur la population et le développement qui s'est tenue en 1994. Le plan d'action de la conférence estimait que les programmes de santé reproductive, y compris la planification familiale, la santé maternelle et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, coûteraient 18 milliards de dollars d'ici 2005. Les pays en développement acceptaient de couvrir environ deux tiers du coût (12,2 milliards de dollars), alors que les donateurs internationaux s'engageaient à donner 6,1 milliards.

En 2003, les Nations Unies estimaient que les dons internationaux pour ces programmes ne représentaient que 3 milliards de dollars, un montant bien en deçà de ce qui avait été promis. Les gouvernements des pays moins développés ont dépensé environ 11,7 milliards de dollars, un mon-

tant des plus encourageants. Les Nations Unies ont noté que les dépenses encourues dans quelques grands pays en développement ont représenté la quasi-totalité des 11,7 milliards de dollars. Un grand nombre de pays parmi les plus pauvres sont incapables de mobiliser leurs ressources pour financer leurs propres programmes de santé reproductive et continuent donc à dépendre du soutien de la communauté internationale.<sup>22</sup>

### Un renouvellement des efforts pour combler les besoins en planification familiale

Malgré les nombreux progrès réalisés au cours des cinquante dernières années dans le domaine de la planification familiale, une large fracture continue de persister entre les pays en ce qui concerne l'accès à la contraception et son utilisation. L'utilisation de la contraception reste faible alors que les besoins demeurent élevés dans certains pays parmi les plus pauvres et les plus peuplés. Divers facteurs intensifient les défis à venir, notamment la croissance démographique, la pénurie de contraceptifs et un financement inadéquat.

Les 50 dernières années prouvent que des programmes de planification familiale solides peuvent être mis en place et ce, même dans des circonstances difficiles. Les résultats obtenus démontrent également que les programmes de planification familiale sauvent des vies. Parmi les multiples défis d'ordre politique et sanitaire, les services de planification familiale doivent monter sur l'échelle des priorités. Comme les nations réunies à l'occasion de la Conférence du Caire l'ont reconnu, ces services rentables sont essentiels pour améliorer la santé et le bien-être des générations actuelles et futures, particulièrement dans les pays les plus pauvres de la planète.

### Références

- <sup>1</sup> Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), consulté en ligne à : [www.unfpa.org/icpd/](http://www.unfpa.org/icpd/), le 16 avril 2004.
- <sup>2</sup> Nations Unies (ONU), Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (New York : ONU, 2000).
- <sup>3</sup> John Ross et William Winfrey, « Unmet Need for Contraception in the Developing World and the Former Soviet Union: An Updated Estimate, » *International Family Planning Perspectives* 28, no 3 (2002), consulté en ligne à : [www.guttman.org/pubs/journals/2813802.html](http://www.guttman.org/pubs/journals/2813802.html), le 28 avril 2004.
- <sup>4</sup> Alan Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population, *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care* (New York : AGI et UNFPA, 2003) : 18.
- <sup>5</sup> Calculs du PRB dérivés de la *Fiche de données sur la population mondiale 2004* (Washington, DC : PRB, 2004) et de *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*, publié par les Nations Unies.
- <sup>6</sup> Davidson Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Vol. I et II (Washington, DC : Banque mondiale, 2003).
- <sup>7</sup> John Ross, John Stover et Amy Willard, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs* (Glastonbury, Connecticut : The Futures Group International, 1999).

<sup>8</sup> Division de la population des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (New York : ONU, 2003).

<sup>9</sup> Division de la population des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2002 Revision*. L'estimation du taux de fécondité total à 2,1 correspondant à environ 75 % de la prévalence des contraceptifs provient de Ross, Stover et Willard, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs* 87.

<sup>10</sup> Données sur l'Éthiopie consultées en ligne à : [www.measuredhs.com/statcompiler](http://www.measuredhs.com/statcompiler), le 20 avril 2004. Données sur le Pakistan consultées en ligne à : [www.pakistan.gov.pk/population-division/publications/chapter6.pdf](http://www.pakistan.gov.pk/population-division/publications/chapter6.pdf), le 20 avril 2004.

<sup>11</sup> Données sur l'Éthiopie consultées en ligne à : [www.measuredhs.com/statcompiler](http://www.measuredhs.com/statcompiler), le 20 avril 2004.

<sup>12</sup> International Institute for Population Sciences et ORC Macro, *National Family Health Survey, India, 1998-1999: Uttar Pradesh* (Mumbai : IIPS, 2001) : 62, 87, 95.

<sup>13</sup> Basé sur les calculs du PRB à partir des données du Indian Sample Registration System, 2004.

<sup>14</sup> Projections démographiques au Bangladesh tirées de Population Reference Bureau, *Fiche de données sur la planification familiale dans le monde - 2002* (Washington, DC : PRB, 2002).

<sup>15</sup> Vidya Setty-Venugopal et Ushma D. Upadhyay, *Birth Spacing: Three to Five Saves Lives* Population Reports, Série L, no 13 (Baltimore, MD : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Programme d'information sur la population, été 2002).

<sup>16</sup> Alan Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population, *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care* : 20, 29.

<sup>17</sup> Rodolfo Bulatao, *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries* (Santa Monica, CA : The Rand Corporation, 1998), consulté en ligne à : [www.rand.org/publications/MR/MR978/](http://www.rand.org/publications/MR/MR978/), le 26 avril 2004.

<sup>18</sup> Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility: Women, Society & Abortion Worldwide* (New York : AGI, 1999) : 35, 42.

<sup>19</sup> Charles Westoff, *Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries* (2004), consulté en ligne à : [paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=40034](http://paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=40034), le 26 avril 2004.

<sup>20</sup> Lori Ashford, *Securing Future Supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention* (Washington, DC : PRB, 2002).

<sup>21</sup> Ashford, *Securing Future Supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention*.

<sup>22</sup> Nations Unies (ONU), *The Flow of Financial Resources for Assisting on the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Ten-Year Review* (New York : ONU, 2004) : 2, 10, 27.

### Remerciements

Dara Carr et Marya Khan du Population Reference Bureau ont préparé ce rapport. Nous tenons à remercier les personnes suivantes ayant apporté une contribution et des commentaires de grande valeur pendant l'élaboration de ce dossier : Lori Ashford, Robert Engelman, Carl Haub, Gordon Perkin, John Ross, Barbara Seligman, Erin Sines, Rhonda Smith et Nancy Yinger. Ce dossier a été révisé par Robert Lalasz et élaboré par Michelle Nigh. Le financement de ce dossier a été rendu possible grâce à un don de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Production du rapport en français : Word Design

Traduction : Eriksen Translations, Inc.

Édition : Pascale De Souza

Coordination de la traduction et édition : Sara Adkins-Blanch, PRB

© Janvier 2005, Population Reference Bureau