

# **LA CONTRACEPTION ET LES HOMMES**

En quoi la contraception est-elle un marqueur  
d'inégalités entre le nord et le sud ?

## Table des matières

INTRODUCTION.....	3
I) ÉTAT DE LA CONTRACEPTION.....	4
<b>A) Une diversité des méthodes contraceptives.....</b>	<b>4</b>
<b>B) Une forte hétérogénéité à l'échelle mondiale.....</b>	<b>4</b>
<i>B.1) Une grande diversité des méthodes de contraception.....</i>	<i>4</i>
<i>B.2) Un recours à la contraception non généralisé. ....</i>	<i>6</i>
<i>B.3) Facteurs d'inégale utilisation. ....</i>	<i>7</i>
<b>C) L'influence socio-religieuse. ....</b>	<b>7</b>
<i>C.1) Dans les pays musulmans. ....</i>	<i>7</i>
<i>C.2) Dans les pays chrétiens. ....</i>	<i>8</i>
<i>C.3) L'influence du socialisme dans les pays du sud. ....</i>	<i>8</i>
II) PRENDRE SON PIED SANS FINIR SIX PIEDS SOUS TERRE !.....	9
<b>A) Une protection indiscutable. ....</b>	<b>9</b>
<i>A.1) Présentation des différentes infections et maladies.....</i>	<i>9</i>
<i>A.2) L'inégale répartition du SIDA à l'échelle mondiale.....</i>	<i>9</i>
<i>A.3) Des inégalités comme facteurs de propagation de la maladie. ....</i>	<i>11</i>
<b>B) Le fléau de la mortalité maternelle.....</b>	<b>13</b>
<i>B.1) Manque de structure et d'hygiène, surtout dans les pays pauvres. ....</i>	<i>13</i>
<i>B.2) Un rôle de mères pondeuses.....</i>	<i>15</i>
<i>B.3) Influence sur la mortalité infantile. ....</i>	<i>15</i>
III) ASPECTS SOCIO-ÉCONOMIQUES.....	17
<b>A) Le défi du contrôle des naissances.....</b>	<b>17</b>
<i>A.1) Des dépenses considérables.....</i>	<i>17</i>
<i>A.2) La limitation des naissances.....</i>	<i>19</i>
<b>B) Conséquences démographiques majeures. ....</b>	<b>20</b>
<i>B.1) Influence de la contraception sur la démographie ....</i>	<i>20</i>
<i>B.2) Le vieillissement de la population. ....</i>	<i>21</i>
CONCLUSION.....	23
POSTER.....	24
Références bibliographiques. ....	25

## INTRODUCTION.

---

La contraception englobe un ensemble de méthodes ayant pour objectif d'avoir un rapport sexuel sans que celui-ci n'aboutisse à la procréation. Ces différents procédés sont apparus dans les années 1950 selon leur définition moderne, l'objectif étant alors de permettre des rapports uniquement de plaisir sans engendrer une grossesse et donc de limiter la natalité générale. Aujourd'hui, il existe une forte différence de natalité entre les pays du nord et ceux du sud où celle-ci reste très élevée. En Europe, le taux de natalité est en moyenne de 1.7 enfants par femme, il est de 6.9 enfants par femme au Niger en 2018. Même si les modes de contraception se développent aussi dans les pays en voie de développement, la transition démographique est encore loin d'y être achevée. Ainsi, nous serons plus de 10 milliards en 2050 sur Terre, ce qui pose des questions quant à la durabilité et à la disponibilité des ressources. Cette forte natalité est donc perçue comme un frein au développement de ces pays. C'est pour cette raison que de nombreux dirigeants de pays en voie de développement mais aussi d'associations cherchent à promouvoir l'usage de la contraception afin de limiter le nombre de naissances. C'est une étape primordiale pour l'émancipation des femmes qui ont souvent un simple rôle de "pondeuse". Moins d'enfants c'est aussi une meilleure santé et plus de temps pour travailler.

C'est alors que nous pouvons nous demander si la contraception est un marqueur de différences, d'inégalités entre le nord et le sud ?

Nous verrons d'abord qu'il existe une certaine diversité des méthodes contraceptives, et qu'il existe une différence d'utilisation de ces dernières à l'échelle mondiale, mais aussi que la contraception joue un rôle non négligeable dans la santé et enfin, que les diverses méthodes de contraception peuvent être utilisées en tant qu'outil politique.

## I) ÉTAT DE LA CONTRACEPTION.

---

### A) Une diversité des méthodes contraceptives.

Aujourd'hui il existe une multitude de méthodes contraceptives, traditionnelles ou modernes, réservées aux femmes, aux hommes ou mixtes. Parmi les méthodes modernes nous pouvons citer la stérilisation, le stérilet, les implants, la pilule ou encore les préservatifs. Du côté des méthodes plus traditionnelles nous parlerons plutôt de méthodes calendaires, de méthodes de retrait ou coït interrompu. D'une certaine façon, la contraception n'est pas un fait nouveau puisque dès l'antiquité, des méthodes (assez primitives) de contraception furent élaborées notamment avec des éponges ou des préservatifs faits à partir d'animaux.

#### **Deux objectifs de la contraception : contrôler les naissances & se “faire plaisir”.**

Les méthodes modernes sont apparues au XXème siècle avec la création de préservatifs en matériaux synthétiques (caoutchouc, latex...) puis dans les années 1960 avec l'introduction des premières pilules contraceptives. Il faut noter que pendant longtemps, la contraception sous toutes ses formes était illégale ! Bien qu'en France au moment de la révolution, 45% des couples avaient recours à des pratiques de contraception (déjà !).

Si dans les pays occidentaux (et les pays socialistes) la contraception est rapidement légalisée c'est pour plusieurs raisons. Dans les pays du nord il s'agissait de légaliser une pratique déjà courante et de répondre aux attentes d'une large partie de la société, en France la vente de produits contraceptifs est autorisée en 1965. Dans les pays du sud, c'est avant tout pour contrer une trop forte natalité (comme en Inde par exemple). Ainsi, certains pays du “tiers monde” furent les premiers à légaliser, massifier et même encourager le recours à la contraception ! Ces programmes sont directement intégrés aux plannings familiaux de ces pays. Il est important de noter qu'en 2012, l'ONU estimait que 64% des couples dans le monde avaient recours à des méthodes de contraception. Il faut cependant différencier les méthodes modernes des méthodes traditionnelles, souvent douloureuses et lourdes de conséquences pour la femme.

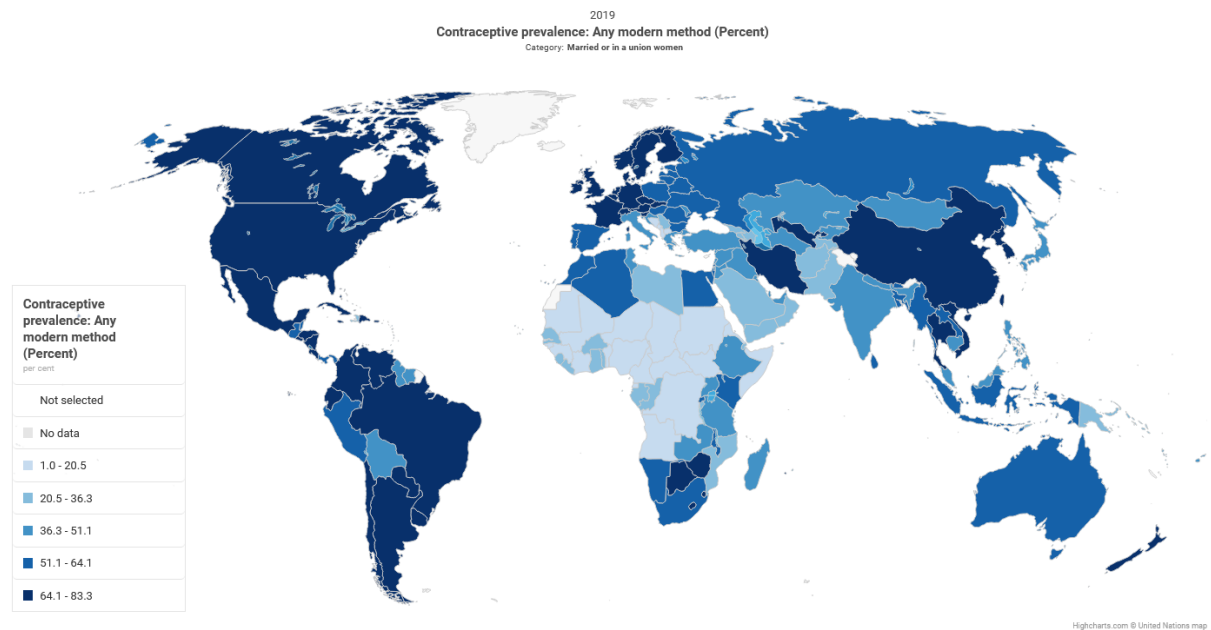
Il existe bien entendu de très nombreuses disparités entre les États. Dans les pays développés, 75% des couples ont recours à la contraception, contre seulement 39% dans les pays les moins avancés. Par ailleurs, si dans les pays développés les méthodes de contraception les plus répandues sont le préservatif, la pilule contraceptive et les dispositifs intra-utérins, dans les PMA, les méthodes traditionnelles dominent encore.

### B) Une forte hétérogénéité à l'échelle mondiale.

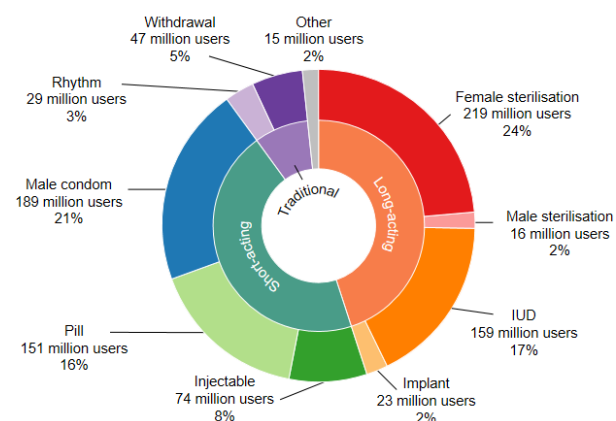
#### *B.1) Une grande diversité des méthodes de contraception.*

Il existe une forte hétérogénéité dans l'utilisation de la contraception à l'échelle mondiale, une diversité qui est constatée tout d'abord dans le type de contraception utilisé. Tous les pays ne se réfèrent pas à la même méthode de contraception, nous pouvons déjà opposer les méthodes dites modernes et traditionnelles. Les pays du nord, les pays développés économiquement, ont tendance à avoir recours aux

méthodes de contraception dites modernes (pilules, préservatifs, implants et autres). À titre d'exemple, 76.9 % des femmes entre 15 et 49 ont recours à des méthodes modernes au Canada en 2020, 75.3 % en France, 66.3% aux États-Unis ou encore 79.4% en Norvège contre seulement 4.6% en Albanie, 8.2% en Guinée ou encore 10.3% en Somalie. Représentés sur une carte, il s'avère que les pays du Nord, ainsi que les différents pays composant les BRICS, ont un taux supérieur ou égal à 50% concernant l'utilisation des méthodes de contraception modernes et que les pays d'Afrique centrale ont les taux les plus faibles.

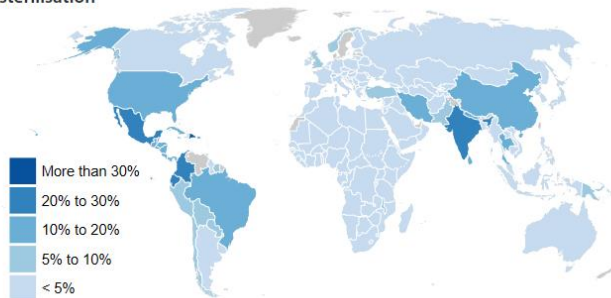


Les pays se distinguent également par les différents types de contraceptifs utilisés, que ce soit des préservatifs, des pilules, des implants ou autres. Il faut nuancer les méthodes de contraception ; certaines sont destinées à un usage à court terme comme la pilule ou le préservatif et d'autres à un usage sur le long terme comme la stérilisation ou encore le stérilet. Tout pays confondu, la stérilisation féminine est le moyen de

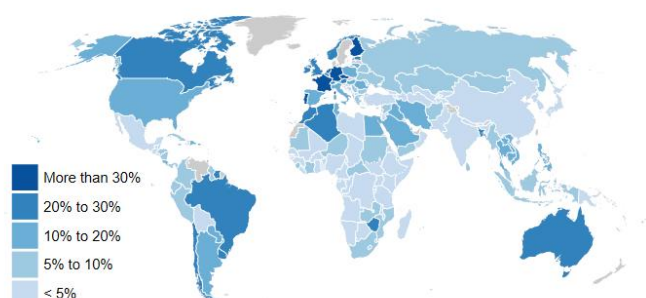


de contraception le plus utilisé, 23.7%, suivi du préservatif masculin, 21%, et de la pilule, 16%. Les méthodes choisies dépendent aussi de la région voire du pays dans lequel nous nous trouvons ; en Asie de l'est et du sud-est le stérilet et le préservatif sont les méthodes les plus courantes, en Europe et en Amérique du nord ce sont la pilule et le préservatif, et par exemple en Afrique sub-saharienne l'injection est la méthode la plus utilisée.

Female sterilisation



Pill

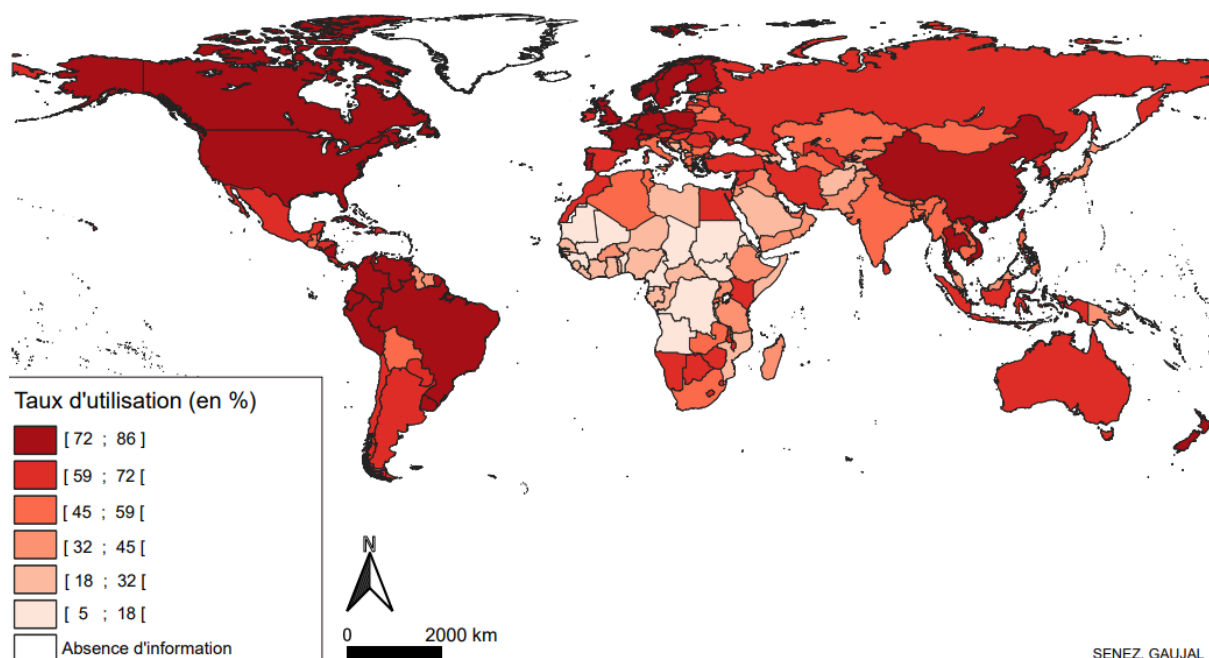


[Source graphique et cartes : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet]

### B.2) Un recours à la contraception non généralisé.

Plus généralement, il existe des divergences à l'échelle mondiale concernant le recours ou non à la contraception, toutes méthodes confondues. Les pays développés comme les États-Unis, le Canada, la France ou encore les pays d'Europe du Nord ont une utilisation conséquente de la contraception avec des taux bien souvent supérieurs à 70%. Les BRICS se distinguent aussi par des taux assez élevés. Mais en opposition à cela, nous avons les pays centrafricains qui, eux, ont une utilisation de la contraception assez restreinte ; avec un taux inférieur à 32%. Les pays en difficulté économique, avec un faible développement, semblent avoir un retard concernant les moyens de contraception.

### RECOURS À LA CONTRACEPTION PAR PAYS EN 2020



### *B.3) Facteurs d'inégale utilisation.*

L'accès à la contraception est inégal selon les différents pays et les différentes régions du monde. Le niveau de vie des habitants en est un facteur conséquent ; les pays développés ont un accès plus large aux diverses méthodes de contraception déjà citées, à contrario, les pays en difficultés économiques, les pays les moins avancés en ont une utilisation plus restreinte. Comment expliquer cela ? Nous pouvons parler de l'accès à la contraception au sens large du terme ; les contraceptifs se trouvent généralement en pharmacie ou en supermarché, et pour les contraceptifs nécessitant des interventions (implant, stérilet, stérilisation) il faut se référer auprès de cabinets gynécologiques ou d'hôpitaux, les pays les plus reculés ne disposent pas toujours des infrastructures nécessaires pour ce genre d'interventions. À cela peut s'ajouter les politiques gouvernementales ; les pays développés ont tendance à établir des campagnes de sensibilisation qui visent à promouvoir l'utilisation de contraceptifs et ont, généralement, un système de santé qui permet de se procurer des contraceptifs ou de faciliter la prise en charge d'intervention, ce qui n'est pas toujours le cas dans les pays du Sud. C'est aussi pour cela que plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) partent sensibiliser les populations les plus démunies.

## **C) L'influence socio-religieuse.**

Les différences d'accès et d'utilisation des méthodes contraceptives entre les différents pays se justifient aussi par des facteurs culturels et culturels. De façon générale, les pays les plus pauvres sont aussi ceux ayant le moins recours à la contraception, et encore moins aux méthodes modernes. Mais on observe aussi de façon générale que les pays musulmans (sunnites notamment) ont très clairement moins recours à la contraception que la plupart des pays du monde, y compris de moins riches.

### *C.1) Dans les pays musulmans.*

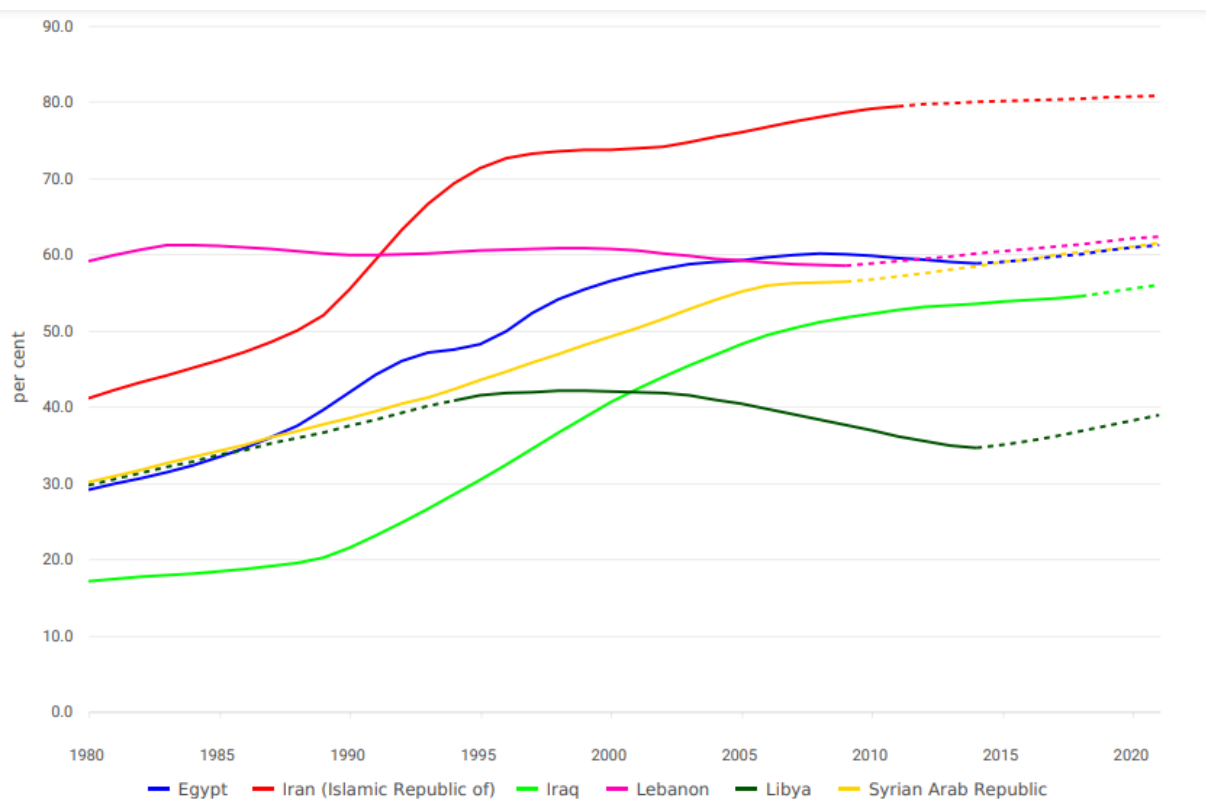
C'est dans les pays musulmans que l'opposition à la contraception est la plus forte. Considérée comme allant à l'encontre des lois de la Charia, de nombreux états condamnent l'usage de la contraception. Pays maître en la matière, l'Arabie Saoudite. Principale puissance du monde musulman, ce royaume applique de façon très stricte la Charia. Les droits des femmes y sont très fragiles, ainsi elles n'ont obtenu le droit de conduire qu'en 2015, en même temps que le droit de voyager sans l'autorisation d'un homme. L'Arabie Saoudite est le septième pays du monde en termes de PIB par habitant, l'un des pays les plus riches et prospères du monde, cependant, moins de 10% des femmes ont recours à la contraception et ce non seulement car c'est illégal, mais aussi et surtout car l'état et le clergé condamnent cette pratique en entretenant un flou entre avortement et contraception. De la même manière que cela est fait dans la plupart des pays du Golfe, en Iraq, au Soudan, au Niger... Le pouvoir religieux (politique mais surtout moral) y est considérable et ce pouvoir condamne toute forme de contraception et condamne aussi les personnes y ayant recours. La ligue arabe précise même que la contraception "a été inventée par les ennemis de l'islam". De ce fait, la plupart des pays musulmans interdisent les pratiques contraceptives, cependant, elle existe de façon minoritaire et illégale, y compris en Arabie Saoudite.

### C.2) Dans les pays chrétiens.

D'un autre côté, l'Église catholique a longtemps condamné l'utilisation de la contraception, cependant elle fut moins catégorique et virulente ces vingt dernières années à son égard notamment du fait de la prise de conscience dans son rôle contre la propagation des maladies sexuellement transmissibles. Ainsi, les pays d'Amérique latine, bien qu'étant très majoritairement peuplés de catholiques très pratiquants, est une des régions du monde où l'on utilise le plus la contraception (notamment au Brésil et en Colombie). L'attitude actuelle de l'église au sujet de la contraception ne vise plus à la condamner. Depuis les années 1970, la plupart des pays considérés comme catholiques ont légalisé les méthodes de contraception sans susciter de réelle opposition religieuse. Dans les pays protestants (aux États-Unis et en Europe du Nord notamment), les oppositions religieuses à la contraception sont presque inexistantes et cela n'entre pas en contradiction directe avec le rite protestant.

### C.3) L'influence du socialisme dans les pays du sud.

Mais perte de contrôle des religieux dans 2 cas : état socialiste (Syrie, Egypte...) ou majorité chiite et opposition à l'Arabie (Iran). Pourtant, c'est dans certains pays du sud (notamment musulmans) que l'on constate la plus forte progression de l'usage de la contraception. Cela s'explique notamment par la propagation du socialisme dans ces pays dès les années 1950-60. Les meilleurs exemples sont entre autres l'Iran et l'Irak. En Irak, la présidence de Saddam Hussein et l'influence socialiste de son régime ont conduit à une augmentation très soudaine de l'usage de la contraception au point que la majorité des femmes ayant entre 15 et 49 ans dans ce pays ont recours à des méthodes de contraception, malgré la fin du régime socialiste en 2003.



Il apparaît très clairement qu'une forte croissance de l'usage de la contraception dans les pays musulmans où s'installent des régimes socialistes. La période socialiste est marquée par une forte croissance (1980-2000), les chutes de ces régimes provoquant



souvent un retour des conservateurs religieux, la croissance s'arrête (Irak en 2003, Libye en 2011, Egypte en 2011). En Egypte justement, la fuite des Frères musulmans et la prise de pouvoir par l'ancien socialiste Al-Sissi est à l'origine d'une reprise de la croissance de l'usage de la contraception après 2014. En Iran, c'est en partie l'aspect socialiste d'une part et l'opposition à l'Arabie Saoudite et au sunnisme d'autre part qui explique un recours massif des femmes iraniennes à la contraception, au nom du progrès technologique défendu par le régime iranien. De fait, l'Iran présente l'un des plus forts taux d'utilisation de la contraception au monde, et le plus élevé du monde musulman.

## II) PRENDRE SON PIED SANS FINIR SIX PIEDS SOUS TERRE !

---

### A) Une protection indiscutable.

#### *A.1) Présentation des différentes infections et maladies.*

La contraception est un fait indissociable des rapports sexuels, il faut noter que les préservatifs, masculins et féminins, sont les seuls moyens de contraception qui permettent de lutter contre la propagation d'infections sexuelles et de maladies. Parmi ces dernières nous relevons les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) appelées aussi MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) qui sont originaires de microbes ; nous pouvons citer les chlamydiae, les hépatites, l'herpès, ou encore le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). De manières générales les infections se soignent bien de nos jours mais celles-ci ne sont pas sans conséquences puisqu'elles peuvent à terme entraîner des cancers ou une stérilité ainsi qu'une fragilisation des muqueuses sexuelles. La plus connue et la plus nocive des IST est bien évidemment le VIH.

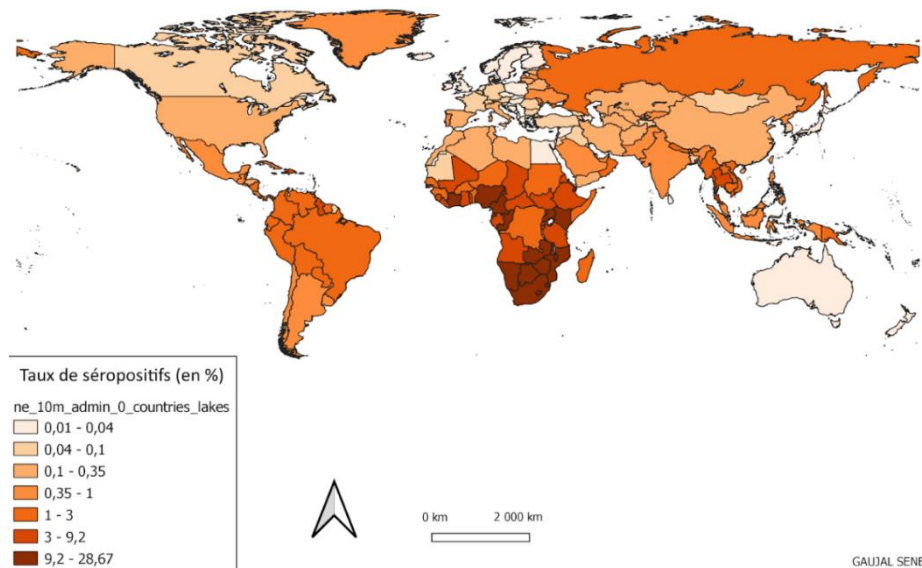
Le VIH est une infection qui attaque les cellules chargées de l'immunité, plus le temps passe et plus les cellules immunitaires sont détruites exposant alors l'individu à de multiples maladies, et, si aucun traitement efficace n'est prescrit, des maladies opportunistes se développent. C'est seulement lorsqu'une personne est atteinte par une ou plusieurs maladies opportunistes que nous parlons du SIDA (Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise). Le SIDA est donc directement lié au VIH même si toutes les personnes contractant le VIH ne développent pas forcément le SIDA. Le VIH, et donc le SIDA par expansion, se transmettent lors de rapports sexuels non protégés à l'aide d'un préservatif (si l'un des partenaires est affecté par l'infection), lors d'un contact important avec du sang contaminé (notamment avec le partage de matériel d'injection comme les seringues) ou encore lors d'un allaitement dans le cas où la mère serait porteuse de l'infection.

#### *A.2) L'inégale répartition du SIDA à l'échelle mondiale.*

Le SIDA ne touche pas qu'un seul pays, c'est une maladie généralisée qui représente un problème d'envergure mondiale. En 2017, 1,7% des décès mondiaux étaient dus au VIH/SIDA. Malgré l'étendue mondiale de la maladie certains pays sont plus touchés que d'autres et les morts causées par le SIDA dépassent le taux mondial. La maladie est largement répandue en Afrique sub-saharienne ; les pays du sud-africains comme l'Afrique du Sud, la Namibie, le Botswana ou encore le Zimbabwe sont fortement touchés par cette maladie, on parle alors d'un taux de séropositifs compris entre 9.2

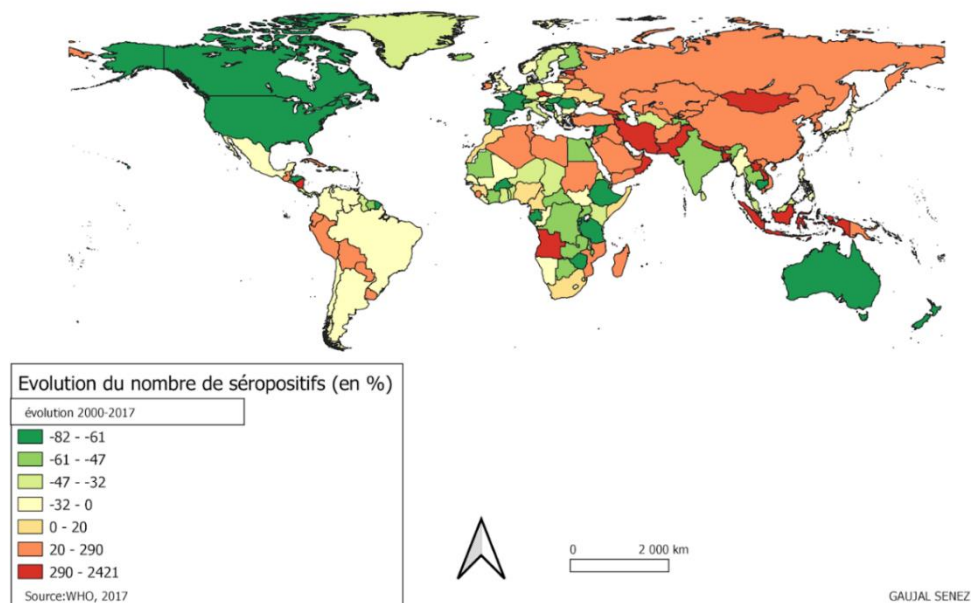
et 28.7 %. À l'inverse, encore une fois, les pays du Nord se distinguent des pays Africains par leur taux faible voire très faible, avec par exemple La Norvège, la Suède et la Finlande qui ont un taux de séropositifs compris entre 0.01 et 0.04 %, un chiffre qui paraît insignifiant comparé à l'Afrique.

Proportion de la population séropositive par pays en 2017



La situation est d'autant plus difficile dans les pays où peu de personnes ont recours à la contraception. Dans ces pays (tels que le Pakistan, l'Angola ou le Soudan), le taux de séropositivité est en progression. En revanche, dans les pays du Nord, le taux de séropositivité est en baisse. Mais c'est aussi le cas dans les pays les plus touchés par le SIDA tels que l'Afrique du Sud, la Tanzanie ou le Botswana, la présence élevée du SIDA a conduit les autorités à réagir et à favoriser la contraception, conduisant à une baisse du taux de séropositivité.

Evolution du nombre de personnes séropositives par pays entre 2000 et 2017

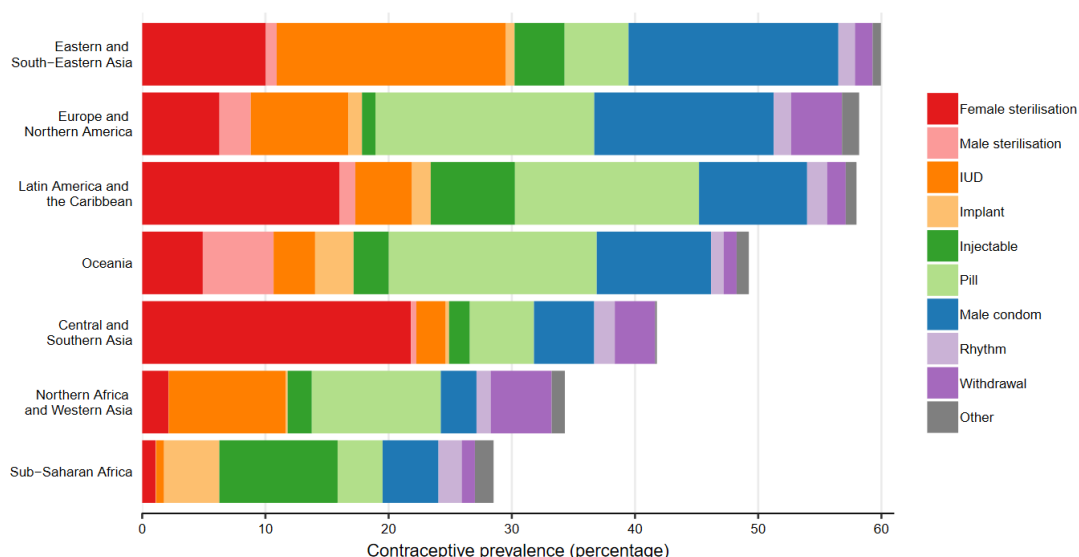


### A.3) Des inégalités comme facteurs de propagation de la maladie.

Comme vu ci-dessus la maladie ne se propage pas équitablement à l'échelle mondiale, certains pays (notamment africains) sont largement touchés par le SIDA contrairement au pays du Nord qui enregistrent de faibles taux. Alors comment expliquer ces disparités ?

#### *Les comportements sexuels.*

Un des premiers facteurs d'inégalité face à la maladie à l'échelle mondiale est d'abord la divergence des comportements sexuels entre pays ; par comportements sexuels nous entendons la monogamie et la polygamie ainsi que l'utilisation de préservatifs. En effet, comme mentionné auparavant, seul les préservatifs (masculins et féminins) empêchent la transmission du VIH et donc du SIDA, ainsi les pays qui favorisent l'utilisation de ces moyens de contraception seront moins touchés par la maladie, et à contrario, les pays qui n'utilisent pas ou très peu les préservatifs vont être davantage exposés au risque. Les pays d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Océanie sont moins touchés par les infections car ils ont une utilisation conséquente des préservatifs, à contrario, les pays d'Afrique sub-saharienne sont moins friands de cette méthode de contraception et donc les infections se propagent plus rapidement.



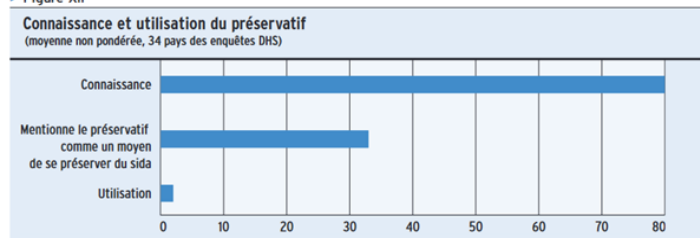
Outre la contraception, la polygamie est aussi un facteur de propagation du SIDA, en ayant plusieurs unions, plusieurs partenaires (légitimes ou non d'ailleurs) la maladie se répand plus vite et touche plus de personnes, ce qui jusque-là semble logique. D'ailleurs nous pouvons noter que dans les États où la polygamie est autorisée, comme au Nigéria, en Tanzanie, en Zambie ou encore au Congo, et bien les taux de séropositifs sont très élevés (compris entre 9.2 et 28.7 %). À l'opposé, les États interdisant la polygamie sont moins touchés par le SIDA, à l'exemple des pays d'Europe ou encore des États-Unis.

#### *L'inégal accès à l'information.*

La sensibilisation des populations à la maladie est également un facteur dans sa propagation. Actuellement une grande majorité de la population a entendu parler du SIDA mais le degré de sensibilisation reste encore faible dans les pays pauvres, à tel

point que dans certains pays (d'Afrique notamment) beaucoup de femmes ne connaissent pas de moyens de préventions du SIDA ; au Mozambique 66% des femmes, soit plus d'une femme sur deux ne connaît aucun moyen de prévention du SIDA, chiffre qui semble alarmant à l'heure actuelle. [cf tbl 11]. Ces résultats montrent qu'il existe et persiste un réel manque d'information, de savoir et parfois l'existence d'une sensibilisation maladroite. En effet, une enquête [Enquête démographique et sanitaire] menée auprès des populations de 34 pays pauvres (majoritairement africains) montre que les préservatifs ont été perçus comme un moyen de contraception et non un moyen de prévention du SIDA, et donc sont peu utilisés [cf tbl 12].

► Figure XII



Source: Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS).

Cette sensibilisation aux infections passe également par le degré d'instruction. Et là encore, les pays les moins informés sont ceux où le degré d'instruction est le plus faible, ce qui creuse une inégalité d'accès à l'information à l'échelle mondiale. En effet, dans les pays développés, comme en France d'ailleurs, une grande partie de la population est consciente du risque que représente le SIDA, le système a mis en place une politique de sensibilisation. Dès le collège les élèves sont conviés à des planning familiaux où des adultes les sensibilisent aux diverses méthodes de contraceptions, et particulièrement aux préservatifs pour justement comprendre tout l'enjeu de ces derniers dans la diffusion du SIDA. Malheureusement cet exemple ne s'applique pas à tous les pays d'où l'intervention de nombreuses organisations non gouvernementales dans les pays sous-développés avec des journées de sensibilisation et des dons qui permettent non seulement l'achat de préservatifs mais aussi le financement d'aides aux traitements pour les personnes atteintes du VIH et du SIDA, ici nous pouvons mentionner l'ONG Sidaction qui est largement investie dans la lutte contre le SIDA aussi bien en France qu'à l'international.

Tableau 11.

**Proportion de femmes interrogées ne connaissant aucune méthode de prévention du sida**

	Pourcentage
Bangladesh (1997)	69
Mozambique (1997)	66
Guatemala (1995)	37
Comores (1996)	37
Tchad (1997)	36
Rép.-Unie de Tanzanie (1996)	36
Madagascar (1997)	33
Bénin (1996)	32
Niger (1998)	31
Burkina Faso (1999)	30
Turquie (1998)	30

Source: Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS).

Tableau 8.

**Proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant entendu parler du sida à l'école**

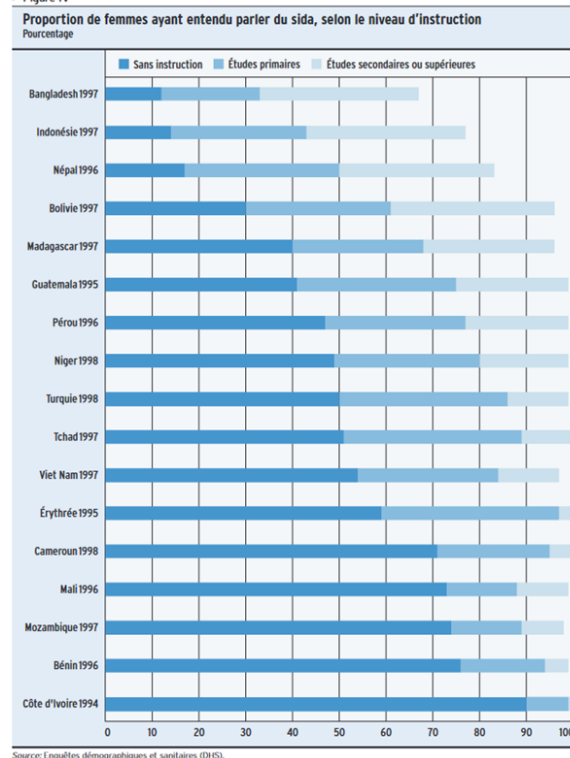
	Pourcentage
Viet Nam (1997)	0
Indonésie (1994)	0
Bangladesh (1997)	0
Népal (1996)	1
Indonésie (1997)	1
Mali (1996)	2
Tchad (1997)	3
Burkina Faso (1999)	5
Niger (1998)	6
République centrafricaine (1994)	6
Mozambique (1997)	7
Côte d'Ivoire (1994)	7
Bénin (1996)	7
Guinée (1999)	8
Comores (1996)	9
Madagascar (1997)	11
Turquie (1998)	14
Jordanie (1997)	14
Guatemala (1995)	16
Haïti (1994)	17
Erythrée (1995)	19
Bolivie (1994)	19

Source: Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS).

## « Entre homme et femme en Afrique »

En plus des inégalités entre les différents pays quant au SIDA, il existe aussi des inégalités à l'intérieur même d'un pays, entre les hommes et les femmes, un fait particulièrement visible en Afrique. Il s'est avéré que la part d'hommes touchés par le SIDA / VIH dans certains États africains était moindre comparée à celle des femmes. Cela est dû à la place de la femme dans ces sociétés ; déjà nous pouvons mentionner le niveau d'éducation. Un grand nombre de jeunes filles ne sont pas ou peu scolarisées et donc ne reçoivent pas la sensibilisation nécessaire. Il existe une réelle corrélation entre le niveau d'instruction et la connaissance de la maladie comme le montre le tableau ci-dessous. Ensuite nous pouvons aussi parler du rôle de la femme dans l'union même d'un couple, autrement dit un rôle quasiment insignifiant si ce n'est pour procréer, les femmes ont un rôle limité dans la prise de décisions sexuelles et donc ne sont pas toujours protégées de la maladie.

Figure IV



Il semble alors essentiel de déclencher une prise de conscience massive ainsi que des changements de comportements sexuels afin de vaincre, ou du moins lutter contre les infections dans les pays les moins développés. Malheureusement les infections et le SIDA ne sont pas les seuls problèmes liés à l'inutilisation des contraceptifs, en effet la mortalité maternelle persiste encore dans certaines régions du monde.

### **B) Le fléau de la mortalité maternelle.**

En 2019, plus de 550 000 femmes sont mortes en donnant la vie. Bien que ce nombre soit en baisse constante depuis plus de 30 ans, il suffit à maintenir la grossesse comme l'une des 10 principales causes de mortalité des femmes dans le monde. Il existe en revanche d'immenses différences entre les pays mais aussi entre les femmes en fonction de leur niveau social et de la considération des hommes envers elles.

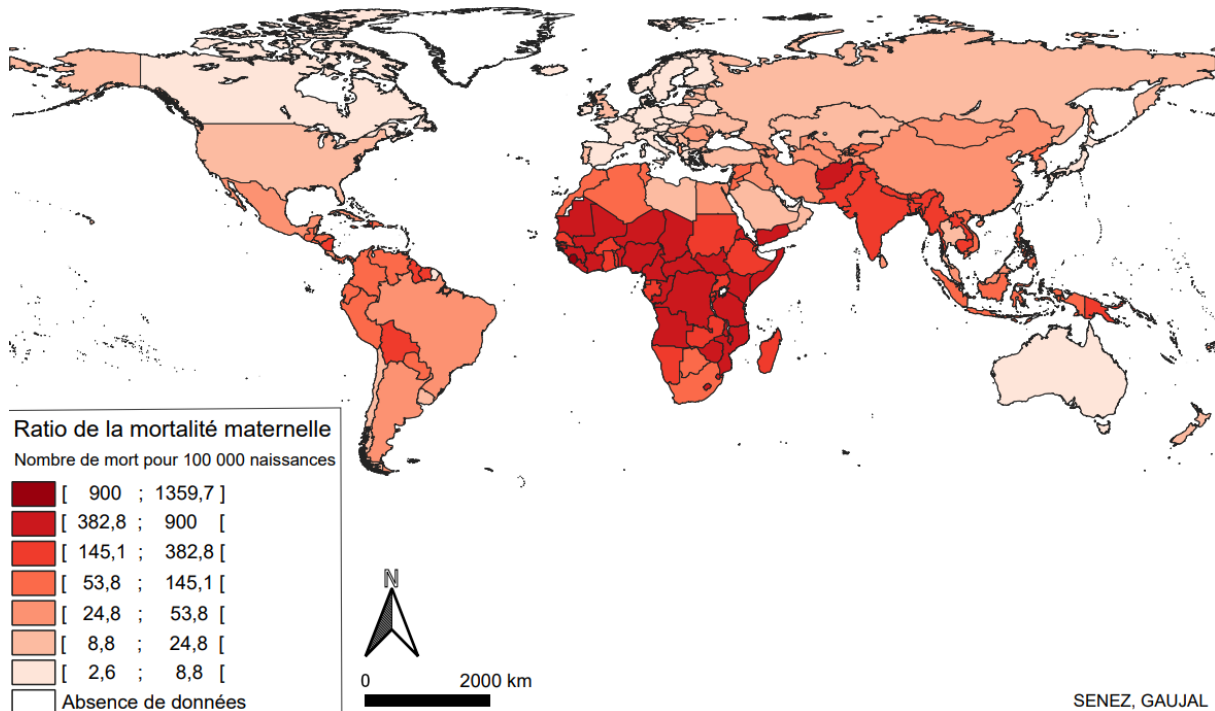
#### ***B.1) Manque de structure et d'hygiène, surtout dans les pays pauvres.***

La mortalité maternelle est avant tout une préoccupation dans les pays pauvres. Si en Europe et dans l'ensemble des pays développés nous avons bien souvent oublié combien une grossesse peut être compliquée, ce n'est pas le cas dans les pays les plus pauvres où les femmes, ayant généralement trois ou quatre fois plus d'enfants, n'ont généralement accès à aucun suivi durant leur grossesse et accouchent généralement sans aide médicale.



La Finlande est le pays du monde où le ratio d'accouchements-décès en couche est le plus faible, 2 femmes sur 100 000 en moyenne sont concernées, contre plus de 1 300 au Sierra Leone, triste record mondial.

### MORTALITÉ MATERNELLE PAR PAYS EN 2020



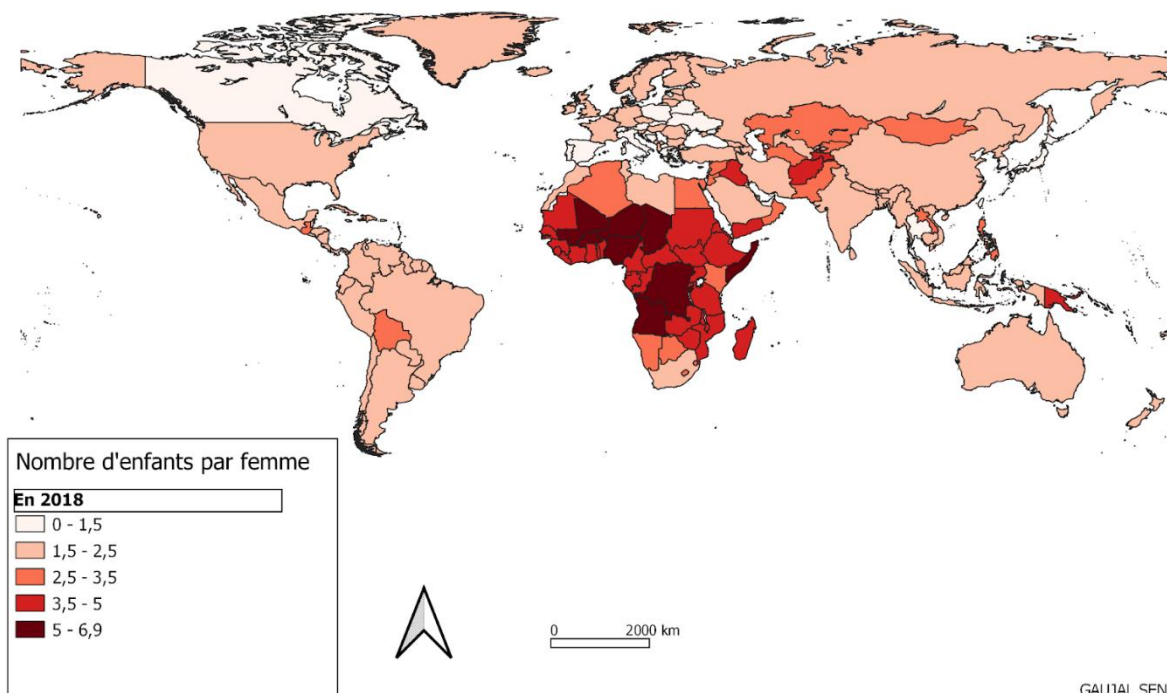
Les femmes des pays du sud n'ont pour la plupart pas accès à un suivi durant leur grossesse. Les médecins y sont en sous effectifs et sont généralement des hommes, or dans ces pays, une femme ne peut être examinée que par une autre femme. On retrouve cette problématique en particulier dans les pays musulmans, pays dans lesquels les femmes ont rarement accès aux études et ont donc peu de chances de devenir médecin.

De plus, les soins sont largement hors de prix pour la plupart des familles. Le matériel aussi fait défaut, les dispensaires ne peuvent pas réaliser d'échographies et le matériel nécessaire pour les accouchements n'est pas disponible pour la majorité de la population.

Il existe un très net écart entre les pays développés du nord où la mortalité maternelle est relativement anecdotique, où l'immense majorité des femmes sont suivies et accouchent dans un établissement de santé et les pays en voie de développement où la mortalité maternelle est un véritable fléau, en cause le manque de suivi des grossesses et le manque d'infrastructures mais aussi des grossesses nombreuses et à répétition. Les femmes ont également des enfants beaucoup plus tôt et beaucoup plus longtemps.

### B.2) Un rôle de mères pondeuses.

#### Taux de fécondité par pays en 2018

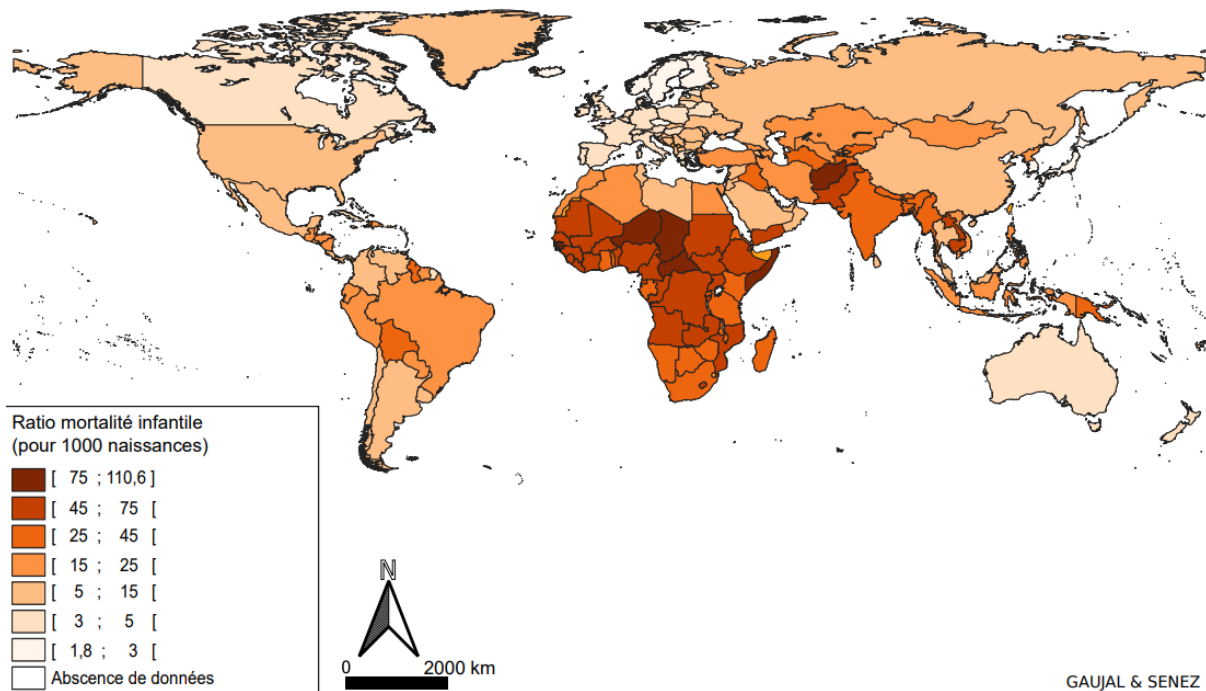


Le taux de fécondité est également bien plus élevé dans les pays en voie de développement. Comme expliqué plus haut, ce sont dans ces pays que le taux d'utilisation de procédés contraceptifs est le plus bas, c'est également dans ces pays que les femmes ont en moyenne le plus d'enfants et c'est aussi dans ces pays que la mortalité maternelle est la plus élevée. Dans les pays du nord (Europe, Amérique du Nord, Océanie, Asie de l'Est), le taux de fécondité est faible, la moyenne européenne est de 1.6 enfants par femme (France, Irlande, Islande, Suède et Finlande étant les seuls à dépasser les 1.8) tandis qu'au Niger, une femme a en moyenne 6.9 enfants, des chiffres comparables au Mali, Tchad, Nigeria, Burkina Faso...) or c'est également dans ces pays que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé tandis qu'en Europe il est bien plus faible. Il existe donc un lien très fort entre accès à la contraception, taux de fécondité et par extension mortalité maternelle.

### B.3) Influence sur la mortalité infantile.

La mauvaise situation sanitaire et la submersion des systèmes de santé dans les pays du sud n'affecte pas que les femmes enceintes. Le manque de structures, d'hygiène et de maternités est aussi le principal facteur expliquant une forte mortalité infantile. L'Afrique sahélienne, de l'Est et l'Afghanistan sont les zones les plus concernées comme cela est représenté sur la présente carte.

## MORTALITÉ INFANTILE PAR PAYS EN 2019



L'ensemble de l'Afrique et du sous-continent indien sont concernés par un taux de mortalité infantile très élevé, quelques pays d'Amérique latine également mais dans une moindre mesure. Si on fait le lien avec les cartes de la mortalité maternelle, du taux de fécondité et de l'usage de la contraception, il existe alors un lien entre tous ces éléments. Les pays où la mortalité infantile est élevée sont aussi les pays où la mortalité maternelle est la plus élevée, où le taux de fécondité est le plus haut et où les modes de contraception sont les moins répandus. Dans les pays où le taux de natalité est faible (Europe, Amériques, Océanie, Asie de l'Est) le taux de mortalité infantile, comme celui de mortalité maternelle, est plus faible que dans les pays où le taux de fécondité est élevé. L'Afrique et l'Asie du Sud apparaissent alors comme les zones les plus concernées par la mortalité infantile et maternelle. Dans les quelques pays de cette zone où la contraception est répandue (en Iran, en Egypte ou en Israël), le taux de fécondité est plus faible que dans les pays environnants et les taux de mortalité infantile et maternelle le sont également. C'est la raison pour laquelle certains pays de la région ont décidé également de diffuser la contraception, par exemple la Jordanie et l'Éthiopie...



### III) ASPECTS SOCIO-ÉCONOMIQUES.

#### **A) Le défi du contrôle des naissances.**

##### *A.1) Des dépenses considérables.*

L'inutilisation d'un moyen de contraception, qu'importe soit-il, amène généralement à la procréation, mais avoir un enfant n'est pas sans répercussions économiques. En effet des dépenses, souvent conséquentes, doivent être effectuées, aussi bien par les géniteurs que par l'État pour subvenir aux différents besoins des enfants. Ces dépenses se caractérisent comme nécessaires afin d'assurer le renouvellement de la société et donc, pour former des enfants qui, à l'âge adulte, participeront à l'activité économique du pays.

##### *Les parents, premiers dépensiers.*

Les dépenses concernant les enfants se divisent en plusieurs catégories, nous retrouvons alors des dépenses liées à l'éducation, au bien-être, à la santé ou encore aux loisirs. Les parents sont les premiers à investir pour leurs enfants, ce sont ceux qui effectuent les dépenses de première nécessité, c'est-à-dire leur procurer un toit, de quoi manger, de quoi se vêtir ainsi de suite. Une étude menée par Antoine Math, chercheur à l'Institut de Recherches Économiques et Sociales, a démontré qu'en 2012, en France, les parents consacraient environ 9000 € (par an et par tête) aux dépenses liées aux biens pour leur enfant ; cela représente un budget conséquent pour un ménage moyen. Outre les dépenses économiques, les enfants « coûtent » aussi du temps. En effet les parents doivent consacrer du temps à leur enfant, non seulement pour leur fournir une première éducation mais aussi pour s'occuper d'eux au sens large du terme, autant de temps passer avec les enfants qui n'est pas consacré à la production, au travail, et donc qui, inévitablement, engendre des pertes économiques pour l'État. Notons qu'avoir un enfant est un manque à gagner en termes de salaire pour les parents, pour la raison mentionnée précédemment certes, mais aussi et surtout pour les femmes qui voient leur salaire diminuer lors des congés maternité ou simplement parce qu'elles ne travaillent plus à plein temps. Avoir un enfant ne relève donc pas seulement de la volonté de fonder une famille, il faut pouvoir prendre en charge économiquement l'enfant, afin de subvenir à ses besoins.

##### *L'État, investisseur dans la nation.*

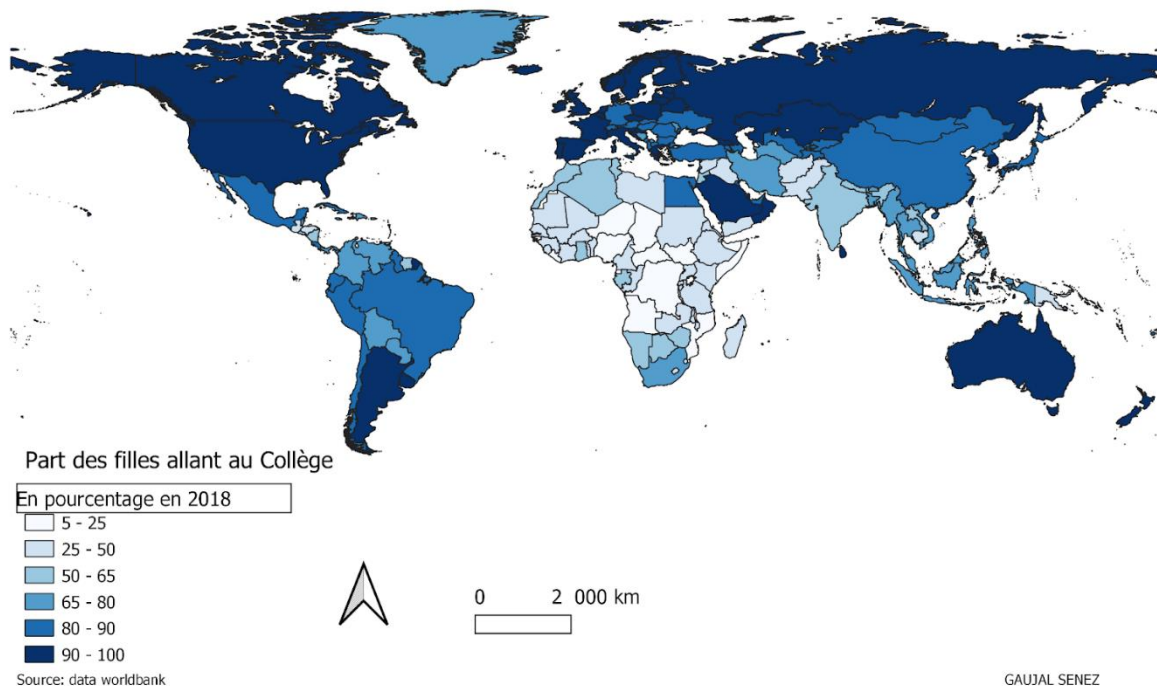
Mais les parents ne sont pas les seuls dépensiers pour leur enfant. L'État joue aussi un rôle important et met à disposition une somme considérable pour le développement des futurs travailleurs. Prenons l'exemple de la France ; l'État investit majoritairement dans l'éducation, d'ailleurs plus de 55% des dépenses publiques de l'État pour les enfants sont à destination du système éducatif. Ainsi les dépenses comprennent des investissements dans

	En milliards d'euros	En % du PIB
Dépenses publiques d'éducation (hors allocation de rentrée scolaire)	100,3	4,8
Dépenses publiques de santé en nature (assurance maladie-maternité, AME, CMU-C, ACS)	18,0	0,9
Autres dépenses sociales pour les enfants	62,7	3,0
Dont		
Prestations familiales légales monétaires (y. c. allocation de rentrée scolaire)	32,0	
Coûts de gestion de la branche famille (80 %)	2,1	
Complément de rémunération (supplément de traitement)	2,6	
Indemnités journalières maternité et paternité	3,5	
Aides au logement	4,7	
Revenu de solidarité active	1,8	
Prestations en nature diverses (action sociale branche famille, communes, départements)	16,0	
Dépenses publiques pour les enfants	181,0	8,7

le matériel scolaire, le recrutement d'enseignants mais aussi et surtout l'investissement dans des lieux d'accueil pour scolariser les enfants. D'autres dépenses sont aussi effectuées notamment dans le domaine de la santé avec la prise en charge des soins ou encore la mise en place d'assurance maladie. D'autres dépenses sociales pour les enfants sont versées via les prestations d'entretiens, autrement dit, via les allocations dont bénéficient les parents pour s'occuper de leur enfant. En tout, l'État dépense plus d'une centaine de milliards d'euros, environ 181 milliards soit près de 9% du PIB, pour veiller à la bonne formation de ses futurs travailleurs.

Il est donc clair qu'un enfant a un prix et qu'il peut vite représenter un poids économique considérable pour l'État. En effet, tous les pays ne peuvent pas prendre en charge économiquement les enfants, et cela nous le voyons grâce au degré d'instruction.

### Part des filles allant au collège en 2018



Nous constatons très clairement que les pays du Nord investissent majoritairement dans l'éducation, nous pouvons citer la France, la Suède, la Norvège ou autre. Ce sont donc des pays qui, économiquement, sont capables de prendre en charge les enfants et de leur assurer une scolarité digne de ce nom. À contrario, les pays du Sud, et plus particulièrement ceux d'Afrique, ne sont pas économiquement stables pour prendre en charge l'éducation des enfants d'où les faibles parts de scolarisation, ainsi l'éducation est délaissée au profit d'autres dépenses publiques qui s'avèrent plus nécessaire pour des pays pauvres.

## *A.2) La limitation des naissances.*

Avoir un enfant n'est donc pas sans conséquences, aussi bien pour les parents que pour l'État en termes de dépenses mais aussi en termes de qualité de vie. C'est dans ce contexte qu'apparaissent des politiques de limitation des naissances, politiques plus ou moins forcées qui visent à contrôler la démographie.

### *Les politiques forcées de contrôle des naissances.*

Plusieurs politiques de contrôle des naissances ont vu le jour, avec des méthodes plus ou moins contraintes et parfois inhumaines. On parle alors dans un premier temps de stérilisation contraintes massive de la population, mais aussi d'avortements forcés et de politiques antinatalistes. L'exemple le plus connu dont nous pouvons parler pour illustrer le sujet est bien évidemment la politique de l'enfant unique qui existait en Chine. Cette politique démographique autoritaire fut instaurée en 1979 par le dirigeant Deng Xiaoping pour éviter une surpopulation et pour maintenir un certain équilibre du pays, donc une priorisation du développement économique au démographique. L'application de cette politique réside dans la mise en place de sanction dissuasives, et souvent violentes ; on parle alors de stérilisations forcées mais aussi d'avortements forcés, d'ailleurs on estime à environ 13 millions le nombre d'avortements par an avant 2009. Cette politique a eu pour conséquences un empêchement de 40 millions de naissances ainsi qu'une baisse du taux de natalité et fécondité, sans oublier les conséquences morales sur les personnes victimes des sanctions. Il est soutenu qu'une augmentation trop importante de la population aurait un impact négatif sur le développement économique d'un État, et contribuerait également à l'augmentation de la pauvreté.

### *Les politiques softs de contrôle des naissances.*

Fort heureusement les mouvements de contrôle des naissances ne sont pas toujours contraints, il existe différentes manières que nous pourrions qualifier de "soft" qui visent, elles aussi, à contrôler la démographie. L'Iran, dans les années 1990 avait adopté une politique qui visait à limiter le nombre de naissances, celle-ci s'est traduite par une baisse des allocations familiales ainsi que par un accroissement de la disponibilité des contraceptifs notamment les préservatifs et la pilule. Les pilules contraceptives étaient disponibles dans une grande partie des pharmacies du pays et les hôpitaux mettaient à disposition des préservatifs gratuits. La contraception est un moyen "doux" qui permet de diminuer le taux de fécondité et le taux de naissances tout comme l'accès à l'éducation. En effet, lorsque la possibilité d'étudier est donnée aux jeunes filles, celles-ci ont tendance à privilégier leur étude et donc par la suite leur travail plutôt qu'une vie de famille avec "beaucoup" d'enfants, plus le niveau d'études, de scolarité est élevé plus les femmes font des enfants sur le tard, et en font moins. La maîtrise de la population s'applique également grâce à des campagnes de sensibilisation qui peuvent être menées par des organisations ; l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) soutiens l'idée qu'il faut une certaine maîtrise de la population (respectant les droits de l'homme bien évidemment) d'où le fait qu'elle encourage et déploie la contraception dans des pays aux économies fragiles et où la croissance démographique est importante. Ainsi, la corrélation entre contraceptifs et baisse de la démographie semble évidente.

## **B) Conséquences démographiques majeures.**

### *B.1) Influence de la contraception sur la démographie.*

Si on observe une corrélation entre le taux d'utilisation de la contraception et le taux de fécondité dans les pays du nord, il est difficile d'en dire autant des pays du sud, simplement car l'utilisation des modes de contraception y est moins répandue, notamment en Afrique. En revanche, en Amérique Latine et dans certains pays d'Asie tels que la Thaïlande, l'Indonésie mais aussi l'Iran ou la Malaisie, la contraception s'est considérablement développée depuis 20 ans. Les conséquences démographiques sont majeures et expliquent par ailleurs en partie le développement économique récent de ces pays.

#### *Moins de bébés...*

Grâce à la démocratisation de la natalité dans certains pays du sud dans les années 1990, on a aujourd'hui suffisamment de recul pour comprendre les dynamiques démographiques que cela engendre. Le développement économique, amorcé dans les années 1980 en Asie du sud-est et en Amérique Latine, est à l'origine d'une amélioration du pouvoir d'achat. Beaucoup ont alors commencé à utiliser des modes de contraception. Cette nouvelle pratique a eu pour effet une rupture nette du taux de fécondité au tournant des années 2000 : en Malaisie il était de 3.4 enfants par femme en 1999 contre 2 aujourd'hui, le même constat peut être réalisé en Thaïlande, en Inde, en Iran et en Amérique du sud.

Par ailleurs, cette baisse de la natalité a eu des conséquences sanitaires majeures, à commencer par la baisse du nombre de mères mortes en couche. En Thaïlande, environ 60 femmes sur 100 000 accouchements mourraient en 1995 contre environ 13 en 2018. Ces femmes ont aussi souvent bénéficié d'une meilleure émancipation ce qui est notamment visible en Amérique du sud et en Asie du sud-est, où leur part dans la population active a doublé en 15 ans et où leur représentation en politique s'est considérablement accrue (en témoigne les nombreuses chefs d'états dans ces pays telles que Dilma Rousseff au Brésil, Aun San Yu Kee en Birmanie, Sheik Hasina au Bangladesh, Bidya Devi au Népal...). Leurs revenus ont ainsi augmenté en moyenne de 18% entre 2005 et 2017 en Amérique du Sud. Tous ces éléments ont favorisé un développement économique, social et sanitaire rapide, donnant un meilleur accès à l'éducation et aux soins aux enfants et à l'ensemble de la population.

En revanche, vient un même dans l'histoire démographique d'un pays où un développement économique extrême peut entraîner une baisse encore plus forte de la natalité et donc mettre en péril le modèle démographique. C'est principalement le cas dans des pays du nord (notamment en Europe) tels que l'Italie, l'Espagne, la Pologne, le Japon... pays dans lesquels le taux de fécondité est inférieur au seuil de renouvellement des populations et où l'âge médian est de plus en plus élevé. La population risque donc de décroître. Mais certains pays du sud sont également concernés par ce phénomène. Il s'agit certes des pays les moins pauvres mais cette dynamique tend à se généraliser. En Thaïlande, au Liban, dans les pays du Golfe, en Argentine... Le taux de fécondité y est déjà inférieur à 2 et d'ici 10 ans des géants démographiques tels que l'Inde, le Bangladesh, l'Indonésie, l'Iran ou encore le Brésil et l'Egypte pourraient les rejoindre. Il s'agit de l'avant dernière étape de la transition démographique que des milliards de personnes s'appêtent à franchir, ensuite, l'allongement de l'espérance de vie conduira au vieillissement de la population issue

de la période de croissance démographique forte. C'est ce processus qui est actuellement en cours en Europe.

*...et une croissance démographique plus faible.*

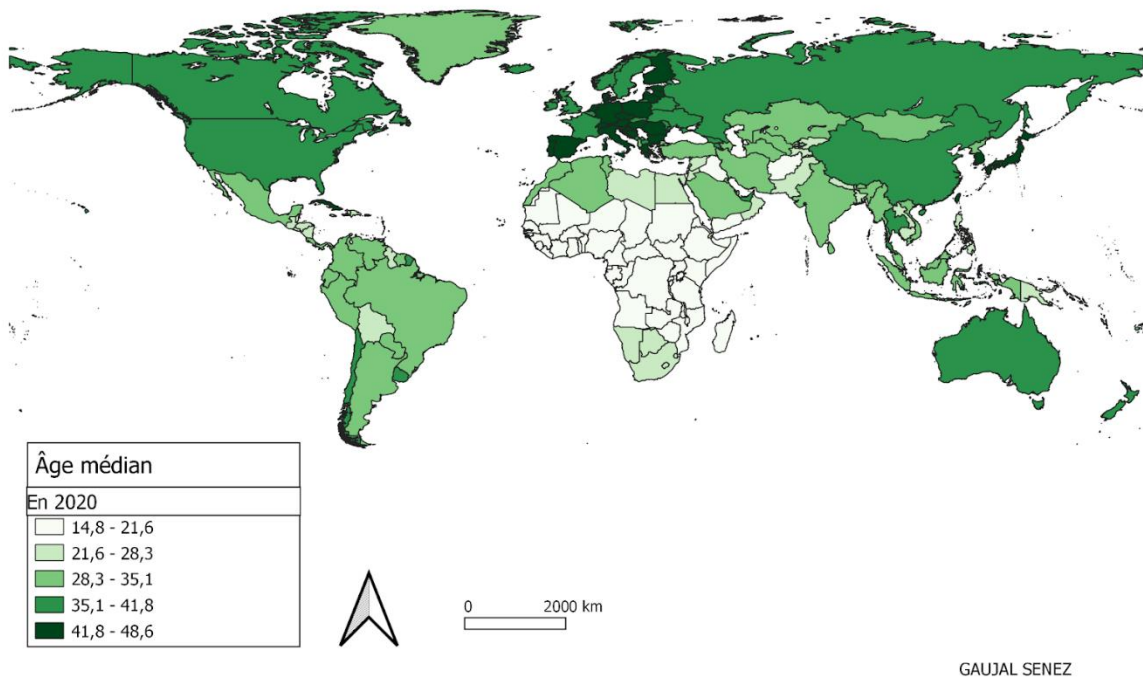
	Thaïlande	Inde	Iran	Brésil	Kenya	Niger
Fécondité 2000	1.9	3.5	2.7	2.4	5.4	7.7
Fécondité 2018	1.5	2.2	1.9	1.8	3.5	6.9
Contraception 2000	73.5%	41.8%	55.7%	71.5%	31.3%	4.8%
Contraception 2018	75%	48.8%	64.5%	76.6%	59.3%	15.8%
Croissance démographique 2000-2005	0.5%	1.7%	1.6%	1.1%	3.3%	4%
Croissance démographique 2015-2020	0.2%	1.1%	1%	0.8%	2.5%	3.8%
Mortalité maternelle 2000	22 /100 000	414 /100 000	60 /100 000	94 /100 000	741 /100 000	811 /100 000
Mortalité maternelle 2016	20 /100 000	139 /100 000	25 /100 000	43 /100 000	342 /100 000	553 /100 000
Population 2000 (en milliers)	62 902	1 006 301	68 632	174 316	30 606	10 726
Population 2020 (en milliers)	68 978	1 326 094	86 544	216 016	49 859	21 152
Population 2050 (en milliers)	66 064	1 656 554	107 184	238 390	70 756	44 222

## *B.2) Le vieillissement de la population.*

La contraception entraînant une baisse de la natalité, elle conduit aussi au vieillissement de la population. Dans les pays où l'utilisation de procédés contraceptifs est importante, le taux de natalité est faible, c'est également dans ces pays que le vieillissement de la population est le plus visible. Au Niger, l'âge médian de la population est de 17 ans, contre 43 ans en moyenne pour l'Union Européenne.



## Âge médian par pays en 2020



On retrouve sur cette carte la même tendance que sur les cartes précédentes. Les pays les plus défavorisés (Afrique, Yémen et Afghanistan notamment), où le recours à la contraception est rare et où la natalité est élevée, la population y est également très jeune (âge médian inférieur à 21.6 ans), c'est un facteur important du non développement de ces pays, l'état n'ayant les moyens de prendre en charge autant de jeunes à scolariser, former, soigner... à contrario, les pays où l'usage de la contraception est massif, et de fait où la natalité est plus faible, sont aussi les pays où la population est vieillissante. En Europe la moyenne d'âge est de 43 ans, elle est supérieure à 41.8 ans au Japon, en Corée du Sud, à Taiwan. Et supérieure à 35 ans en Amérique du Nord, au Chili, à Cuba, en Russie, en Chine, en Océanie, en Thaïlande...

## CONCLUSION.

---

La contraception, sous toutes les diverses formes qu'elle présente, est au cœur de divers enjeux à l'échelle mondiale. Nous pouvons parler dans un premier temps d'enjeux liés à la santé puisque rappelons-le, les préservatifs permettent de lutter contre diverses infections sexuellement transmissibles et notamment le SIDA, et la contraception, au sens élargi, permet d'éviter des problèmes de santé qui seraient liés à des accouchements ou des avortements, influençant ainsi le taux de mortalité maternelle. Cependant, la contraception a aussi ses détracteurs, que ce soit pour des raisons culturelles ou religieuses, en Afrique et dans certains pays du Moyen-Orient, la contraception peine à se faire accepter. Pourtant, les états y sont gagnants. Un usage élevé des méthodes contraceptives est toujours synonyme de baisse de la natalité, ce que certains pays comme l'Inde ou l'Iran ont bien compris. L'éducation, les soins, la prise en charge des enfants et des mères représentent un coût financier énorme et un frein considérable au développement.

De fait, la contraception apparaît comme un facteur de développement. Les pays du nord, où elle est entrée dans les habitudes, et les pays du sud, où elle est encore peu répandue. La lutte contre le SIDA, les MST mais aussi pour l'émancipation des femmes passe aussi par la diffusion et l'acceptation de la contraception.

Ainsi, le défi actuel n'est pas de trouver des modes de contraception, mais de faire accepter leur usage.

POSTER



## Références bibliographiques.

---

Agnès Guillaume, « Les pratiques contraceptives », 2014, 21 pages, disponible sur [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers16-03/010037018.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-03/010037018.pdf)

Jacques Véron, "Stabiliser la population de l'Inde : plus facile à dire qu'à faire", Population et Société, mai 2006, disponible sur [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19091/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_423.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19091/pop_et_soc_francais_423.fr.pdf)

Leon, Ewerling F, Serruya SJ, et al., "Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries", Lancet Glob Health 2019, disponible sur [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30481-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30481-9/fulltext)

« Les différentes méthodes contraceptives », 3 pages, consulté sur [https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception\\_tableau\\_recapitulatif.pdf](https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_tableau_recapitulatif.pdf)

Math Antoine, « Coût des enfants et politiques publiques. Quelques enseignements d'une évaluation des dépenses consacrées par la société aux enfants », *La Revue de l'Ires*, 2014/4 (n° 83), p. 87-113, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2014-4-page-87.htm>

Millet Pauline, Méthodes de contraception naturelles : pour quelles raisons certaines femmes les choisissent, quelles sont leurs représentations de la contraception, quelle place pour le médecin généraliste ?, Médecine humaine et pathologie, 2017, dumas-01781415, consulté sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781415/document>

Organisation des Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, "Sensibilisation au SIDA/VIH et comportements", 2002, disponible sur <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/hiv/aids-awareness-fr.pdf>

Roser Max, « Fertility Rate », *Our World in Data*, février 2014 disponible sur <https://ourworldindata.org/fertility-rate>

Roser Max, et Hannah Ritchie, *Our World in Data*, « HIV / AIDS », avril 2018, disponible sur <https://ourworldindata.org/hiv-aids>.

« Sida Info Service - », disponible sur <https://www.sida-info-service.org/>.

Stenvol I Dag, Kansai University (Japon), "Contraception, Abortion and state socialism", 2007, disponible sur : <https://core.ac.uk/download/pdf/228680894.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet, 2019, disponible sur <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/ContraceptiveUseByMethodDataBooklet2019.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, "Population and HIV/AIDS 2010", août 2010, disponible sur <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/hiv/populationAndHIV/AIDS2010.pdf>

United Nations Department of Economic and Social Affairs, "Population facts: population growth and universal access to reproductive health", Décembre 2014, disponible sur [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts\\_2014-6.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2014-6.pdf)

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, "The impact of AIDS", Chapitre 2 "Demographic impact of AIDS", disponible sur <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/hiv/impact/chap2.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, " Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015", 2015, disponible sur [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undes\\_a\\_pd\\_report\\_2015\\_trends\\_contraceptive\\_use.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undes_a_pd_report_2015_trends_contraceptive_use.pdf)

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, "World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating action to ensure universal access to family planning", 2020, disponible sur [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd\\_2020\\_worldfamilyplanning\\_highlights.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf)

UN Women, Thailand Country Page, disponible sur <https://asiapacific.unwomen.org/en/countries/thailand>

World Health Organization, "Maternal mortality", septembre 2019, disponible sur <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>