

OCTOBRE 2011

PAR KARIN RINGHEIM,
JAMES GRIBBLE ET
MIA FOREMAN

INTÉGRATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE : SAUVER DES VIES, DE L'ARGENT ET DU TEMPS

215 millions de femmes dans le monde ne souhaitent pas tomber enceintes et n'utilisent aucune méthode de planification familiale.

35%

Dans les pays en développement, 35 pour cent des nouvelles mamans tombent à nouveau enceintes au bout de 15 mois — involontairement dans la plupart des cas.

Les enfants nés avec un écart allant de trois à cinq ans ont de bien meilleures chances de survivre et de grandir en bonne santé.

Alors que les pays s'efforcent de réduire la pauvreté et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, ils mettent également l'accent sur l'impact de la croissance démographique sur la santé et le développement. L'augmentation rapide de la population rend difficile la réalisation de progrès, mêmes modestes, en matière de santé, d'éducation et d'emploi.¹ Cette démographie galopante exerce également une pression sur les terres, l'eau, les forêts et les autres ressources naturelles. L'investissement dans la planification familiale est un moyen important de faire face à la croissance démographique et de stimuler le développement économique.² La plupart des pays qui ont atteint une croissance économique rapide ont mené de solides programmes de planification familiale qui aident les femmes à éviter les grossesses non planifiées et à avoir les familles plus petites, comme elles le préfèrent.³ À l'identique de l'éducation des filles, la planification familiale est le meilleur atout pour le développement.⁴

Certains pays ont constaté que la voie vers la croissance économique et le développement est renforcée par la fourniture de services de planification familiale (PF) qui accompagnent les soins de santé maternelle et infantile (SMI) —les services de santé que les femmes cherchent pour elles-mêmes, avant, pendant et après la grossesse, et pour la santé de leurs enfants. Offrir des services intégrés est un moyen rentable de prévenir les grossesses non désirées chez un grand nombre de femmes et contribue à avoir une population en meilleure santé. Les économies et les bénéfices nets réalisés par les systèmes de santé l'emportent sur les coûts initiaux d'intégration des services de PF et de SMI.⁵ En outre, lorsque l'accès aux services de planification familiale est facile, davantage de femmes choisissent et sont capables d'avoir moins d'enfants.⁶ Les services intégrés permettent aux femmes de gagner du temps, de participer à la vie active, d'améliorer le revenu des ménages, et d'investir davantage dans leur propre santé, éducation et bien-être, et ceux de leurs enfants.⁷

Le fait d'assurer des services intégrés de planification familiale et de SMI entraîne des avantages pour d'autres secteurs économiques. Lorsque plus de couples évitent les grossesses non désirées, la croissance démographique est plus lente, stimulant ainsi la croissance économique et la réduction de la pauvreté.⁸ Les familles ont moins d'enfants ; les gouvernements font des économies sur les dépenses relatives à

Au Mexique : le passage de 6 à 2 enfants en seulement 4 décennies

Le Mexique est un exemple qui illustre comment le regroupement des services de planification familiale et des soins de santé maternelle et infantile a contribué à une plus grande prospérité. Depuis 1974, la planification familiale est un droit constitutionnel pour tous les Mexicains. Les visites médicales avant et pendant la grossesse, et après l'accouchement, représentent des occasions répétées de conseiller les femmes sur la planification familiale et de satisfaire leurs besoins en contraceptifs. Aujourd'hui, plus des deux tiers de toutes les femmes mariées au Mexique utilisent une méthode moderne de planification familiale et le nombre moyen de naissances par femme a baissé de plus de six enfants en 1970 à plus de deux enfants en 2010. Entre 1980 et 2008, la mortalité infantile a chuté de deux tiers et la mortalité maternelle a également diminué de près de 60 pour cent. La population du Mexique a presque quadruplé entre 1950 et 2000, mais avec un taux de croissance démographique divisé par deux, le gouvernement a réussi à sortir davantage de personnes de la pauvreté.

Références

Sarah L. Barber, "Family Planning Advice and Postpartum Contraceptive Use Among Low-Income Women in Mexico," *International Family Planning Perspectives* 33, no. 1 (2007): 6-12; et Population Reference Bureau (PRB), *USAID/Mexico Population, Family Planning, and Reproductive Health Program, 1992-1999* (Washington, DC: PRB, 2000).

Offre de services de planification familiale pendant les Journées de vaccination infantile au Mali

Au Mali, seulement 7 pour cent des femmes mariées utilisent la planification familiale, et 79 pour cent des femmes qui ont accouché récemment ne souhaitent pas tomber enceinte à nouveau dans un futur proche, bien qu'elles n'utilisent pas de contraception efficace. Pour remédier à cette situation d'urgence, des sages-femmes formées pour fournir des services de planification familiale assurent des visites dans un certain nombre de dispensaires publics et privés à Bamako le jour le plus fréquenté : le jour de la vaccination des nourrissons. Le programme garantit que pendant les jours de vaccination, les dispensaires disposent de personnel formé, d'un espace suffisant pour assurer des services et des conseils en matière de PF et d'une gamme complète de contraceptifs. L'amélioration de l'accès aux méthodes longue durée, autrement disponibles seulement en consultant un autre fournisseur de santé, a poussé un nombre important de femmes à choisir des méthodes de ce type entre 2008 et 2010.

Référence

Population Services International (PSI), *Case Study, Mali: Reaching Women in Need of Family Planning at Clinic Immunization Days* (Washington, DC: PSI, 2010).

la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement, les transports, le logement et développement de l'emploi. Une croissance démographique plus lente équivaut à une moindre pression sur l'environnement, et les pays qui ont une faible proportion de jeunes sont moins susceptibles de faire face à des taux élevés de chômage et de troubles sociaux.⁹

Ce document souligne les avantages de l'intégration des services de PF et de SMI comme un moyen de mieux répondre aux besoins des femmes en matière de contraception, et examine certains des défis à relever dans ce domaine. Il met en évidence des exemples de pays qui ont intégré avec succès des services de PF et de SMI et propose des recommandations à l'attention des décideurs politiques.

Les avantages des services intégrés de PF et de SMI

En règle générale, l'intégration des services de PF et de SMI signifie que les femmes se voient proposer un large éventail de services de planification familiale et santé maternelle et infantile au cours d'un même rendez-vous médical, dans un même centre de santé et auprès du même fournisseur de soins. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) met l'accent sur les services de santé intégrés, sachant qu'ils permettent aux individus « d'obtenir les soins dont ils ont besoin, lorsqu'ils en ont besoin, de manière conviviale, d'atteindre les résultats

souhaités et d'optimiser les ressources ». ¹⁰ Les femmes peuvent utiliser leur temps de façon efficace et productive en bénéficiant de services intégrés de PF et de SMI.

Sauver des vies, de l'argent et du temps. 215 millions de femmes dans le monde ne souhaitent pas tomber enceintes et n'utilisent aucune méthode de planification familiale.¹¹ Parmi elles, les plus vulnérables sont les 86 millions de femmes qui ont accouché dans l'année écoulée. La plupart préféreraient attendre deux à trois ans avant de concevoir à nouveau, mais dans les pays en développement, les deux tiers des nouvelles mamans n'utilisent pas la contraception, et une sur trois sera de nouveau enceinte dans les 15 mois suivant leur dernière grossesse.¹² Si toutes les femmes — en particulier les nouvelles mamans — bénéficiaient de services de conseil en PF dans le cadre des SMI, bon nombre de grossesses non planifiées ou inopportunes sur les 62 millions qui surviennent chaque année pourraient être évitées. Fournir des services de PF et de SMI permet ainsi de sauver des vies, de l'argent et du temps pour les raisons suivantes :

- Allonger l'intervalle entre les grossesses. Une étude sérieuse, basée sur plus d'un million de naissances, a conclu que si toutes les femmes attendaient 36 mois après une naissance vivante avant de tomber à nouveau enceinte, les décès d'environ 1,8 millions d'enfants de moins de 5 ans seraient évités chaque année.¹³
- Réduire le nombre de grossesses à haut risque. Le fait d'aider les femmes à éviter les grossesses qui surviennent trop souvent ou trop tôt ou trop tard dans la vie permet de réduire tant le nombre de décès et d'infirmités chez les femmes et les enfants ainsi que les dépenses liées aux soins de santé et aux services sociaux.¹⁴
- Assurer que l'offre des services de santé soit efficace et rentable. De nombreuses études de coûts démontrent qu'une simple visite de PF / SMI à objectifs multiples permet au système de santé de réduire ses dépenses en utilisant un espace commun, en réduisant les coûts de personnel et les frais généraux. L'élargissement des compétences du personnel contribue à atténuer la pénurie des travailleurs de la santé.¹⁵
- Fournir des services qui améliorent la vie et le bonheur des femmes. Quand les femmes bénéficient de différents types de soins en une seule visite, elles réduisent le temps de déplacement et les dépenses liées aux visites multiples. Elles disposent ainsi de davantage de temps pour être productives.

Maximiser les opportunités. La plupart des femmes vivant dans les pays en développement ne reçoivent pas l'ensemble des soins de santé qui sont recommandés avant la naissance ou les soins préconisés aux nourrissons.¹⁶ Pourtant, 75 pour cent des femmes consultent un prestataire de santé au moins une fois pendant leur grossesse, ce qui représente

une occasion unique de discuter ensemble des avantages de la planification familiale, de leurs intentions de procréation et de la disponibilité des différentes méthodes contraceptives.¹⁷ Une fois que les femmes ont des enfants, elles sont plus susceptibles d'utiliser leurs maigres ressources pour soigner leurs enfants plutôt que pour leur propre santé. En proposant des services de planification familiale en même temps que les visites relatives aux vaccinations et aux soins infantiles, les femmes peuvent faire de meilleurs choix sur le moment d'avoir un autre enfant, si elles le souhaitent. Intégrer la PF avec ces services contribue à garantir que les différents besoins et préférences des femmes sont respectés et qu'elles reçoivent des informations et des services à chaque point de contact avec le système de santé.

Exemples d'interventions réussies

Il existe plusieurs façons d'accroître l'accès aux services de PF à travers l'intégration. Les deux exemples suivants illustrent des approches réussies d'intégration de la planification familiale pour atteindre les femmes dans les zones rurales, avec la participation du secteur privé, et de financement de nouvelles approches pour offrir des services de santé aux populations pauvres.

- **En Inde, des messages de PF et de SMI « opportuns et ciblés » donnent aux femmes les informations dont elles ont besoin, lorsqu'elles en ont besoin.** Dans l'Uttar Pradesh, un des États indiens les plus pauvres, près de 3 000 bénévoles communautaires dans trois districts ont été formés par le projet Pragati dans le but de fournir des conseils en PF, SMI et en nutrition selon une approche intégrée configurée en fonction du stade de grossesse de la femme et de l'âge de son enfant. Cette approche est également ciblée selon les besoins et les désirs de la femme, qu'il s'agisse d'empêcher ou de retarder une nouvelle grossesse. Les bénévoles fournissent des préservatifs et des pilules contraceptives, et orientent les clientes vers des établissements de santé pour d'autres méthodes, en utilisant des outils de travail standardisés pour délivrer un message cohérent. Entre 2003 et 2007, l'utilisation de contraceptifs et les bonnes pratiques d'alimentation des enfants ont plus que doublé, tandis que la couverture vaccinale a augmenté de plus de 60 pour cent.¹⁸ Le gouvernement a ensuite adopté cette approche avec succès à travers l'Uttar Pradesh.
- **Au Kenya, le fait de fournir des incitations et de faire participer le secteur privé a permis d'augmenter la demande de services intégrés et de réduire les coûts pour les femmes défavorisées.** Pour accroître l'accès des femmes aux services de soins maternels et de planification familiale, le ministère de la Santé du Kenya a mis en vente des bons pour leur faire bénéficier de services de bonne qualité à des prix abordables auprès d'un prestataire accrédité du secteur public ou d'un prestataire privé de leur choix. Pour la planification familiale, un bon était vendu au prix de 1,35 dollars. Pour une « maternité sans risque », un bon était vendu aux prix de 2,70 dollars pour bénéficier de soins avant, pendant et après l'accouchement. Ce

système de bons a entraîné une demande accrue de services de planification familiale et a réduit les obstacles économiques rencontrés par les femmes défavorisées qui n'avaient jamais accouché dans un établissement de santé. Entre 2006 et 2010, les bons ont permis à 82 500 femmes d'accoucher dans des conditions sûres et à 12 600 femmes de bénéficier d'une méthode de planification familiale de longue durée.¹⁹

Les défis à relever pour l'intégration des services de PF / SMI

Bien que l'intégration des services de PF et de SMI offre de nombreux avantages aux systèmes de santé, aux femmes et aux familles, elle soulève également certains défis qu'il faudra relever :

Les programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile sont souvent administrés séparément. Sachant que le regroupement de ces deux secteurs entraînera un besoin de formation supplémentaire auprès du personnel de soins de santé et la révision des procédures et des directives cliniques, le résultat final permettra d'améliorer aussi bien les deux secteurs que la qualité du système de santé dans son ensemble.²⁰

Un investissement initial pourra s'avérer nécessaire. Les décideurs politiques doivent être encouragés par les preuves existantes que l'investissement initial aboutit à des économies nettes ainsi qu'au renforcement de la formation, de la gestion et de la supervision du personnel de soins de santé.

Les femmes n'utilisent pas toutes des services cliniques. En Afrique subsaharienne, plus de la moitié des femmes accouchent à domicile ou en l'absence de sage-femme qualifiée.²¹ Pour atteindre les femmes pauvres et celles qui vivent dans des régions éloignées, des actions de sensibilisation menées par le personnel de santé et des bénévoles communautaires formés sont nécessaires pour fournir des services intégrés de PF et de SMI.

L'allaitement maternel comme méthode de planification familiale

Nombreuses sont les nouvelles mamans à sous-estimer leur besoin de planification familiale parce qu'elles pensent que l'allaitement peut les empêcher de tomber enceinte. Cela est vrai pendant les six premiers mois si une femme ne pratique que l'allaitement maternel et si elle n'a pas eu son retour de couches. L'allaitement maternel exclusif est très efficace pendant six mois, mais après cette période, les femmes ont besoin d'une autre méthode de contraception pour éviter une grossesse.

Référence

Patricia Stephenson et Patricia MacDonald, "Family Planning for Postpartum Women: Seizing a Missed Opportunity," consulté à www.maqweb.org/techbriefs/tb16postpartum.shtml, le 16 mai 2011.

Les activités intersectorielles peuvent être une expérience nouvelle. Les bailleurs de fonds et les gestionnaires de programme avec des priorités différentes doivent surmonter les inquiétudes laissant penser que l'intégration pourrait décroître l'attention et les financements de la question qui importe le plus pour eux.

Actions politiques recommandées

Les décideurs politiques peuvent promouvoir leur soutien en faveur de l'intégration des services de PF et de SMI en menant les actions suivantes :

Encourager le financement de la transition de PF / SMI. À long terme, le fait de proposer des services intégrés de PF et de SMI contribuera à économiser de l'argent et à mieux servir les besoins de santé de la population. Pendant la transition, cependant, les décideurs politiques doivent financer la formation des travailleurs et des bénévoles, aménager les établissements de santé pour y inclure un espace privé réservé aux consultations de planification familiale, et assurer la disponibilité de méthodes contraceptives.

Évaluer les systèmes actuels et les exigences relatives à la mise à l'échelle. La transition vers des programmes intégrés exige une planification minutieuse et une évaluation des coûts et des autres ressources nécessaires, y compris les changements dans les domaines politiques, la formation, la supervision, la gestion, la logistique et les systèmes de gestion des informations de santé. Faire le point sur les systèmes existants et les besoins de mise à l'échelle aboutira au final à gagner du temps et des ressources.²²

Engager le secteur privé dans la prestation des services. Il est souvent utile de travailler avec des prestataires privés pour élargir l'accès aux services de santé. Il arrive que les organisations non gouvernementales servent les femmes plus facilement que le secteur public, ou les femmes peuvent préférer leurs services. Les décideurs politiques peuvent également encourager les programmes de responsabilisation sociale à intégrer les services de PF et de SMI.

Accorder la priorité aux plus pauvres. Toutes les femmes peuvent bénéficier de services intégrés de PF / SMI, mais il est reconnu que les femmes défavorisées sont celles qui ont le moins accès à ces services alors qu'elles en ont le plus besoin. Les programmes intégrés doivent être conçus pour répondre aux obstacles liés au temps et aux coûts qui empêchent les femmes les plus défavorisées d'accéder aux services de PF et de SMI.²³

Trouver un terrain d'entente au sein et entre les secteurs pour soutenir l'intégration et assurer la qualité des services et de l'accès aux soins. Pour réussir à planifier, budgétiser et déployer de nouveaux services, les représentants du gouvernement chargés des services de SMI

ou de PF doivent coordonner leurs actions aussi bien entre eux qu'avec les autres intervenants clés tels que le ministère des Finances et le ministère de l'Éducation. Il est prouvé que les femmes instruites sont plus susceptibles d'utiliser la planification familiale, d'avoir des enfants en meilleure santé et de contribuer à l'économie.²⁴ Pour atteindre un consensus en faveur de la réforme, il conviendra de travailler entre les secteurs pour atteindre des objectifs qui se renforcent mutuellement, comme l'éducation secondaire universelle pour les filles et l'intégration des services de PF / SMI.

Conclusion

La planification familiale est un outil sous-utilisé, mais puissant, pour aider les pays à progresser vers les Objectifs du Millénaire pour le développement. Fournir des services de PF et de SMI simultanément est un moyen plus efficace qu'une offre de services séparés pour atteindre les femmes qui ont besoin de PF. Grâce à l'utilisation accrue de la planification familiale, plus de familles sortent de la pauvreté et moins de mères et d'enfants meurent inutilement. En outre, davantage de femmes atteignent leur plein potentiel pour contribuer à la société et à l'économie. Avec moins d'enfants, les parents peuvent investir plus de ressources dans chaque enfant et améliorer les niveaux de santé, de nutrition, d'éducation et de vie de leurs familles.²⁵ Lorsque la croissance démographique est plus lente, les gouvernements peuvent investir davantage dans leur ressource la plus précieuse : leurs citoyens.

Remerciements

Ce document a été rédigé par Karin Ringheim, conseillère politique principale des programmes internationaux au PRB, James Gribble, vice-président des programmes internationaux et Mia Foreman, analyste politique des programmes internationaux. Nous remercions les contributeurs à ce document : Gloria Coe, Brenda Doe, Patricia MacDonald, Shawn Malarcher, Maureen Norton, Lois Schaefer et Shelley Snyder du Bureau de la Population et de la santé reproductive, Agence américaine pour le développement international (USAID) ; Charlotte Feldman-Jacobs et Deborah Mesce du PRB ; Lori Ashford, consultante indépendante. Cette publication a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence américaine pour le développement international aux termes du projet IDEA (n° AID-OAA-A-10-00009). Le contenu est la responsabilité du Population Reference Bureau et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

© 2011 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

Bibliographie

- 1 Derek Headey et Andrew Hodge, "The Effect of Population Growth on Economic Growth: A Meta-Regression Analysis of the Macroeconomic Literature," *Population and Development Review* 35, no. 2 (2009): 221-48; et Monica Das Gupta et al., "The Social and Private Benefits of Reducing High Fertility in Low-Income Countries: Implications for Sub-Saharan African and Global Economic Prospects," document présenté lors de la réunion de la Population Association of America, Washington, DC, 2011.
- 2 Rama Lakshminarayanan et al., *Enjeux démographiques du XXI^e siècle: Le rôle de la Banque mondiale* (Washington, DC: Banque mondiale, 2007).
- 3 Isobel Coleman et Gayle Lemmon, *Family Planning and U.S. Foreign Policy* (New York : Conseil des relations extérieures, 2011).
- 4 The Disease Control Priority Project, *Why Contraception Is a Best Buy: Family Planning Saves Lives and Spurs Development* (Washington, DC: Banque mondiale, 2007).
- 5 Scott Moreland et Sandra Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning* (Washington, DC: Futures Group/POLICY Project, 2006); et Guttmacher Institute, *Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, In Brief* (New York: Guttmacher Institute, 2010).
- 6 Raul Rodriguez-Barocio et al., "Fertility and Family Planning in Mexico," *International Family Planning Perspectives* 6, no. 1 (1980): 2-9.
- 7 Shareen Joshi et T. Paul Schultz, "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh," Center Discussion Paper No. 95 (New Haven, CT: Yale University Economic Growth Center, 2007).
- 8 Coleman et Lemmon, *Family Planning and U.S. Foreign Policy*.
- 9 Elizabeth Leahy Madsen, *Family Planning as a Strategic Focus of U.S. Foreign Policy*, document de travail (New York: Conseil des relations extérieures, 2011).
- 10 Catriona Waddington et Dominique Egger, *Integrated Health Services—What and Why?* (Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008).
- 11 Susheela Singh et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (New York: Guttmacher Institute et le Fonds des Nations unies pour la population, 2009).
- 12 John Ross et William Winfrey, "Contraceptive Use, Intention to Use, and Unmet Need During the Extended Postpartum Period," *International Family Planning Perspectives* 27, no. 1 (2001): 20-27.
- 13 Shea Rutstein, "Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries," *Documents de travail des EDS* (Calverton, MD: Macro International, 2008).
- 14 John Stover et John Ross, "How Increased Contraceptive Use Has Reduced Maternal Mortality," *Maternal and Child Health Journal* 13, no. 4 (2010): 687-95; Janet C. King, "The Risk of Maternal Nutritional Depletion and Poor Outcomes Increases in Early or Closely Spaced Pregnancies," *Journal of Nutrition* 133, no. 5 (2003): 1732S-1736S; et Shea O. Rutstein, "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under-5 Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence From the Demographic and Health Surveys," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89, Supplement 1 (2005): S7-S24.
- 15 Karen Hardee et Janet Smith, *Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform* (Washington, DC: Futures Group/POLICY Project, 2000); Robert G. Castadot et al., "The International Postpartum Family Planning Program: Eight Years of Experience," *Reports on Population/Family Planning* 18 (1975): 1-53; A. Wallace, V. Dietz, et K.L. Cairns, "Integration of Immunization Services With Other Health Interventions in the Developing World: What Works and Why?" *Tropical Medicine and International Health* 14, no. 1 (2009): 11-19.
- 16 Guttmacher Institute, *Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*.
- 17 "UNstats, MDGs, 2011," consulté à www.UNstats.org; et World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer and Department of Reproductive Health and Research, *Report of a Technical Consultation on Birth Spacing* (Genève : OMS, 2005).
- 18 Catherine Toth, "The Right Messages—to the Right People—at the Right Time," *World Vision India Flexible Fund Case Study 2008*, consulté à www.flexfund.org, le 25 janvier 2010.
- 19 Population Council of Kenya, "Reproductive Health Output-Based Aid (OBA) Voucher Program" (2011), consulté à www.rhvouchers.org/kenya/, le 14 juin 2011.
- 20 Waddington et Egger, *Integrated Health Services*.
- 21 Singh et al., *Adding It Up*.
- 22 Estela Rivero-Fuentes et al., *Assessing Integration Methodology (AIM): A Handbook for Measuring and Assessing the Integration of Family Planning and Other Reproductive Health Services* (Washington, DC: Population Council, 2008).
- 23 Margaret Greene et Tom Merrick, "Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter," World Bank Health, Nutrition and Population Discussion Paper (Washington, DC: Banque mondiale, 2005); et Davidson Gwatkin, "How Much Would Poor People Gain From Faster Progress Toward the Millennium Development Goals for Health?" *The Lancet* 365, no. 9461 (2005): 813-17.
- 24 John Cleland, "The Benefits of Educating Women," *The Lancet* 376, no. 9745 (2010): 933-34.
- 25 T. Paul Schultz, "How Does Family Planning Promote Development? Evidence From a Social Experiment in Matlab, Bangladesh, 1977–1996," document présenté lors de la réunion de la Population Association of America, Detroit, 2009.



POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les aide à **SE SERVIR** de ces informations pour **PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE** des générations d'aujourd'hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009 États-Unis

202 483 1100 **TELEPHONE**
202 328 3937 **TELECOPIEUR**
popref@prb.org **COURRIEL**
