

LA VÉRITABLE CRISE DE LA FÉCONDITÉ

La quête du libre arbitre
en matière de procréation
dans un monde
en mutation

État de la population mondiale 2025

Ce rapport a été élaboré sous l'égide de la Division des relations extérieures de l'UNFPA.

RÉDACTEUR EN CHEF

Ian McFarlane

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédactrice principale : Rebecca Zerzan

Production/direction artistique : Katherine Black

Révision des reportages : Richard Kollodge

Rédaction des reportages : Leyla Alyanak, Richard Kollodge, Daisy Leoncio

Conseil éditorial : Jacqueline Daldin, Lisa Ratcliffe

Responsable de l'édition numérique : Katherine Black

Conseillers pour l'édition numérique : Enes Champo et Nahema Patwari

CONSEILLÈRE PRINCIPALE EXTERNE

Shalini Randeria

AUTEURS ET CHERCHEURS

Amanda Chatata, Nyovani Madise, Monika Mynarska, Anita Raj, Agnese Vitali, Rebecca Zerzan

AUTEURS DES GROS PLANS

Vladimíra Kantorová, Sunhye Kim, Ying-Yi Lin, Michelle O'Brien, Dr Friday Okonofua, Elizabeth Root, Siqi Wu et Marita Zimmerman

CONSEILLÈRES TECHNIQUES PRINCIPALES UNFPA

Elizabeth Wilkins et Emilie Filmer-Wilson

CARTES ET DÉSIGNATIONS

Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières.

REMERCIEMENTS

L'UNFPA remercie les personnes suivantes d'avoir partagé des moments de leur vie privée et professionnelle dans le cadre du présent rapport : Anlli, Anastasia Aslan, Mergim Cahani, Dr Lainer Calderón, Sœur Inah Canabarro, Anita Devi, Saraswati Devi, Hawa, Pooja Kumari, Maja Papatolevska, Carina Persson, Evelyn Sánchez, Mario Serrano, Thabo, Talatu Yakubu et Luke Yoquinto.

Nous tenons également à remercier Ann Garbett, dont les travaux de recherche menés pour l'*État de la population mondiale 2023* ont alimenté la présente publication.

Par ailleurs, nous souhaitons témoigner notre reconnaissance aux experts indépendants, notamment Robert Greenhill, Kathleen Mogelgaard, Jennifer Sciubba et Ann Starrs, dont les précieuses orientations façonnent la vision générale du rapport.

Selinde Dulckeit, responsable du Service des médias et de la communication de l'UNFPA, tout comme les membres de la Division des programmes de l'UNFPA, notamment Julia Bunting, Priscilla Idele, Lindsay Katz, Mengjia Liang, José Roberto Luna, Nora Piay-Fernandez et Alexandra Robinson, ont apporté un soutien inestimable. L'UNFPA remercie également les collègues qui ont relu le rapport, à commencer par Teresa Buerkle, Sam Choritz, Nigina Muntean, Alana Ngoh et Anne Wittenberg.

Plusieurs collègues de l'UNFPA et d'autres personnes à travers le monde ont contribué à la rédaction de ce rapport, parmi lesquels Ashby Anglin, Chilanga Asmani, Zeynep Atilgan, Samir Aldarabi, Adolfo Ballina, Anna Berkovich, Zeljko Blagojevic, Alessio Cangiano, Tom Chalmers, Sarah Craven, Ana Maria Currea, Galanne Deressa, Katie Elles, Jacques Emina, Jens-Hagen Eschenbaecher, Berny Figueroa, Rose Marie Gad, Michael Herrmann, Wassana Im-Em, Riddhi Jhunjunwala, Eduard Jongstra, Sabrina Juran, Eren Korkmaz, Daisy Leoncio, Irina Lipcanu, Fabio Losa Philippe Lust-Bianchi, Nouran Makhoulouf, Bame Modungwa, Luis Mora, Julia Novichenok, Willis Odek, Fredrick Okwayo, Bothaina Qamar, Norha Restrepo, Bernadette Ssebadduku, Siaka Traore, Chiagozie Udeh, Eddie Wright et Ilya Zhukov. Le groupe de travail conjoint de l'UNFPA sur la jeunesse, abordant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, a également été d'un grand apport.

Pour citer ce document : UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population), 2025. « La véritable crise de la fécondité : La quête du libre arbitre en matière de procréation dans un monde en mutation ». *État de la population mondiale 2025*. New York : UNFPA. ISBN : 978921154875.

Conception des versions imprimée et interactive : Prographics, Inc.

NOTE CONCERNANT LES ILLUSTRATIONS

Cette année, le rapport sur l'*État de la population* met en avant les œuvres des aquarellistes Graham Dean, Marianna Gefen, Cyan Haribhai et Stina Persson. Leurs motifs fluides empruntant à la technique du collage évoquent les hésitations et les tiraillements éprouvés par nombre de personnes lorsqu'il s'agit de prendre des décisions en matière de fécondité dans un monde en constante mutation. La couverture arbore une illustration intitulée *About to Touch*, réalisée par l'artiste Graham Dean.



Assurer les droits et les choix pour tous

LA VÉRITABLE CRISE DE LA FÉCONDITÉ

La quête du libre arbitre
en matière de procréation
dans un monde en mutation

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	4
GLOSSAIRE	6
TÉMOIGNAGES DE JEUNES	8



CHAPITRE 1

Révéler la véritable crise

PAGE 11

REPORTAGE : L'évolution des mentalités sur la maternité en Inde, à travers trois générations d'une même famille 20

REPORTAGE : Les jeunes hommes redéfinissent leur rôle dans la planification familiale 28

GROS PLAN : Qui décide ? Orchestration des choix et subversion du contrôle 36



CHAPITRE 2

Créer de nouvelles perspectives réglementaires

PAGE 39

REPORTAGE : Quand le monde de l'entreprise facilite la garde des enfants .. 60

GROS PLAN : Dans quelle mesure le déclin de la fécondité peut-il être attribué au recul des grossesses chez les adolescentes ? 68



CHAPITRE 3

L'égalité des genres – et ses dividendes – pour toutes et tous

PAGE 73

REPORTAGE : Les grands-parents
à la rescousse 84

REPORTAGE : Au Nigéria, les prestataires
de services de planification familiale
au secours des intentions procréatives
des couples 90

GROS PLAN : Stigmatisation et traitement
de l'infertilité en Afrique subsaharienne ... 95

GROS PLAN : Faire confiance aux
femmes : mesurer les enjeux essentiels
de la planification familiale 96



CHAPITRE 4

Les leçons de l'histoire... et des lueurs d'espoir

PAGE 99

REPORTAGE : Enrayer
le cycle des grossesses
chez les adolescentes 110

REPORTAGE : Répondre
aux besoins des populations
vieillissantes 118

INDICATEURS 123

NOTES TECHNIQUES 142

RÉFÉRENCES 144

AVANT-PROPOS

À travers le présent rapport, nous apportons un éclairage fort nécessaire sur la réalité d'innombrables personnes dans l'incapacité de fonder la famille qu'elles voudraient.

Dans 14 pays comptant plus d'un tiers de la population mondiale, nous avons demandé à des hommes et à des femmes quels étaient leurs désirs profonds en matière de procréation, et s'ils pensaient pouvoir réaliser ces ambitions. Il en ressort que beaucoup trop ne sont pas en mesure d'exercer un véritable choix sur ces questions, pourtant parmi les plus intimes et les plus fondamentales de leur existence.

La démographie humaine fait l'objet d'un intérêt grandissant, mais aussi d'une anxiété croissante. Les craintes les plus notables concernent le recul des taux de fécondité, le vieillissement de la population et les pénuries de main-d'œuvre, mais aussi, à l'inverse, la surpopulation, que de nombreux observateurs présentent encore comme la plus grande menace pesant sur notre planète.

Quel que soit le côté où l'on se place, un facteur demeure globalement absent du discours public : les désirs des individus eux-mêmes concernant leur fécondité, leur famille et leur avenir.

Les taux de fécondité sont souvent considérés ou supposés être le résultat d'un libre choix. Malheureusement, cette vision des choses ne rend pas compte de la situation dans sa globalité.

Les derniers rapports sur *l'État de la population mondiale* ont mis en lumière un certain nombre de constats préoccupants. Le fait qu'environ une grossesse sur deux n'est pas intentionnelle, par exemple. La peur alimentée par le discours public

sur la taille de la population et les taux de fécondité, et instrumentalisée pour doper l'ethnonationalisme et affaiblir les droits en matière de procréation. Ou encore, le fait que les avancées majeures accomplies dans le domaine de la santé et des droits sexuels et procréatifs ne profitent que très peu aux personnes les plus marginalisées. Les données publiées par l'UNFPA ces cinq dernières années révèlent par ailleurs qu'une femme sur dix n'est pas en mesure de décider si elle souhaite avoir recours à la contraception. Environ une sur quatre ne peut pas prendre de décisions concernant sa santé. Et une proportion équivalente n'est pas en mesure de refuser un rapport sexuel.

Encore aujourd'hui, des millions de personnes ne peuvent donc toujours pas faire valoir leurs droits et leurs choix en matière de procréation. Cette incapacité des individus, partout dans le monde, à réaliser leurs aspirations procréatives, constitue précisément la véritable crise de la fécondité – et non pas la surpopulation ou la dépopulation.

L'étude menée pour les besoins de ce rapport révèle qu'en définitive, les obstacles à la prévention d'une grossesse non intentionnelle et les freins à la constitution d'une famille sont souvent les mêmes : la précarité économique, la discrimination liée au genre, le manque de soutien du ou de la partenaire et de la communauté, la mauvaise qualité des soins de santé sexuelle et procréative, l'absence d'accès à des services de garde d'enfant ou d'éducation abordables, ainsi que le pessimisme à l'égard de l'avenir.

Dès lors que l'on pose les bonnes questions, le problème nous apparaît clairement, et la solution également. La réponse réside dans le libre arbitre en matière de procréation, autrement dit, la capacité

de chaque individu à faire des choix libres et éclairés concernant la sexualité, la contraception et la décision de fonder une famille — si on le souhaite, quand on le souhaite et avec qui on le souhaite. Le libre arbitre en matière de procréation ne se réduit pas à l'absence de contrainte ou à un meilleur accès aux services. Il nécessite une série de conditions qui permettent à chacune et chacun d'exercer ses droits procréatifs et d'avoir réellement le choix, à commencer par l'égalité des genres, la stabilité économique, des soins de santé dignes de ce nom et la confiance en l'avenir.

Aujourd'hui, ces conditions demeurent un idéal inaccessible pour beaucoup trop de personnes. Pour remédier à cette situation, nous devrions toutes et tous (et notamment les décideurs politiques) demander aux individus quels sont leurs souhaits et leurs besoins. Ce sujet ne doit pas rester secondaire, mais devenir la toute première question à se poser lorsque l'on s'intéresse aux enjeux démographiques. Les politiques devraient répondre directement à ces préoccupations, en garantissant à toutes et à tous le plein accès aux services de santé et aux droits en matière de procréation, en apportant un soutien constant et durable aux parents et aux familles, et en éliminant la violence basée sur le genre et les normes de genre discriminatoires qui contrecarrent les ambitions procréatives des individus.

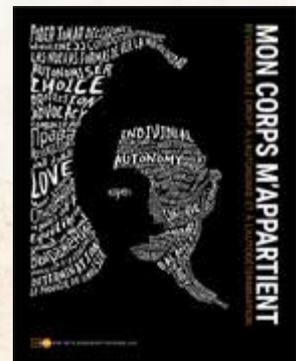
Créons ensemble les conditions nécessaires pour que les personnes qui aspirent profondément à connaître les joies et les satisfactions de la parentalité puissent avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent, pour qu'elles retrouvent l'espoir en un avenir meilleur, où leurs choix seront soutenus et leurs droits protégés, et en un monde où leurs enfants et les générations futures pourront s'épanouir. Nous espérons que ce rapport ouvrira la voie aux échanges et aux initiatives qui s'imposent pour faire progresser ces droits et ces choix.

D^r Natalia Kanem

Directrice exécutive

Fonds des Nations Unies pour la population

Les rapports récents de l'UNFPA sur l'État de la population mondiale se penchent sur l'autonomie corporelle et la liberté de choix en matière de procréation dans un monde en mutation.



GLOSSAIRE

Les termes employés pour évoquer les tendances en matière de fécondité sont souvent problématiques. Les décideurs politiques et les médias sont invités à s'abstenir de tout alarmisme dans le choix de leurs mots, en particulier à l'ère de la désinformation. Bien que bon nombre des termes mentionnés dans le présent rapport soient couramment utilisés, il importe de garder à l'esprit qu'ils ne désignent pas des concepts abstraits, mais des vies humaines. Le rapport utilise les termes suivants aux sens ci-dessous ; il ne s'agit pas toujours de termes techniques, et leur définition n'est pas nécessairement constante. Les descriptions ci-après n'ont pas de caractère prescriptif ; elles visent simplement à permettre aux lecteurs de comprendre les idées exposées dans le rapport.

Antinataliste : Se dit des politiques ou des pratiques qui promeuvent une diminution du taux de natalité, en décourageant la procréation ou en favorisant une diminution du nombre d'enfants (Population Reference Bureau, 2025). Le substantif « antinatalisme » peut également être utilisé pour désigner la conviction selon laquelle il est moralement discutable d'avoir des enfants (Morioka, 2021). Ce terme est évité autant que possible dans le présent rapport, car il nuit à une communication claire du fait de son usage ambivalent.

Anxiété démographique : Peurs ou inquiétudes, fondées ou non, liées aux tendances démographiques, notamment à la taille de la population, à l'évolution démographique, aux mouvements migratoires ou aux taux de fécondité.

Aspirations en matière de fécondité : Objectifs ou espoirs procréatifs d'un individu, d'un couple ou d'une famille.

Autonomie procréative : Pouvoir de faire des choix concernant son corps, sa sexualité et sa fécondité sans avoir à craindre de violence ou de coercition.

Coercition procréative : Toute mesure ou tout comportement qui entrave la prise de décisions autonome d'une personne concernant sa santé procréative.

Droits procréatifs : Tout couple ou toute personne a le droit fondamental de décider librement du nombre d'enfants qu'il ou elle souhaite, du moment et de l'espacement des naissances, mais aussi de disposer des informations et des ressources pour faciliter la décision, tout en bénéficiant du droit à la jouissance du meilleur état de santé sexuelle et procréative possible (UNFPA, 2014).

Contrôle démographique : Pratique consistant à contrôler intentionnellement la croissance, la taille ou la répartition d'une population humaine. Ce terme est souvent associé à des mesures qui portent atteinte aux droits humains.

Diversité démographique : Terme utilisé pour évoquer la diversité des profils et tendances démographiques des différents pays, notamment le fait que dans le monde d'aujourd'hui, certains pays affichent une forte fécondité et une population en croissance, tandis que d'autres enregistrent une faible fécondité et un déclin démographique.

Effet tempo : Terme démographique désignant l'évolution de l'âge de procréation dans différents groupes démographiques et l'incidence de cette évolution sur le taux de fécondité total de la période (MPIDR, 2025). Une augmentation globale de l'âge auquel les femmes ont des enfants, par exemple, peut entraîner une baisse des naissances au cours de l'année suivante, et donc diminuer le taux de fécondité total pour la période, même si le nombre d'enfants que les femmes mettent au monde au cours de leur vie ne change pas.

Évolution démographique : Changements de la taille et de la structure d'une population dus à des fluctuations de la fécondité, de la mortalité et des mouvements migratoires.

Faible fécondité : De même, le terme « faible fécondité » est utilisé à des fins de comparaison plutôt que pour désigner un taux de fécondité donné. Dans le présent rapport, le terme « faible fécondité » n'est pas employé en référence à un taux de fécondité prédéfini, mais à titre comparatif précisément.

Généralement, ce terme renvoie à des taux de fécondité égaux ou inférieurs à 2,1 enfants par femme, autrement dit, qui n'entraînent pas de croissance démographique à long terme. Le rapport reconnaît que la notion de ce qui constitue une « faible fécondité » est subjective.

Fécondité inférieure au nombre d'enfants souhaité : Situation dans laquelle une personne a moins d'enfants qu'elle le souhaite.

Fécondité inférieure au seuil de renouvellement : Taux de fécondité inférieur à 2,1, c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants par femme nécessaire pour qu'une population maintienne son effectif d'une génération à la suivante, dans l'hypothèse d'une faible mortalité, mais également d'une absence de mouvements migratoires importants et de déséquilibres du ratio garçons-filles à la naissance.

Fécondité supérieure au nombre d'enfants souhaité : Situation dans laquelle une personne a plus d'enfants qu'elle le souhaite.

Forte fécondité : Dans le présent rapport, le terme « forte fécondité » n'est pas employé en référence à un taux de fécondité prédéfini, mais à titre comparatif. Les définitions d'un fort taux de fécondité proposées par les organismes des Nations Unies varient en fonction du contexte : Il peut s'agir d'un taux de fécondité supérieur à 3,2 enfants par femme (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies [UN DESA], 2014), supérieur à 3,5 enfants par femme (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2017), ou encore supérieur au seuil de renouvellement de la population à la lumière des projections pour un pays donné.

Libre arbitre en matière de procréation : Capacité à prendre des décisions éclairées et autonomes concernant sa propre vie procréative. Ce libre arbitre ne se limite pas à la possibilité de dire oui ou non ; il nécessite un environnement propice, dans lequel les individus et les couples peuvent faire des choix sans contraintes juridiques, politiques, économiques ou normatives. C'est un aspect fondamental de l'autonomie corporelle, de l'autodétermination et des droits humains ; les cadres internationaux des droits humains reconnaissent d'ailleurs le libre arbitre en matière de procréation comme essentiel à l'égalité des genres et à l'autonomisation des femmes et des filles.

Objectifs de fécondité : Chiffres de la fécondité définis comme étant l'objectif à atteindre d'une politique démographique donnée : évolution du nombre de naissances, des taux de natalité, des taux de fécondité, etc. Le terme « objectifs de fécondité » renvoie ici à des politiques nationales que le présent rapport ne saurait recommander.

Objectifs démographiques : Nombres de personnes (ou fourchettes) définis comme étant l'objectif à atteindre d'une politique démographique donnée.

Politiques démographiques : Politiques relatives à différentes questions démographiques telles que la taille et l'accroissement de la population, sa répartition selon l'âge, la fécondité et le mariage, la santé procréative et la planification familiale, la santé et la mortalité, la répartition géographique et l'urbanisation, ou encore les migrations internes et internationales.

Pronataliste : Se dit des politiques ou des pratiques qui encouragent une hausse du taux de natalité (Population Reference Bureau, 2025). Le terme « pronataliste » peut également être utilisé comme substantif pour désigner les partisans des politiques ou des pratiques qui prônent une augmentation des taux de natalité. Ce terme est parfois employé pour désigner un contexte culturel ou

institutionnel coercitif en matière de procréation (Bajaj *et al.*, 2023). Ce terme est évité autant que possible dans le présent rapport, car il nuit à une communication claire du fait de son usage ambivalent.

Résilience démographique : Capacité d'un pays à anticiper les évolutions démographiques, à s'y adapter et à en tirer parti dans le respect des droits humains.

Santé et droits en matière de sexualité et de procréation : Ensemble complet et intégré de services de santé sexuelle et procréative et d'informations nécessaires pour garantir à toutes et à tous le meilleur état de santé possible et le respect des droits humains. Ces interventions comprennent non seulement la prévention des grossesses non intentionnelles, la protection contre la violence basée sur le genre et l'accès à des informations fiables, mais aussi le traitement de l'infertilité et des cancers du système reproducteur, les conseils et les soins en matière de fonction et de satisfaction sexuelles, la prise en charge des personnes indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, et les soins dans toutes les situations, y compris les crises humanitaires (Tedros et Kanem, 2018).

Seuil de renouvellement de la population : Critère utilisé par les démographes qui correspond au nombre moyen d'enfants qu'une femme doit avoir pour qu'une population donnée maintienne son effectif, soit généralement 2,1 enfants par femme environ (Population Reference Bureau, 2025). Le taux de fécondité exact permettant d'assurer le renouvellement d'une génération varie d'un pays à l'autre, car il est également influencé par d'autres facteurs comme le taux de mortalité, les mouvements migratoires et le ratio garçons-filles à la naissance.

Surpopulation : Bien qu'il n'existe pas de définition technique reconnue, ce terme est couramment employé afin de décrire une population trop nombreuse pour pouvoir subvenir à ses propres besoins avec les ressources dont elle dispose. Il peut être utilisé pour exprimer des craintes

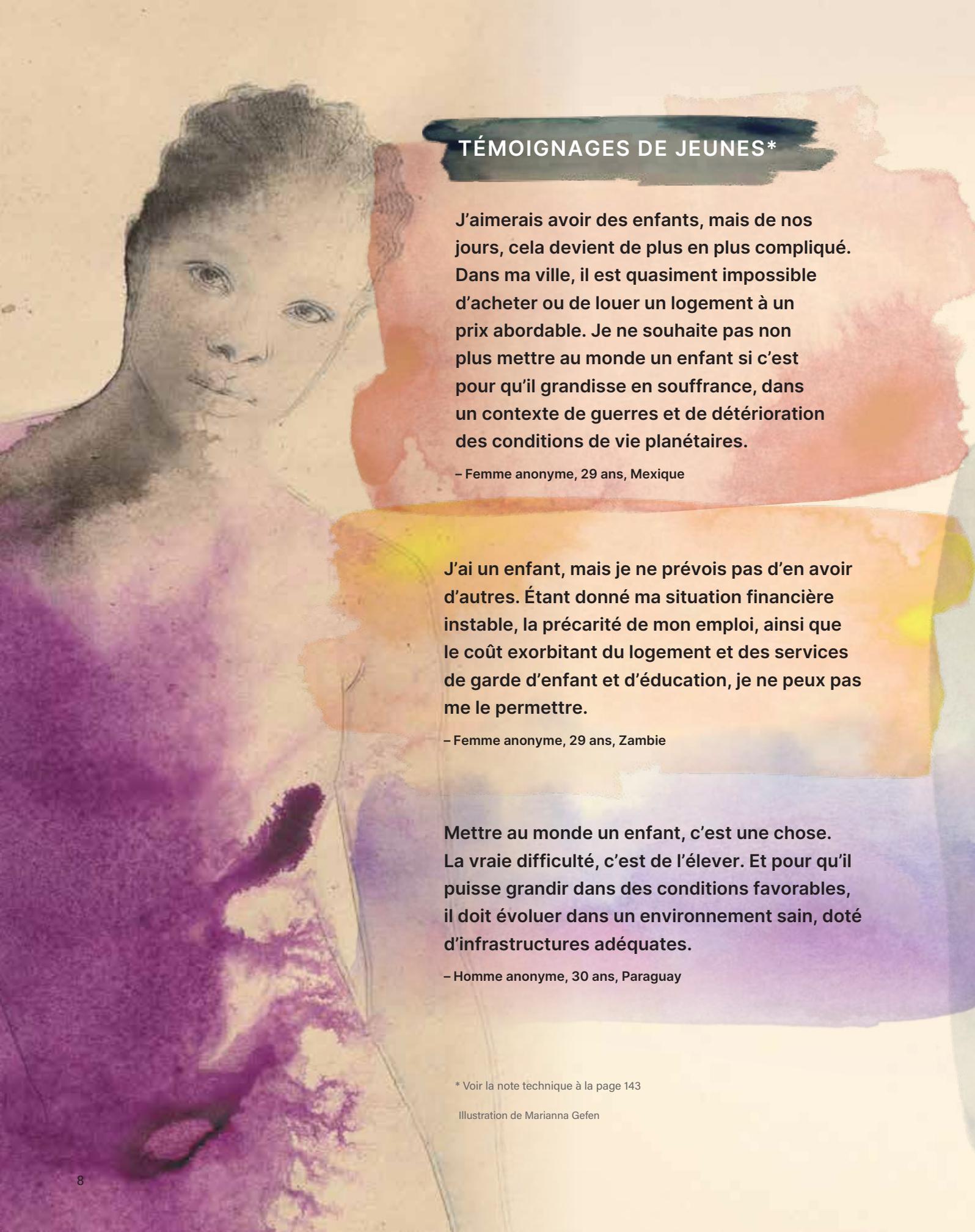
quant à la hausse des taux de natalité ou de l'immigration, et il repose souvent sur l'idée qu'il existerait un nombre d'habitants ou un taux de fécondité idéal, hypothèse non accréditée par le présent rapport.

Taux de fécondité total ajusté en fonction de l'effet tempo et de la parité : Variante du taux de fécondité total qui tient compte de l'effet tempo (selon l'âge de procréation) et de la parité (nombre de grossesses menées jusqu'à au moins 20 semaines de gestation). Cette mesure vise à brosser un tableau plus nuancé des tendances en matière de fécondité au fil du temps, notamment pour rendre compte de l'évolution des normes d'une société en ce qui concerne la maternité (avoir des enfants plus tard, par exemple).

Taux de natalité chez les adolescentes : Le taux de natalité chez les adolescentes mesure le nombre annuel d'enfants nés de filles ou de femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge. Cet indicateur rend compte du risque de maternité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. (Lorsque l'on dispose des données nécessaires, le taux de natalité chez les adolescentes peut et doit également être calculé pour les filles âgées de 10 à 14 ans).

Taux global de fécondité : Sauf indication contraire, le taux global de fécondité désigne le taux de fécondité total pour une *période donnée*, c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge sur une période donnée (Population Reference Bureau, 2025).

Transition de la fécondité : Processus de diminution des taux de fécondité d'un niveau élevé à un niveau faible. Ce processus a commencé au XIX^e siècle en Europe et au XX^e siècle en Asie et en Amérique latine, où les transitions démographiques sont encore en cours. En Afrique, la croissance démographique se poursuit, essentiellement en raison du recul rapide des taux de mortalité.



TÉMOIGNAGES DE JEUNES*

J'aimerais avoir des enfants, mais de nos jours, cela devient de plus en plus compliqué. Dans ma ville, il est quasiment impossible d'acheter ou de louer un logement à un prix abordable. Je ne souhaite pas non plus mettre au monde un enfant si c'est pour qu'il grandisse en souffrance, dans un contexte de guerres et de détérioration des conditions de vie planétaires.

– Femme anonyme, 29 ans, Mexique

J'ai un enfant, mais je ne prévois pas d'en avoir d'autres. Étant donné ma situation financière instable, la précarité de mon emploi, ainsi que le coût exorbitant du logement et des services de garde d'enfant et d'éducation, je ne peux pas me le permettre.

– Femme anonyme, 29 ans, Zambie

Mettre au monde un enfant, c'est une chose. La vraie difficulté, c'est de l'élever. Et pour qu'il puisse grandir dans des conditions favorables, il doit évoluer dans un environnement sain, doté d'infrastructures adéquates.

– Homme anonyme, 30 ans, Paraguay

* Voir la note technique à la page 143

Malgré les mesures mises en place par le Gouvernement, l'avenir me paraît bien sombre. Beaucoup de politiques à travers le monde vont à l'encontre de la santé des femmes. J'ai le sentiment que cela nous pousse à rester célibataires et à ne pas avoir d'enfants.

– Femme anonyme, 31 ans, Philippines

Trouver le bon partenaire est essentiel, car je suis convaincue qu'un enfant s'élève en coresponsabilité, les deux parents devant chacun contribuer émotionnellement et financièrement à son éducation.

– Femme anonyme, 18 ans, Inde

Avant de mettre un enfant au monde, je dois m'assurer de pouvoir le faire selon mes propres conditions. Je dois me battre pour que les couples de même sexe aient le droit de se marier, d'adopter ou d'avoir recours à la gestation pour autrui, et pour que leur autorité parentale soit enfin reconnue. Ce n'est pas seulement un combat personnel. C'est celui de milliards de jeunes pris au piège de systèmes qui leur refusent les droits et la dignité qu'ils méritent.

– Roman, homme, 26 ans, Azerbaïdjan

Nous disposons d'assez de ressources pour permettre à tout le monde de vivre correctement, mais celles-ci sont terriblement mal réparties. En tant que société, nous devons absolument travailler à améliorer ça. Lorsque nous y parviendrons, ce en quoi j'ai confiance, je pourrai envisager d'avoir un enfant sans me sentir coupable.

– Ilian Sales Segarra, 24 ans, Belgique





CHAPITRE 1

Révéler la véritable crise

Le monde se transforme tous azimuts, à une vitesse fulgurante. Les taux mondiaux de fécondité diminuent. La population humaine devrait atteindre son point culminant d'ici la fin du siècle avant de commencer à décroître (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024). Une personne sur quatre vit aujourd'hui dans un pays où l'on estime que la population est déjà parvenue à son pic. Cette situation va créer des sociétés à bien des égards différentes de celles que nous avons connues jusqu'ici : des communautés comptant une part plus importante de personnes âgées, une proportion plus faible de jeunes, et potentiellement une main-d'œuvre raréfiée.

Ces mouvements tectoniques de population façonneront l'avenir de l'humanité pour les générations à venir. Ils font pourtant suite à une autre évolution démographique colossale que certains d'entre nous ont connue : au XX^e siècle, la croissance démographique a bondi sous l'effet d'une explosion du nombre annuel de naissances vivantes, lequel a franchi la barre des 120 millions dans les années 1970 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2021). Ce « baby-boom » a été observé dans la majeure partie du globe (Reher et Requena, 2015). Il serait avisé d'appréhender les évolutions démographiques actuelles à la lumière de ce contexte historique récent, car cette situation avait provoqué une anxiété généralisée et donné lieu à nombre de politiques aux répercussions néfastes ainsi qu'à des violations des droits humains (Hartmann, 2016 ; Ehrlich et Ehrlich, 1968), des conséquences qui, cette fois, peuvent et doivent être évitées.

Le monde d'aujourd'hui se caractérise par une formidable diversité démographique : certains pays continuent d'afficher des taux de fécondité élevés quand d'autres voient leur fécondité décliner, par exemple ; certains connaissent une forte immigration, et d'autres une forte émigration. La diversité des profils démographiques s'observe également au sein d'un même pays. En outre, la configuration

actuelle de l'humanité est la conséquence prévisible de tendances anciennes. « Cela fait des décennies que les pays disposent des données nécessaires pour prédire que la moyenne d'âge de leur population allait augmenter... Il n'y a pas lieu de s'étonner du vieillissement de la population aujourd'hui », font remarquer les démographes (UNFPA, 2024). Ce qui devrait être le plus surprenant, ce n'est pas la vitesse à laquelle le monde change, mais notre résistance collective à traverser ces changements sans les prendre à la légère ni être pris au dépourvu.

Pourtant, au lieu d'affronter la réalité avec clairvoyance et pondération, nous voyons resurgir les craintes du siècle dernier. Quasiment partout, les gros titres prédisent l'effondrement des systèmes de retraite (Constance, 2024), le désengagement de l'électorat (Shankar, 2024), la flambée des tensions ethniques (Rajesh, 2024) et une « dépopulation » humaine irréversible (Eberstadt, 2024), alors même que d'autres continuent à craindre une « surpopulation » (Maynard et Seager, 2022).

Néanmoins, de nouvelles recherches de l'UNFPA révèlent que nous sommes bel et bien en présence d'une véritable crise. Une crise qui exige des mesures urgentes, mais bien souvent *différentes* de celles actuellement mises en œuvre. Cette crise, c'est celle du libre arbitre en matière de procréation, c'est-à-dire la capacité des individus à faire leurs propres choix de façon libre, éclairée et non contraignante concernant tout ce qui touche à leur vie procréative : avoir des relations sexuelles, utiliser un moyen de contraception, ou encore fonder une famille.

Le libre arbitre en matière de procréation ne se limite pas à la possibilité de dire oui ou non, ni au droit de ne pas subir de contrainte ; il nécessite une série de conditions qui permettent à chacune et chacun d'exercer un vrai choix. En s'appuyant sur un environnement politique, juridique et social qui permet aux individus de prendre ces décisions, le libre arbitre ouvre la voie à la pleine réalisation des droits procréatifs.

La véritable crise

L'étude à l'origine du présent rapport, menée par l'UNFPA et par l'institut d'études international YouGov, révèle que de très nombreux hommes et femmes (dans tous les pays considérés et dans toutes les régions du monde) ne sont pas en mesure de concrétiser leurs aspirations en matière de fécondité. Les taux de grossesses non intentionnelles demeurent importants quelle que soit la région, de même que les difficultés rencontrées par les répondants pour avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent. Il est extrêmement courant que la fécondité d'une personne soit supérieure *ou* inférieure au nombre d'enfants qu'elle aurait réellement souhaité ou jugé idéal.

Autrement dit, les débats, les politiques et les solutions doivent laisser de côté les discours alarmistes sur l'« explosion démographique » ou l'« effondrement démographique » et se concentrer sur les véritables préoccupations des individus qui font des choix profondément intimes et lourds de conséquences au sujet de leur corps, de leur famille et de leur avenir. Cette crise ne découle pas d'un décalage entre les décisions individuelles en matière de procréation et les besoins d'un État ou d'une économie. Elle s'inscrit dans des environnements et des choix politiques en décalage avec les aspirations des individus, et qui n'ont pas instauré la sécurité économique et l'autonomisation personnelle que beaucoup considèrent comme des conditions préalables à la réalisation de leurs ambitions en matière de procréation, que leur objectif soit d'avoir beaucoup d'enfants, peu d'enfants, ou aucun.

Cette crise exige effectivement des mesures, mais pas sous la forme de politiques conçues pour pousser les individus à avoir recours à la contraception (Hartmann, 2016) ou au contraire les dissuader de le faire (Tenbarge, 2023), ni sous la forme de politiques de promotion de la maternité (Pavlova et Guy, 2022) ou d'incitation à faire moins d'enfants (Hayre, 2024). En réalité, les

politiques qui ont pour but de réduire les taux de fécondité apparaissent peu efficaces, et peuvent avoir des conséquences néfastes dans les cas extrêmes (Li et Miller, 2000), tandis que celles visant à les augmenter semblent avoir peu d'impact à long terme, et pourraient même produire l'effet inverse de celui recherché (Botev, 2015). La solution passe plutôt par une approche radicalement différente : augmenter sensiblement les investissements mondiaux destinés à faire progresser l'autonomie procréative, indépendamment du taux de fécondité enregistré par les pays. Cela permettrait à tous les individus, hommes et femmes, de prendre leurs décisions en toute autonomie, dans les conditions favorables qu'ils et elles demandent.

La réalisation des droits procréatifs et des souhaits en matière de fécondité aurait des retombées considérables, notamment pour la santé et le bien-être des personnes et de leur famille. Elle serait également très bénéfique pour les communautés et les pays, puisqu'elle réduirait les coûts économiques liés aux grossesses non intentionnelles, en particulier chez les adolescentes (voir l'encadré, page 44), limiterait les coûts exorbitants des avortements non médicalisés pour les systèmes de santé (Sully *et al.*, 2020), et assurerait la participation au marché de l'emploi des futures générations, nées dans des environnements socioéconomiques sûrs et propices pour leur famille.



Elle s'inscrit dans des environnements et des choix politiques en décalage avec les aspirations des individus.



Illustration de Stina Persson

À quel point est-il courant – ou rare – que les aspirations en matière de fécondité ne se concrétisent pas ?

Pour préparer le présent rapport, l'UNFPA et YouGov ont réalisé une enquête en ligne auprès de plus de 14 000 adultes, hommes et femmes, dans 14 pays abritant collectivement plus de 37 % de la population mondiale. Cette enquête cherchait à en savoir plus sur les souhaits des individus en matière de fécondité et sur leur fécondité effective afin de mieux comprendre les difficultés qu'ils rencontrent, le cas échéant. Les résultats nous éclairent non seulement sur la fréquence à laquelle les aspirations individuelles en matière de fécondité ne sont pas réalisées, mais aussi sur la multiplicité des obstacles rencontrés tant pour éviter une grossesse que pour concevoir un enfant.

Dans tous les pays, la majorité des répondants désiraient ou auraient désiré avoir deux enfants. Cependant, dans chaque pays étudié, un pourcentage élevé de personnes indiquent qu'elles ont dû revoir la taille de leur famille idéale au cours de leur vie, tant à la hausse qu'à la baisse : certaines ont modifié leurs projets pour accueillir moins d'enfants que prévu, et d'autres, plus que prévu. Près d'une personne adulte en âge de procréer sur cinq (18 %) estime qu'elle ne pourra pas avoir le nombre d'enfants souhaité : 11 % pensent qu'elles auront moins d'enfants que selon leur idéal, et 7 % pensent qu'elles en auront plus. (En outre, environ 37 % affirment s'attendre à atteindre leur nombre idéal, et 45 % ne savent pas ou ne souhaitent pas s'exprimer.)

Le sondage a également été administré à des personnes de 50 ans et plus, dont la vie procréative est supposée terminée. Les réponses de ces individus nous donnent une représentation précise de leur fécondité effective, et bien souvent, celle-ci ne

correspond pas à leurs idéaux. Dans ce groupe, 31 % des répondants déclarent avoir eu moins d'enfants que ce qu'ils auraient idéalement choisi, et 12 % constatent qu'ils en ont eu plus que ce qu'ils auraient souhaité. (Dans cette tranche d'âge, 38 % affirment avoir atteint leur idéal, et 19 % indiquent ne pas savoir ou ne pas souhaiter donner cette information).

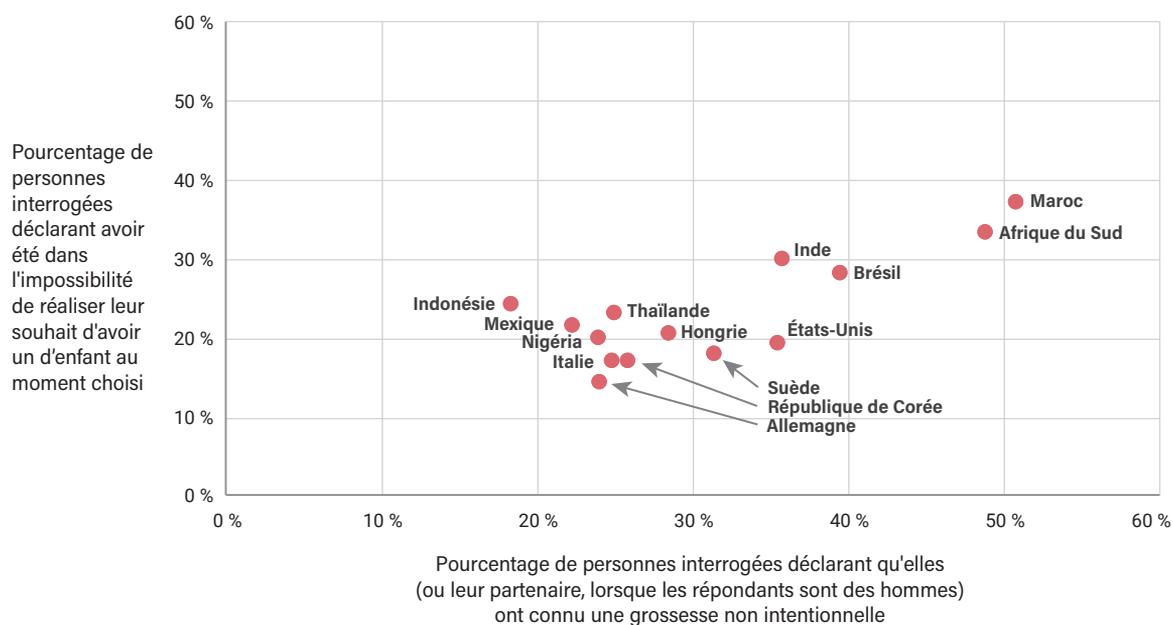
Lorsque l'on interroge les personnes, tous âges confondus, sur leur expérience, près d'une sur trois (32 %) révèle qu'elle ou leur partenaire a connu une grossesse non intentionnelle. Près d'une sur quatre (23 %) a vécu une période de désir d'enfant sans pouvoir le combler au moment où elle l'aurait souhaité, et plus de 40 % des personnes concernées confient avoir finalement dû renoncer à leur désir

d'avoir un enfant. Fait alarmant, près de 13 % des répondants ont été confrontés *à la fois* à une grossesse non intentionnelle *et* à des obstacles pour avoir un enfant désiré (une proportion qui atteint même 20 % dans certains pays), ce qui témoigne de l'échec des systèmes et des environnements à soutenir les décisions des individus en matière de procréation (voir la Figure 1).

Où que l'on regarde, des gens peinent à réaliser librement leurs aspirations procréatives. Le dépassement comme la non-atteinte de la fécondité souhaitée se rencontrent à la fois dans les pays qui enregistrent un taux élevé et dans ceux qui affichent un faible taux de fécondité, ce qui montre bien que les obstacles à la réalisation de la famille idéale ne connaissent pas de frontières.

FIGURE 1

Grossesses non intentionnelles et difficultés à concevoir des enfants



Dans tous les pays couverts par l'enquête UNFPA/YouGov, des personnes ont rencontré des difficultés tant pour prévenir une grossesse non intentionnelle que pour initier une grossesse au moment où elles le souhaitaient.

Source : enquête UNFPA/YouGov.

FIGURE 2

Obstacles à la conception d'un enfant

Réponses des participants à l'enquête à la question suivante : « Dans votre situation personnelle, quels facteurs vous ont amené(e) ou seraient susceptibles de vous amener à avoir moins d'enfants que vous le souhaitiez initialement ? »

Pays classés de la fécondité totale la plus faible à la plus forte ▼	Santé			Économie			
	Infertilité ou difficultés à concevoir un enfant	Obstacles à la fécondité ou à la grossesse liés à des soins médicaux	Mauvais état de santé ou maladie chronique	Contraintes financières	Contraintes liées au logement (manque d'espace, prix des logements et loyers élevés, etc.)	Manque de solutions de garde d'enfants de qualité	Chômage/ insécurité de l'emploi
République de Corée	12 %	6 %	11 %	58 %	31 %	28 %	26 %
Thaïlande	19 %	10 %	17 %	51 %	21 %	17 %	33 %
Italie	15 %	6 %	13 %	29 %	14 %	12 %	30 %
Hongrie	10 %	4 %	8 %	34 %	20 %	11 %	16 %
Allemagne	11 %	3 %	10 %	25 %	18 %	12 %	10 %
Suède	10 %	3 %	9 %	19 %	6 %	3 %	5 %
Bésil	8 %	7 %	13 %	39 %	18 %	8 %	26 %
Mexique	8 %	7 %	8 %	35 %	23 %	14 %	21 %
États-Unis	16 %	8 %	12 %	38 %	15 %	12 %	17 %
Inde	13 %	14 %	15 %	38 %	22 %	18 %	21 %
Indonésie	6 %	9 %	10 %	39 %	22 %	6 %	20 %
Maroc	10 %	4 %	19 %	47 %	20 %	11 %	15 %
Afrique du Sud	15 %	8 %	13 %	53 %	17 %	9 %	33 %
Nigéria	14 %	11 %	13 %	32 %	14 %	17 %	16 %
Moyenne (tous pays confondus)	12 %	7 %	12 %	39 %	19 %	12 %	21 %

	Évolution des souhaits/influence		Inquiétudes pour l'avenir		Autres facteurs		
	Changement d'avis (j'ai décidé que je voulais moins d'enfants)	Mon ou ma partenaire voulait moins d'enfants	Inquiétudes concernant la situation politique ou sociale (guerres, pandémies, etc.)	Inquiétudes concernant le changement climatique ou la dégradation de l'environnement	Absence de partenaire (qui me convienne)	Manque d'implication de mon ou ma partenaire dans les tâches domestiques/les soins aux enfants	Pressions ou contraintes de médecins ou d'agents de santé pour avoir moins d'enfants
République de Corée	14 %	13 %	8 %	8 %	10 %	19 %	3 %
Thaïlande	12 %	9 %	23 %	18 %	25 %	11 %	6 %
Italie	7 %	11 %	19 %	11 %	17 %	8 %	1 %
Hongrie	9 %	8 %	10 %	4 %	17 %	5 %	4 %
Allemagne	11 %	11 %	13 %	9 %	15 %	8 %	2 %
Suède	4 %	9 %	6 %	4 %	17 %	5 %	4 %
Brésil	18 %	12 %	21 %	11 %	15 %	8 %	5 %
Mexique	12 %	8 %	21 %	14 %	16 %	8 %	5 %
États-Unis	12 %	19 %	11 %	7 %	18 %	11 %	6 %
Inde	17 %	19 %	14 %	16 %	12 %	15 %	14 %
Indonésie	19 %	17 %	14 %	9 %	4 %	16 %	7 %
Maroc	8 %	17 %	8 %	4 %	9 %	13 %	4 %
Afrique du Sud	17 %	18 %	15 %	9 %	18 %	9 %	5 %
Nigéria	17 %	19 %	12 %	10 %	9 %	10 %	8 %
Moyenne (tous pays confondus)	13 %	13 %	14 %	9 %	14 %	11 %	5 %

L'enquête suggérait 14 facteurs possibles, mais les répondants pouvaient aussi donner leurs propres réponses. Compte tenu de la possibilité de sélectionner plusieurs facteurs, le total des pourcentages excède 100 %. Les pourcentages utilisés ailleurs dans ce rapport pour décrire les catégories générales d'obstacles (« santé », « économie », « peur de l'avenir », etc.) ont été calculés pour éviter un double comptage des répondants qui ont choisi plusieurs obstacles pour une même catégorie. Un nombre restreint de personnes ont ajouté des facteurs supplémentaires, tels que la fausse couche ou le décès d'un enfant, l'impossibilité d'avoir un enfant après une grossesse difficile, l'orientation sexuelle ou encore la volonté de Dieu (Indonésie). Les données nous permettent de déterminer quels facteurs, le cas échéant, sont jugés pertinents.

Remarque : cette question n'a pas été posée aux répondants qui avaient indiqué que leur nombre d'enfants idéal était zéro.

Source : enquête UNFPA/YouGov.

Pourquoi les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête n'ont-elles pas une famille dont l'effectif correspond à leur souhait ? Les raisons sont très diverses, mais le principal obstacle, et de loin, est de nature économique. Sur 10 000 personnes qui déclarent avoir ou vouloir des enfants, 39 % mentionnent les contraintes financières comme étant

un facteur qui a entravé ou entraverait leur capacité à avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent (voir la Figure 2). Le chômage et l'insécurité de l'emploi se classent au deuxième rang des obstacles (21 % des répondants). Le troisième facteur (19%) concerne les problèmes de logement, notamment le manque d'espace ou les coûts élevés.

De l'« explosion démographique » à l'« effondrement démographique »

Au cours du siècle dernier, les progrès considérables réalisés dans les domaines des soins de santé et du développement ont donné lieu à l'accroissement démographique le plus spectaculaire de l'histoire humaine, souvent considéré comme une « bombe démographique » dès lors qu'il concerne les populations des pays du Sud. Diverses inquiétudes ont alors surgi, de la crainte que la surpopulation contrecarre le développement et aggrave la pauvreté à l'idée que la famine et la mortalité massive étaient inévitables. De nombreux dirigeants et conseillers, en particulier dans les pays développés, ont prédit une « course à l'extinction » si des mesures n'étaient pas prises pour contrôler la fécondité des femmes (Ehrlich et Ehrlich, 1968), mesures trop souvent fondées sur des pratiques telles que le recours forcé à la contraception, à la stérilisation ou à l'avortement (Hartmann, 2016).

Rétrospectivement, les enseignements tirés de cette période et de ses répercussions sont plus nuancés : le nombre d'habitants de la planète a plus que triplé depuis 1950, tandis que sur la même période, le taux moyen de fécondité par femme est passé de 5 à 2,25 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024). D'ici 2050, il devrait atteindre 2,1, chiffre considéré comme le « seuil de renouvellement de la population » (voir la définition des termes aux pages 6 et 7). Contrairement aux baisses démographiques vertigineuses observées en temps de guerre ou pendant une épidémie, ces évolutions se sont déroulées de façon progressive et souvent délibérée, résultat des progrès accomplis à la fois dans l'allongement de l'espérance de vie et la médecine contraceptive, entre autres avancées.

Tous les pays ne s'alarment pas de la même manière de l'évolution des taux de fécondité. En Amérique latine, par exemple, les inquiétudes démographiques sont moins liées à la hausse ou à la baisse des taux de natalité, et concernent plutôt diverses tendances démographiques au sein des pays, où les inégalités et les obstacles structurels peuvent influencer le choix des habitants d'avoir ou non des enfants, à quel moment et de quelle manière.

Cependant, les demandes d'assistance adressées par des pays afin « de résoudre leurs problèmes démographiques » (UNFPA, 1994), quelle que soit la définition de ces problèmes dans chaque pays, n'ont jamais cessé. Pas plus d'ailleurs que la diffusion des idées ethnonationalistes à l'origine, encore aujourd'hui, d'une bonne partie de l'anxiété concernant les mouvements migratoires ainsi que la santé sexuelle et procréative. Plutôt que de soutenir les initiatives visant à gérer la taille ou la composition des populations, l'UNFPA préfère plaider pour la résilience démographique, une approche qui inscrit résolument les politiques démographiques (notamment celles qui concernent les mouvements migratoires et la santé sexuelle et procréative, ainsi que d'autres questions telles que le développement du capital humain) dans le respect des droits humains. S'il est vrai que les migrations et les droits constituent un enjeu majeur, le présent rapport s'intéresse aux questions démographiques sous l'angle de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, car ces valeurs sont au cœur du mandat de l'UNFPA.

Si l'on classe ces facteurs en grandes catégories (problèmes de santé, inquiétudes d'ordre économique, peur de l'avenir et manque de soutien du ou de la partenaire ou absence de partenaire, etc.), plus de la moitié des répondants indiquent que les obstacles économiques les empêchent d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent. Environ un sur quatre (24 %) cite des problèmes de santé (notamment des difficultés à concevoir, des obstacles aux traitements contre l'infertilité ou aux soins liés à la grossesse, ou un mauvais état de santé général). Près d'un sur cinq (19 %) explique que la peur de l'avenir (changement climatique, dégradation de l'environnement, guerres, pandémies, etc.) l'inciterait ou l'a incité à avoir moins d'enfants qu'il l'aurait souhaité.

Les considérations liées au ou à la partenaire ont également joué un rôle manifeste, puisque 14 % des répondants affirment que l'absence de partenaire, ou tout du moins de partenaire qui leur convienne, les a conduits ou les conduirait à avoir moins d'enfants qu'ils l'auraient souhaité. Plus de 10 % expliquent cette situation vécue ou hypothétique par une implication insuffisante de leur partenaire dans les tâches domestiques ou la garde des enfants. Les répondants âgés de moins de 40 ans sont plus susceptibles que ceux de plus de 40 ans d'invoquer la répartition inéquitable du

travail domestique comme facteur d'une fécondité inférieure aux objectifs initiaux (12 % contre 9 %), ce qui témoigne sans doute d'une évolution générationnelle des attentes. Les femmes sont en outre presque deux fois plus nombreuses que les hommes (13 % contre 8 %) à y voir un obstacle à l'atteinte du nombre d'enfants qu'elles souhaitent. (Dans le chapitre 3, nous reviendrons sur l'influence des normes sociales et de genre sur les aspirations en matière de fécondité et la fécondité effective).

Interrogés sur les facteurs qui les ont conduits ou les conduiraient probablement à avoir *plus* d'enfants que ce qu'ils souhaitaient au départ, les répondants évoquent majoritairement (21 %) une amélioration des conditions économiques, puis le désir d'enfant(s) du ou de la partenaire ainsi que le changement d'avis (14 % dans les deux cas). Pourquoi l'amélioration des conditions économiques inciterait-elle les individus à avoir plus d'enfants qu'ils le souhaitaient initialement ? Ce constat est sujet à interprétation. Certains des répondants (mais pas tous) qui affirment qu'une évolution de la situation économique les pousserait à revoir leurs ambitions procréatives à la hausse indiquent *également* qu'ils pourraient changer d'avis sur le nombre d'enfants qu'ils désirent. Il est possible que l'amélioration du contexte économique soit de nature à ouvrir les gens à l'idée d'avoir un ou plusieurs enfants. Il se peut également que sans la possibilité d'invoquer les conditions économiques pour justifier leur souhait de limiter la taille de leur famille, certaines personnes subiraient davantage de pression de la part de la société ou de leur partenaire pour avoir plus d'enfants qu'elles ne le souhaitent (ou pour mener à terme des grossesses non intentionnelles qu'elles auraient peut-être interrompues dans d'autres conditions).



L'évolution des mentalités sur la maternité en Inde, à travers trois générations d'une même famille

L'Inde est aujourd'hui le pays le plus peuplé au monde. Elle compte près de 1,5 milliard d'habitants, et devrait atteindre le pic de 1,7 milliard, avant de commencer à décroître d'ici une quarantaine d'années (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024). Derrière ces chiffres se croisent les destins de millions de couples qui ont décidé de fonder ou d'agrandir leur famille, mais aussi ceux de femmes qui n'ont guère pu choisir si elles souhaitaient ou non tomber enceintes, à quel moment et à quelle fréquence.

En 1960, alors que la population de l'Inde s'établissait à environ

436 millions d'habitants, une femme donnait naissance à près de six enfants en moyenne. Les femmes avaient alors moins de contrôle qu'aujourd'hui sur leur corps et sur leur vie. Moins d'une sur quatre utilisait un moyen de contraception (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024), et moins d'une sur deux était allée à l'école primaire (Banque mondiale, 2020).

Au cours des années qui ont suivi, le niveau d'instruction a augmenté, l'accès à la santé procréative s'est amélioré, et les femmes ont été de plus en

plus nombreuses à avoir voix au chapitre concernant les décisions qui affectaient leur existence. Actuellement, les femmes indiennes ont environ deux enfants en moyenne (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024). Si les femmes, en Inde comme dans le reste du monde, ont aujourd'hui plus de droits et de liberté de choix que leur mère ou leurs grands-mères, il leur reste un long chemin à parcourir pour être en mesure d'avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent – si toutefois elles souhaitent en avoir –, et ce, au moment où elles le décident.



Dans l'État du Bihar, trois générations de femmes de la famille Devi témoignent des mutations qui ont traversé l'Inde depuis 65 ans, et de l'influence de ces évolutions sur les aspirations en matière de fécondité.

Saraswati Devi, 64 ans

Saraswati a été mariée en 1976, à l'âge de 16 ans. À 30 ans, elle avait donné naissance à cinq fils, à peu près autant que toutes les autres femmes de son village. Si une femme avait moins d'enfants, les gens la croyaient malade, se souvient Saraswati.

À l'époque, les familles nombreuses étaient considérées à la fois comme une bénédiction et une nécessité économique. Avoir des enfants était vu comme « un cadeau du ciel », raconte-t-elle. « Ma belle-mère disait toujours : "Plus tu as d'enfants, plus ça fait de bras pour travailler aux champs". »

On ne parlait guère d'espacer les grossesses ou de limiter la taille des familles. « À l'époque, on ne connaissait pas l'existence des contraceptifs », confie-t-elle. « Nous ne savions pas comment retarder ou éviter une grossesse, et nous n'osions pas demander. » Selon elle, la pression exercée par les amis, les voisins, et en particulier par sa belle-mère a accentué l'importance d'avoir une descendance prolifique. « Lorsque j'ai voulu arrêter d'avoir des enfants, ma belle-mère a insisté pour que je continue, et je ne pouvais pas lui désobéir. »

Si elle avait la possibilité de revenir en arrière, Saraswati affirme qu'elle aurait eu moins d'enfants.

Anita Devi, 42 ans

Anita, la belle-fille de Saraswati, s'est mariée à l'âge de 18 ans, à la fin des années 1990. Contrairement à sa belle-mère, Anita avait entendu parler de planification familiale et aurait pu se procurer des contraceptifs auprès des agents de santé qui venaient dans son village. Quoi qu'il en soit, elle s'est retrouvée avec six enfants, quatre filles et deux fils. « Mon mari et ma belle-mère voulaient que j'aie plus d'enfants, et surtout que je donne naissance à un fils », explique Anita. « J'étais épuisée, mais je n'avais pas vraiment mon mot à dire. »

Elle ajoute : « Au départ, je ne voulais qu'un ou deux enfants, juste une fille et un garçon. Nous sommes pauvres, et c'est difficile d'élever une famille nombreuse... Mais la planification familiale n'était pas un sujet facile à aborder dans ma famille, et mon mari était opposé à la contraception. »

Aujourd'hui, elle en prend son parti : « Malgré nos difficultés, je suis heureuse d'avoir une famille. Tous mes enfants ont reçu une certaine instruction. Je partage mon temps entre les tâches domestiques et les travaux agricoles pour aider mon mari. »

Pooja Kumari, 26 ans

Pooja, la fille d'Anita, a terminé ses études universitaires avant de se marier à l'âge de 22 ans. Elle a eu

son premier enfant à 23 ans. Ensuite, elle a utilisé pendant trois ans les contraceptifs fournis par les Accredited Social Health Activists, des agents de santé communautaires de son village. Elle a récemment décidé de faire un deuxième enfant.

« Mon mari et moi avons décidé de nous limiter à deux enfants », témoigne Pooja. « Nous voulons les élever correctement, leur offrir une bonne éducation, et assurer l'avenir de notre famille. Avec des moyens financiers restreints, nous estimons qu'il est préférable d'avoir une petite famille. »

Pooja explique qu'après la naissance de son deuxième enfant, elle compte travailler et contribuer aux finances du ménage. « Mon mari soutient mes aspirations, et ensemble, nous préparons un avenir stable. »

Ses connaissances sur la santé et les droits en matière de procréation, Pooja les tient des *Raatri Chaupals*, des rassemblements communautaires nocturnes durant lesquels les villageois s'informent sur ces sujets en discutant ou en visionnant des films. Ces rencontres lui ont donné suffisamment confiance en elle pour qu'elle se mette d'accord avec son mari sur le nombre d'enfants qu'ils souhaitaient avoir et le moment propice pour tomber enceinte. Grâce à la disponibilité des services de contraception ainsi qu'au soutien de leur communauté et de leur famille, les femmes comme Pooja incarnent une génération qui possède les connaissances et le pouvoir nécessaires pour réaliser ses objectifs en matière de fécondité.

En finir avec la culpabilisation

L'enquête UNFPA/YouGov montre clairement que les hommes comme les femmes se heurtent à des obstacles de taille pour réaliser leurs aspirations en matière de fécondité. Pourtant, la rhétorique prédominante et même les discours politiques (Looker, 2024) continuent de faire porter aux seules femmes la responsabilité du recul des mariages et de la fécondité. Médias, universitaires et décideurs politiques continuent de présumer que la diminution de la fécondité est un problème lié au choix des femmes, *et dans le même temps*, que les femmes ne sont pas sincères dans l'expression de leurs propres désirs. Partout dans le monde, ces accusations s'étalent à la une des médias : « Les Italiennes renoncent à la maternité » (Migliaccio et Bloomberg, 2024), « Les Japonaises se détournent du mariage » (Rich, 2019), « La natalité est en déclin aux Pays-Bas, car de plus en plus de jeunes femmes refusent de devenir mères » (Dutch News, 2023), « Les femmes et la grève de la procréation » (Chamie, 2015), « Pas de rapports sexuels, pas de bébés : les nouvelles féministes de Corée du Sud veulent en finir avec le mariage » (Reuters, 2020), « En Inde, des millions de femmes rejettent le mariage » (Sunder, 2020),

« Les Latino-Américaines s'écartent des rôles de genre traditionnels et renoncent à la maternité » (Laguna et Morland, 2025), « Au Kenya, les femmes disent non à la maternité et oui à la stérilisation » (Kupemba, 2025), ou encore « Une femme qui prétend être heureuse sans enfants est soit une menteuse, soit une idiote » (Spicer, 2013).

Ces suppositions sont dangereusement biaisées, en grande partie parce que les hommes aussi jouent un rôle essentiel dans tous les aspects de la procréation. Des études montrent d'ailleurs qu'en matière de parentalité, les aspirations des femmes *et* des hommes changent au fil du temps (voir le chapitre 3, page 76). Il est en outre établi qu'au quotidien, les femmes ne sont que trop rarement en mesure d'opérer de véritables choix sans aucune contrainte en matière de procréation. Si les individus disposent effectivement d'un plus large choix que jamais dans ce domaine, grâce à une vaste gamme de moyens de contraception modernes et aux normes internationales concernant l'éducation complète à la sexualité, ce choix reste très limité, en particulier pour les femmes et les filles.

Dès l'apparition de la puberté, souvent dès l'âge de 10 ans, voire moins, les filles font l'expérience de la honte, du harcèlement (UNFPA, 2021) et d'une restriction de leurs libertés (UNFPA, 2022 ; Hallmann *et al.*, 2015) au seul motif du développement naturel de leur fonction reproductive. D'après une étude consacrée à l'expérience des garçons et des filles de 15 pays répartis sur cinq continents, « à la puberté, les garçons sont vus comme des prédateurs, et les filles comme des cibles et des victimes potentielles. Des messages tels que “Ne t'assois pas comme ça”, “Ne t'habille pas comme ça”, “Ne parle pas à untel”, ou “Les garçons vont gâcher ton avenir” renforcent le déséquilibre de pouvoir entre les genres (Blum *et al.*, 2017). L'étude observe également que « dans de nombreuses régions du monde, les filles s'exposent à des conséquences comme le mariage des enfants, une fin de scolarité précoce, une grossesse, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, la violence et la dépression ».



Ces risques sont en effet corroborés par les données actuelles. À l'échelle mondiale, près d'une femme sur cinq est mariée alors qu'elle n'est encore qu'une enfant (UNFPA, n. d.). La violence basée sur le genre est l'une des violations des droits humains les plus répandues au monde : environ une femme sur trois subit des violences sexuelles, des violences au sein du couple ou d'autres formes de maltraitance au cours de son existence, et compte tenu du fort taux d'incidents non signalés, ce chiffre est sans doute sous-évalué (OMS [WHO], 2024). Selon les dernières données collectées dans 69 pays au titre de l'indicateur 5.6.1 des objectifs de développement durable, 11 % des femmes ne peuvent pas prendre des décisions (seules ou en concertation avec leur partenaire) au sujet de la contraception, 25 % ne peuvent pas prendre de décisions concernant leur propre santé, et 24 % ne sont pas en mesure de refuser un rapport sexuel (UNFPA, 2025). Par ailleurs, sur les 32 pays pour lesquels on dispose de données de séries chronologiques, 13 constatent une *régression* de l'autonomie corporelle des femmes entre 2006 et 2022 (UNFPA, 2024a).

Le véritable libre arbitre en matière de procréation demeure difficile à atteindre même pour les individus qui possèdent les ressources et l'autonomie nécessaires pour utiliser des contraceptifs, avoir recours aux services de santé et refuser un rapport sexuel. Les traitements contre l'infertilité restent souvent difficiles d'accès et inabordables, comparés au développement des technologies contraceptives, par exemple (Haddad *et al.*, 2021). Par ailleurs, de nombreuses études (y compris les nouvelles données présentées dans ce rapport) montrent que le fait de fonder une famille est influencé par de multiples facteurs complexes et interdépendants d'ordre biologique, économique, sociétal et individuel.

Tenir les femmes pour principales responsables du niveau des taux de fécondité en fait donc injustement des boucs émissaires, tout en refusant de reconnaître le rôle des hommes dans la conception et la procréation, mais également les



Les femmes ne sont que trop rarement en mesure d'opérer de véritables choix sans aucune contrainte en matière de procréation.

conditions nécessaires pour que les hommes et les femmes puissent concrétiser leurs désirs en matière de constitution d'une famille. De tels discours entraînent des choix politiques biaisés et, souvent, des conséquences néfastes involontaires.

La coercition, une pratique aux effets pervers

Si les politiques coercitives sont généralement condamnées, la définition de la coercition ne fait pas forcément consensus. Le terme de « coercition procréative » est communément défini comme désignant toute mesure ou tout comportement qui entrave la prise de décisions autonome d'une personne concernant sa santé procréative. Cette coercition peut être imposée par l'État. Dans les cas extrêmes, certains États ont pratiqué la stérilisation forcée et contraint les femmes à utiliser des contraceptifs ; d'autres ont interdit la contraception et l'avortement (Hartmann, 2016). Mais d'autres mesures ont également été employées par le passé pour faire pression sur les choix procréatifs. En Union soviétique, les dirigeants politiques avaient instauré un impôt sur l'absence d'enfant (Selezneva, 2016). Au Viet Nam, les parents qui avaient plus d'enfants que le nombre autorisé se voyaient infliger des amendes (Goodkind, 1995).

Il est important de préciser que la coercition n'a pas besoin d'être prescrite par la loi pour être exercée par les acteurs de l'État, ou par toute autre entité, d'ailleurs. Des conditions coercitives peuvent exister dès lors que les protections systémiques sont insuffisantes. La Haute Cour de Namibie a ainsi découvert qu'un hôpital géré par l'État avait illégalement contraint des femmes séropositives à subir des procédures de stérilisation au moment de leur accouchement (SAFLII, 2012). Une évaluation réalisée par l'UNFPA dans la région Afrique de l'Est et australe en 2021 révèle que malgré les progrès accomplis en matière d'accès aux contraceptifs, des difficultés relatives notamment à l'éventail restreint de moyens de contraception proposés et aux préjugés des prestataires continuent de faire obstacle à un choix pleinement éclairé et volontaire (UNFPA, 2021a).

La coercition, quelle qu'en soit la source, produit aussi des effets contraires à ceux recherchés, en renforçant la volonté des hommes comme des femmes à affirmer leur autonomie reproductive (pour en savoir plus, voir page 36). Dans les lieux où l'avortement est interdit ou inaccessible, il n'est pas rare que les femmes aient recours à des avortements non médicalisés, ce qui augmente les risques de handicap et de mortalité maternels. Aujourd'hui, on estime que les avortements non médicalisés représentent 45 % de l'ensemble des avortements à l'échelle mondiale et constituent l'une des principales causes de mortalité maternelle (OMS, 2024a).

Autre exemple d'effets pervers, l'interdiction de l'avortement peut pousser certaines personnes à renoncer à la procréation, volontairement ou non. Lorsque les lois interdisant l'avortement sont entrées en vigueur aux États-Unis en 2022 et 2023, par exemple, on a observé une hausse des demandes de stérilisation permanente (ligatures des trompes et vasectomies) chez les jeunes (Strasser *et al.*, 2025). Par ailleurs, dans les pays à faible revenu où l'accès à l'avortement médicalisé est limité, il est établi que le recours aux avortements non médicalisés contribue fortement à l'infertilité secondaire, c'est-à-dire la

difficulté à tomber enceinte après avoir déjà connu une grossesse ou un accouchement (Seiz *et al.*, 2023).

Non seulement les programmes coercitifs portent atteinte aux droits humains, mais on se demande dans quelle mesure ils ne compromettent pas également la fécondité sur le long terme. Même les politiques les plus coercitives adoptées pour *accroître* les taux de fécondité ne produisent des résultats que tant que les mesures sont appliquées de façon stricte (et à grands frais). L'interdiction de l'avortement et de la contraception en Roumanie en 1966 (République socialiste de Roumanie, 1966) a immédiatement fait bondir le taux de fécondité total de 1,87 à 3,59 naissances entre 1966 et 1967, mais en 1970, ce taux était retombé en dessous de 3 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024), et l'objectif des 30 millions d'habitants n'a jamais été atteint. En revanche, cette politique a engendré de graves conséquences : lorsqu'elle a finalement été abandonnée en 1989, le pays enregistrait le taux de mortalité maternelle le plus élevé d'Europe, et 87 % des décès maternels étaient imputables à des avortements non médicalisés ; la Roumanie comptait en outre une multitude d'enfants abandonnés (Hord *et al.*, 1991). Cet épisode a également eu de lourdes conséquences économiques, car les enfants nés durant cette période ont eu de moins bonnes perspectives sur les plans de l'éducation et de l'emploi (Pop-Eleches, 2006). Dès que l'interdiction de la contraception et de l'avortement a été levée et que les habitants ont de nouveau pu exercer leur libre arbitre au sujet de leur vie procréative, le taux de fécondité du pays a chuté, retombant à 1,84 en 1990, pour atteindre 1,27 (son niveau le plus bas) en 2001 ; les taux de mortalité maternelle ont également baissé de façon marquée pendant cette période (Hord *et al.*, 1991).

Les efforts visant à *réduire* la fécondité ont eux aussi produit des retombées inattendues. Certaines personnes se sont montrées prêtes à tout pour avoir des enfants en violation des politiques limitant drastiquement le nombre d'enfants par famille, par exemple. Dans le cadre de l'ancienne politique de fécondité de la Chine, les familles

encourageaient notamment une amende si elles avaient plus d'enfants que ne l'autorisait la loi. En conséquence, « les parents qui contrevenaient à la politique de planification familiale s'abstenaient souvent de se procurer [des permis officiels] pour enregistrer les enfants de leur foyer afin d'éviter les pénalités », affectant ainsi l'accès des enfants à « divers avantages sociaux tels que l'assurance médicale et l'éducation de base » (Xinhua, 2016) et faussant les données des registres d'état civil (Skalla, 2004). Lorsque cette politique a été abrogée en 2016, les citoyens non enregistrés ont pu demander des permis (Xinhua, 2016). Par ailleurs, de nombreux pays qui ont cherché à diminuer les taux de fécondité, que ce soit à l'échelle nationale ou dans des communautés déterminées, ont été confrontés à des conséquences délétères pour la santé, le bien-être et les droits des femmes (OMS *et al.*, 2014) ainsi que des communautés touchées, notamment les populations autochtones (Lawrence, 2000).

L'efficacité de ces mesures sur le long terme est en outre contestée. Certes, les taux de natalité ont nettement baissé dans les contextes de coercition, mais les taux de fécondité ont également diminué à l'échelle mondiale sous l'effet du développement économique rapide et de l'accès accru à la planification familiale volontaire, ce qui pose la question de savoir si les gouvernements concernés n'auraient pas obtenu ces résultats démographiques même en l'absence de politiques coercitives (Li et Miller, 2000).

Instaurer la confiance grâce à des conditions et des politiques stables et respectueuses des droits

Que les politiques soient ou non coercitives, il y a de vrais risques à traiter les taux de fécondité comme un robinet que l'on pourrait ouvrir ou fermer à volonté. De nombreux pays qui, aujourd'hui, cherchent à accroître la fécondité avaient pour objectif de réduire les taux de natalité au cours des quatre dernières décennies.

Ainsi, la Chine, le Japon, la République de Corée, la Thaïlande et la Türkiye indiquaient en 1986 leur intention de diminuer par le biais d'interventions politiques leur taux de fécondité national, jugé à l'époque « trop élevé ». En 2015, cependant, ces cinq pays avaient tous adopté des politiques visant à *encourager* la fécondité (Division de la population des Nations Unies, n. d.). Aujourd'hui, tous les cinq présentent un taux de fécondité total inférieur à deux enfants par femme (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024).

En fait, plusieurs millions de personnes ont connu un total revirement des objectifs de fécondité de leur gouvernement, et c'est encore arrivé il n'y a pas si longtemps. Pas plus tard que l'an dernier, l'État d'Andhra Pradesh, en Inde, a abrogé une loi qui interdisait aux candidats parents de plus de deux enfants de se présenter aux élections ; les autorités de l'État envisagent désormais une nouvelle interdiction, qui viserait cette fois les candidats ayant moins de deux enfants (*The Hindu*, 2025). La persistance d'une faible fécondité dans ces pays reflète peut-être simplement une évolution des normes et une tendance mondiale générale à une baisse de la fécondité. Mais elle pourrait aussi témoigner des craintes des habitants quant à la précarité de leurs libertés procréatives (Jiang, 2024) et à la fiabilité des programmes qui prétendent soutenir leurs aspirations en matière de fécondité.

Même dans les États qui n'ont pas dévié de leurs objectifs de fécondité, les efforts de promotion de la maternité demeurent souvent inefficaces, et les taux de fécondité poursuivent leur tendance à la baisse, quoique les données utilisées dans le présent rapport montrent que de très nombreuses personnes souhaiteraient avoir plus d'enfants qu'elles ne l'estiment possible dans leur situation actuelle. Cela porte à croire que même lorsque les États mettent en place des incitations financières ou d'autres mesures destinées à dynamiser la fécondité, ils n'instaurent pas toutes les conditions favorables que leur population estime nécessaires à la constitution d'une famille.

Certaines études avancent en outre que les efforts actuellement déployés pour accroître la fécondité peuvent miner la confiance des habitants envers les systèmes et les institutions supposés les aider à planifier leur famille et leur avenir. Certaines femmes déclarent avoir remis en question leur projet d'avoir d'autres enfants après l'adoption de lois interdisant l'avortement et la multiplication des cas de septicémie et de décès maternels qui se sont ensuivis (Presser *et al.*, 2025 ; Suozzo *et al.*, 2025). « Je n'ai pas envie de mourir en essayant d'avoir un autre bébé », a expliqué une femme début 2025. « Je ne veux pas que les enfants que j'ai déjà grandissent sans mère » (Darby, 2024). Une jeune femme des Philippines a confié à l'UNFPA : « Beaucoup de politiques à travers le monde vont à l'encontre de la santé des femmes. J'ai le sentiment que cela nous pousse à rester célibataires et à ne pas avoir d'enfants » (voir les témoignages de jeunes aux pages 8 et 9).

Même des initiatives apparemment anodines, comme des campagnes de communication sur la faible fécondité, peuvent donner des résultats contreproductifs. En Italie, par exemple, la « Journée

de la fécondité », une campagne marquée par des slogans tels que « La beauté n'a pas d'âge, la fertilité si » ou « Dépêchez-vous ! N'attendez pas la cigogne ! » (Lavanga, 2016), a fait polémique : ses détracteurs ont reproché au Gouvernement d'être déconnecté des besoins qu'une personne doit satisfaire pour fonder une famille, à commencer par un travail décent. En République de Corée, les autorités ont lancé un site Internet affichant une « carte de la natalité », qui montrait la répartition des femmes en âge de procréer afin de sensibiliser la population au taux de natalité du pays. Cette initiative a été vivement critiquée au motif qu'elle culpabilisait les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas avoir d'enfants. Bien que le site ait finalement été supprimé (Associated Press, 2016), cette carte est réputée avoir contribué au « mouvement 4B » dont les participantes affirment ne pas vouloir sortir avec des hommes, avoir des relations sexuelles, se marier ou avoir des enfants (Shamim, 2024).

La méfiance est exacerbée lorsque des législateurs et des personnalités envisagent ouvertement de revenir sur des acquis durement gagnés en matière d'égalité des genres dans le but d'accroître les taux de fécondité. Face au recul de la fécondité, l'Iran a récemment adopté une « Loi sur les jeunes et la protection de la famille » qui dispose que « la distribution ou la subvention de contraceptifs [...] sont interdites », que « les manuels de sciences seront révisés afin d'expliquer les préjudices physiques et mentaux de l'avortement, ainsi que les complications liées à l'usage des contraceptifs » et que « des mesures d'incitation au mariage pour les hommes de moins de 25 ans et les femmes de moins de 23 ans [seront étendues] afin de « faire baisser l'âge du mariage » (Gouvernement de la République islamique d'Iran, 2021). Des universitaires américains ont recommandé l'élimination des bourses d'éducation afin de mettre un terme à la poursuite supposément excessive des études parmi les jeunes (Greene et Burke, 2024). En République de Corée, un institut de recherche gouvernemental a recommandé l'instauration de politiques visant à

Des législateurs et des personnalités envisagent ouvertement de revenir sur des acquis durement gagnés en matière d'égalité des genres dans le but d'accroître les taux de fécondité.

renforcer « l'attractivité sexuelle et la sociabilité des jeunes » (Choi, 2024).

L'anxiété démographique est aussi instrumentalisée dans le but d'affaiblir l'autonomie reproductive. En Europe, des militants « anti-genre » ont appelé les responsables politiques à « utiliser l'argument du déclin démographique pour interdire légalement l'avortement dans tous les pays » (Agenda Europe, 2024). Aux États-Unis, lors d'une récente action en justice intentée par les procureurs généraux de différents États afin de faire interdire les avortements médicamenteux, il a été affirmé que la diminution des naissances due à l'avortement constituait « une atteinte souveraine à l'État lui-même ». L'avortement médicamenteux y a été présenté comme un facteur « réduisant les taux de natalité attendus chez les mères adolescentes », provoquant « une perte de population potentielle » de nature à entraîner une « diminution de la représentation politique » ainsi qu'une « perte de fonds fédéraux » (Cour fédérale de district du District Nord du Texas, Division d'Amarillo, 2024).

Au bout du compte, la peur et la méfiance que suscitent les interventions gouvernementales dans le domaine des taux de fécondité sont fondées sur des injustices historiques, des craintes concernant l'autonomie corporelle, les risques de discrimination, un certain scepticisme quant à l'efficacité des politiques, mais aussi sur la conviction fondamentale que les décisions procréatives doivent rester personnelles et privées. Ces facteurs contribuent à une forte aversion à l'égard des politiques qui ne seraient-ce que perçues comme coercitives ou portant atteinte aux droits et aux choix individuels.

FIGURE 3

Évolutions des politiques gouvernementales sur la fécondité au fil du temps

Diagramme alluvial simplifié des politiques sur la fécondité, 1976–2019

Proportion de pays faisant état de politiques sur la fécondité, par type de politique et année d'enquête

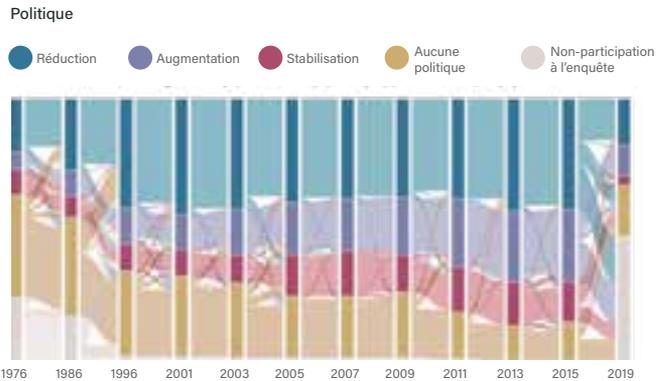
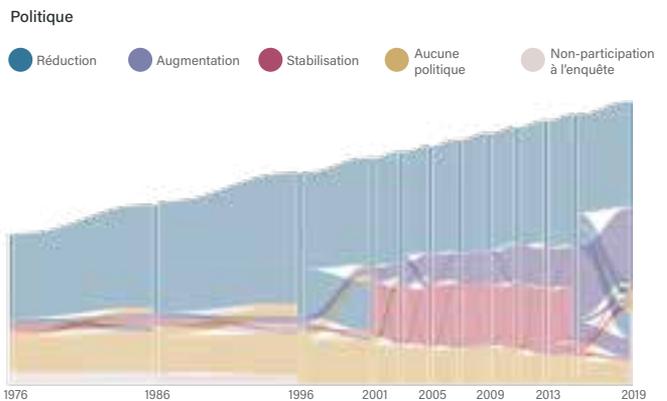


Diagramme alluvial (pondéré en fonction de la population) des politiques nationales sur la fécondité, 1976–2019

Proportion de personnes vivant dans des pays dotés de politiques sur la fécondité, par type de politique et année d'enquête



Source : UNFPA, 2023.

Remarque : évolution de l'objectif déclaré des politiques de fécondité des États membres des Nations Unies, recueilli dans le cadre de l'Enquête sur la population et le développement menée auprès des gouvernements, au cours des 50 dernières années. Les données de 1976 et 1986 couvrent les objectifs politiques d'environ 150 États membres ; les données pour 2019, environ 100 États membres ; pour toutes les autres années, les données couvrent les objectifs politiques de près de 200 États membres.

Les jeunes hommes redéfinissent leur rôle dans la planification familiale

Quand Thabo s'adresse aux autres jeunes hommes de sa communauté à KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, ce n'est pas pour faire des discours théoriques, mais pour raconter son histoire.

Tout a commencé par une rupture de préservatif, suivie d'une grande panique. « Il était tard. Le dispensaire était fermé », se remémore-t-il. « Mais je me suis rappelé ce que j'avais appris lors

de l'exposé sur la santé des jeunes : il faut agir dans les 72 heures. »

Le lendemain matin, Thabo s'est rendu au dispensaire de Wembezi, où il avait effectué ses visites médicales et s'était fait vacciner pendant l'enfance, afin de demander de l'aide. Il a été soumis à un test de dépistage du VIH et a reçu un traitement d'urgence pour réduire le risque d'infection, mais également un soutien qui allait façonner son

avenir plus qu'il ne l'aurait imaginé, sous la forme d'informations claires, de qualité et sans jugement.

« On m'a montré comment utiliser correctement un préservatif. On m'a expliqué comment me protéger, mais aussi comment planifier l'avenir. Ce jour-là, tout a changé. »

Thabo n'était pas prêt à devenir père. En revanche, il s'est découvert prêt à devenir un leader. Aujourd'hui âgé



de 24 ans, il est mentor volontaire auprès des jeunes, et aide d'autres jeunes hommes de sa communauté à mieux comprendre la santé sexuelle et les relations dans le cadre d'un mouvement en plein essor soutenu par le programme « 2gether 4 SRHR » (Ensemble pour la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation), qui propose dans un même lieu des services de santé sexuelle et procréative ainsi que de prévention du VIH et de la violence basée sur le genre.

En Afrique du Sud, les débats sur la planification familiale ont longtemps ciblé prioritairement les femmes. Pourtant, les hommes, eux aussi, ont du mal à faire des choix libres et éclairés. En Afrique du Sud, 17% des habitants s'attendent à avoir plus d'enfants que ce qu'ils souhaitent. La même proportion s'attend à en avoir moins. Ces chiffres ne sont pas seulement des statistiques ; ils racontent des rêves brisés et des besoins non satisfaits.

Parfois, le problème n'est pas le manque d'accès, mais une différence de normes. De nombreux

jeunes hommes sont élevés dans l'idée que la grossesse est de la responsabilité des femmes, qu'il est honteux de poser des questions sur la santé sexuelle, ou que montrer ses émotions est une marque de faiblesse. Résultat : des occasions perdues, une communication rompue, et des familles fondées sur des non-dits ou fracturées par le silence.

Des recherches menées en Afrique du Sud montrent que les taux élevés de grossesses non intentionnelles, l'implication limitée des pères et le stress économique sont en fait étroitement liés. Lorsque les jeunes, en particulier les jeunes hommes, ne sont pas invités à prendre part aux conversations, les familles en subissent les conséquences.

Thabo, lui, est partie prenante du changement. Au dispensaire de Wembezi, il anime des groupes de parole dans lesquels les jeunes hommes peuvent parler ouvertement de leurs choix procréatifs, de santé sexuelle, de paternité, et de toutes les émotions que leur inspirent ces sujets. « Certains ne savaient même pas

qu'ils pouvaient dire non. D'autres ne savaient pas qu'ils avaient le droit d'attendre », explique-t-il. « Maintenant, ils savent. »

Le dispensaire, avec l'appui du programme « 2gether 4 SRHR », ne se contente pas de distribuer des préservatifs et de proposer des conseils relationnels ; il fait évoluer les mentalités. Les jeunes hommes sont conviés à participer aux échanges. Ils sont encouragés à poser des questions. Ils sont écoutés sans être jugés.

« Vous n' imaginez pas le nombre de types qui me disent " Je ne savais pas que je pouvais poser ces questions " », révèle Thabo. « On parle de responsabilités, mais aussi de leurs rêves. Vous pouvez décider de fonder une famille. Vous pouvez attendre. Vous pouvez estimer que c'est encore trop tôt. »

Il ajoute : « Aujourd'hui, je n'ai plus peur. Je sais ce que je veux. Et je veux permettre à d'autres hommes de ressentir la même chose. »

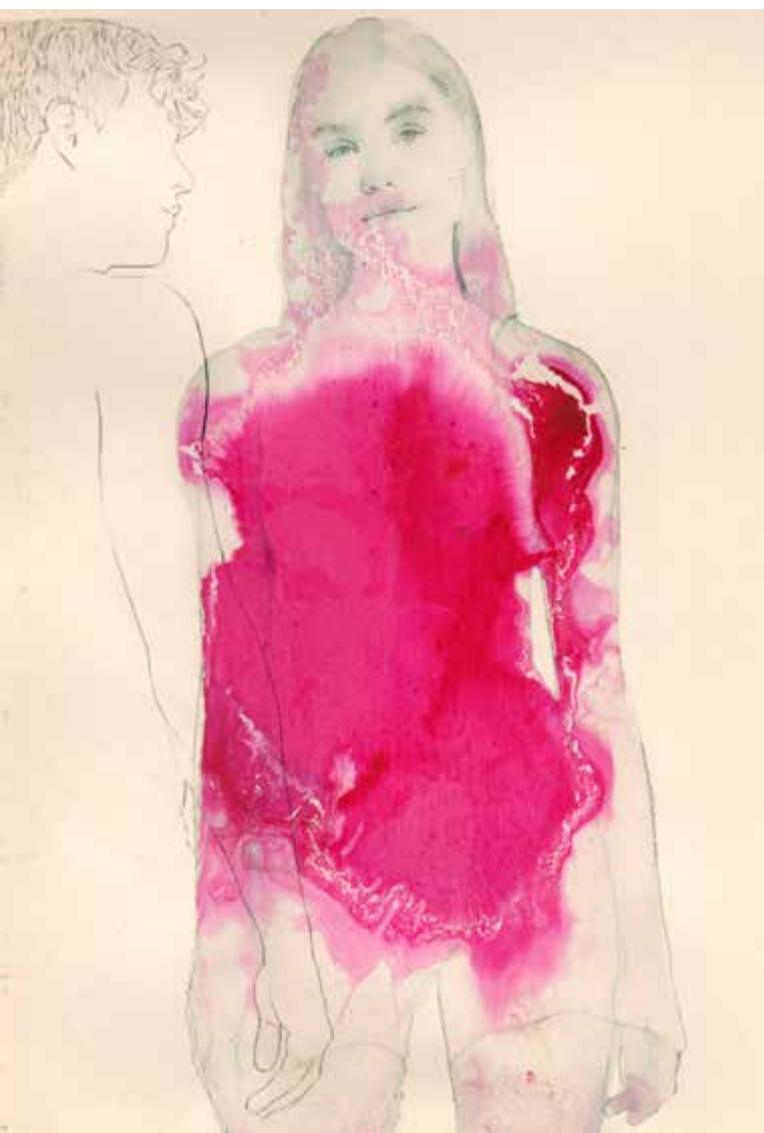


Une affaire de perceptions

Les qualificatifs bien trop simplistes communément employés pour décrire ces politiques (qu'elles soient présentées comme « pronatalistes » ou « antinatalistes ») sont tout aussi contreproductifs. Premièrement, ces termes sont souvent inexacts. Les politiques visant à améliorer l'accès aux services de contraception ne sont pas « anti-bébé », pas plus que celles qui interdisent l'accès aux soins d'avortement et à la contraception ne sont « pro-bébé ». Deuxièmement, ces termes sont parfois utilisés pour tout et n'importe quoi : « antinatalisme » est appliqué aussi bien aux programmes de planification familiale qu'aux mesures de stérilisation forcée, tandis que « pronatalisme » qualifie tout à la fois les allocations de garde d'enfant et les lois interdisant la contraception.

En réalité, ces deux approches peuvent être utilisées pour permettre aux populations de faire leurs propres choix éclairés en matière de procréation, tout comme elles peuvent servir à les priver de ce droit. Les programmes de contraception sont supposés faciliter les choix individuels, mais certains ont aussi été instrumentalisés pour réduire la natalité parmi des populations considérées comme « moins désirables » (UNFPA, 2024a). Les primes de naissance peuvent apporter une aide indispensable aux parents qui ont du mal à supporter les dépenses liées à l'arrivée d'un enfant, mais également être utilisées comme des mesures d'incitation à la procréation, ce qui a pour effet de stigmatiser les personnes qui en bénéficient (Garrett *et al.*, 2017). Des mesures qui peuvent paraître innocentes, telles que les « incitations » financières à avoir plus ou moins d'enfants, peuvent indirectement restreindre le choix en matière de procréation, car elles accroissent la vulnérabilité des hommes et des femmes à une éventuelle coercition de la part de leur partenaire, de leur famille ou de leur belle-famille.

Qualifier des politiques de « pronatalistes » ou d'« antinatalistes » peut donc influencer la manière dont celles-ci sont interprétées, et par conséquent, compromettre leur efficacité. L'idée que les politiques favorables aux familles sont pronatalistes ou que les services de contraception sont antinatalistes peut contribuer au sentiment que ces politiques et ces services ne sont, par essence, pas dignes de confiance, qu'il s'agit de mesures de circonstance plutôt que d'initiatives de promotion des droits, et qu'elles ne resteront en place que jusqu'au prochain changement d'objectifs du gouvernement. Enfin, ces termes présentent l'inconvénient de mettre en avant l'intention présumée ou exprimée de l'État qui en est à l'origine, plutôt que leur effet sur le libre arbitre des individus. Des études révèlent que les politiques en faveur de la maternité peuvent en définitive avoir des répercussions négatives durables sur les taux de fécondité, uniquement parce qu'elles sont *perçues* comme cherchant à imposer un comportement procréatif donné. En revanche, les politiques



perçues comme favorables au choix individuel peuvent encourager la maternité (Botev, 2015).

Quelle est l'alternative aux politiques visant à influencer les taux de fécondité ? Les politiques qui, tant dans l'esprit que dans la lettre, affirment expressément le droit de chaque femme et de chaque homme à faire ses propres choix : « Les politiques devraient s'attacher à donner aux parents potentiels l'autonomie suffisante pour décider s'ils souhaitent avoir des enfants, quand et combien, et à faciliter la parentalité, plutôt que de se focaliser sur des objectifs de fécondité » (Botev, 2015).

Hélas, les tendances mondiales actuelles en matière d'élaboration de politiques ne semblent pas prendre cette direction. Le rapport 2023 sur l'état de la population mondiale révélait une hausse du nombre de gouvernements ayant adopté des politiques destinées à influencer le taux de fécondité de leur pays entre 1976 et 2015 (UNFPA, 2023) (voir la Figure 3). Certes, les efforts déployés pour influencer

sur la fécondité peuvent prendre de multiples formes, dont certaines contribuent sans doute au respect des droits humains et au libre arbitre en matière de procréation (amélioration de l'accès aux services de contraception et de santé maternelle, par exemple), mais le rapport 2023 notait également les signes d'une diminution du soutien aux familles et à l'égalité des genres dans un certain nombre de pays. Entre 2015 et 2019, « 38 pays ont diminué les subventions destinées à financer des services de garde, les versements pour la prise en charge des enfants et les allocations familiales (des politiques qui contribuent non seulement à subvenir aux besoins des enfants, mais qui aident aussi les femmes à conserver ou retrouver un emploi rémunéré) », expliquait le rapport. « Cette situation soulève une question essentielle : si le respect des droits fondamentaux et le bien-être des personnes constituaient l'une des principales raisons motivant la mise en œuvre de politiques favorables à la famille, ces mesures seraient-elles moins susceptibles d'être abrogées ? »

Égalité des genres et faible fécondité

Tous les pays du monde passent ou sont passés d'une mortalité et d'une fécondité élevées à une faible mortalité et une faible fécondité, quoique ces transitions se soient échelonnées dans le temps et sur des durées différentes. Cependant, la poursuite de la baisse de la fécondité dans les pays où celle-ci est déjà inférieure au seuil de renouvellement de la population (voir la terminologie aux pages 6 et 7) est liée aux inégalités persistantes entre les genres. Selon les chercheurs, le fait que les familles restent peu nombreuses s'expliquerait en grande partie par la lente progression de l'implication des hommes dans les soins aux enfants (Goldscheider *et al.*, 2015 ; McDonald, 2013). Dans le chapitre 3 de ce rapport, nous explorerons en détail les effets de la répartition des soins aux enfants entre hommes et femmes sur les aspirations en matière de fécondité.

L'accès des femmes à un travail décent est également un facteur, étant donné l'importance de la sécurité économique dans la réalisation des aspirations familiales des individus. Pourtant, la participation des femmes au marché du travail reste nettement inférieure à celle des hommes (Banque mondiale, 2022), ce qui nuit à leur bien-être économique et à leur statut au sein de leur famille (UNFPA et Equimundo, 2022). Malgré cela, les gouvernements et les décideurs politiques continuent de voir les taux de fécondité comme un outil de croissance économique (UNFPA, 2023) plutôt que de considérer l'instauration de bonnes conditions socioéconomiques comme un prérequis pour permettre à la population d'exercer sans contrainte son libre arbitre en matière de procréation, et à certaines personnes de satisfaire leur désir d'avoir plus d'enfants qu'elles l'estiment possible dans le monde d'aujourd'hui.

Mesurer ce qui compte vraiment

L'idée autrefois répandue selon laquelle la sexualité et la fécondité humaines devraient se plier à la volonté des dirigeants et des États n'est aujourd'hui plus défendable. L'autonomie corporelle est de plus en plus revendiquée, mais aussi assimilée à un droit fondamental et reconnue comme tel. En janvier 2025, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a déclaré qu'obliger une survivante de viol à mener à terme une grossesse issue de ce viol constituait « une violation du droit de vivre dignement, un acte assimilable à de la torture, et un manquement au devoir de protection envers les plus vulnérables » (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme [OHCHR], 2025). Le même mois, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que prononcer un divorce pour faute aux torts d'une épouse au motif qu'elle n'avait pas de rapports sexuels avec son mari « ne prenait pas en considération le consentement aux relations sexuelles » (Cour européenne des droits de l'homme [ECHR], 2025).

En dépit de ces avancées, comme nous l'avons déjà expliqué, les problèmes démographiques continuent d'être présentés dans le discours public comme les conséquences délétères des choix faits par les femmes, en particulier les jeunes femmes. Comme par le passé, l'identification des « problèmes » et des « solutions » démographiques se cristallise sur le corps des femmes. La persistance de ces notions s'explique en partie par des normes patriarcales profondément enracinées, mais ce n'est pas le seul facteur. Une autre raison déterminante tient au fait que les indicateurs actuellement utilisés comme fondements des théories démographiques ne sont, à bien des égards, guère adaptés à cette tâche.

Trop souvent, par exemple, on détermine la réussite des politiques familiales ou démographiques en se demandant si elles ont augmenté le taux de fécondité total ou le nombre absolu de naissances d'une communauté ou d'un pays (Luz *et al.*, 2024).

Idéalement, la réussite de ces politiques devrait plutôt être évaluée à l'aune de leurs effets sur la situation et le bien-être des individus, et non sur le taux de fécondité total. Quand bien même la hausse du taux de fécondité serait un objectif politique raisonnable, le taux de fécondité total n'est pas un indicateur approprié pour mesurer l'évolution de la fécondité au fil du temps. Il donne souvent la fausse impression qu'une politique de court terme a fait augmenter le nombre de naissances, alors que des indicateurs plus nuancés tels que le taux de fécondité total ajusté en fonction de l'effet tempo et de la parité ou les mesures par cohortes révèlent souvent que ce n'est pas le cas. (Pour de plus amples informations, voir le chapitre 4, page 102.)

Il existe en outre des raisons de se demander si le but ultime de ces politiques est véritablement d'accroître la natalité. Les pays qui affirment leur intention de relancer la fécondité élargissent rarement leurs services d'assistance médicale à la procréation aux couples homosexuels ou aux personnes célibataires, et beaucoup leur interdisent même expressément ces services (Hawkins, 2024). Certains pays qui s'efforcent d'accroître les taux de fécondité empêchent les populations immigrantes d'accéder aux soins de maternité (Pařízková *et al.*, 2023). Pourtant, élargir l'accès à ces services serait un moyen simple et efficace d'augmenter le nombre total de personnes en mesure de réaliser leurs aspirations procréatives. Ces incohérences sèment le doute sur les objectifs fondamentaux de ces politiques : visent-elles vraiment à accroître les taux de fécondité, ou cherchent-elles à encourager la procréation uniquement dans certains groupes de population ? Des indicateurs relatifs au nombre de candidats à la parentalité qui se heurtent à des obstacles dans leur projet contribueraient à déceler ces biais et ces incohérences.

Le taux de fécondité total n'est pas le seul indicateur inadapté pour évaluer la réussite des politiques et des programmes. Le taux de recours aux moyens de contraception modernes, lui aussi, est depuis

longtemps utilisé à tort et à travers pour apprécier la réussite des programmes de planification familiale, au risque d'encourager ces derniers à fixer des quotas plutôt qu'à privilégier l'écoute et le dialogue avec les femmes. Des indicateurs plus récents interrogent le *souhait* des femmes d'avoir recours à la contraception ainsi que leur capacité à satisfaire ce désir (Lin *et al.*, 2024). (Voir page 96.)

À l'échelle des individus, les indicateurs supposés mesurer la fécondité souhaitée sont également sujets à controverse. Depuis plus de 80 ans, des enquêtes cherchent à déterminer dans quelle mesure les grossesses et la maternité sont désirées (Bhushan et Hill, 1995), mais les réponses obtenues se prêtent à des interprétations très diverses selon la formulation exacte de chaque question. Les résultats peuvent également être influencés par la rationalisation a posteriori, tendance consistant à revenir sur ses préférences passées de façon à les faire correspondre au nombre d'enfants auxquels on a effectivement donné naissance. Des inquiétudes concernant la confidentialité peuvent également avoir une incidence sur les réponses données à ces questions (Valente *et al.*, 2024). Ajoutons à cela que les souhaits en matière de fécondité sont bien entendu susceptibles de changer au cours de la vie d'une personne, en fonction de l'évolution de sa situation. On observe malgré tout des progrès dans ce domaine. L'évaluation des aspirations à ce sujet sur une période donnée, par exemple, peut permettre de mieux appréhender la capacité prédictive des intentions à la lumière des déclarations des répondants (Bernardi *et al.*, 2015). Des chercheurs mettent également au point de nouvelles méthodes pour mesurer les effets des chocs et des crises (Marteleto *et al.*, 2023), de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle (Kurowska *et al.*, 2023) et d'autres facteurs sur les intentions en matière de fécondité, par exemple.

Les efforts déployés pour mesurer les désirs et les intentions dans ce domaine de façon plus systématique dans les différents pays sont également encourageants. C'est le cas notamment de l'enquête « Générations et

genre », bien qu'elle porte essentiellement sur les pays d'Europe, ainsi que quelques pays d'Asie de l'Est et d'Amérique latine (Enquête Générations et genre, n. d.). L'un des outils de mesure les plus efficaces en la matière est l'enquête démographique et de santé, quoique cette initiative ait été menée uniquement dans des pays en développement et qu'elle soit actuellement suspendue à des fins d'examen des financements (Mandavilli, 2025). D'autres initiatives se profilent également à l'horizon. L'UNFPA, par exemple, lancera dans le courant de l'année une enquête sur les aspirations des jeunes en matière de fécondité ainsi que sur les obstacles qu'ils rencontrent et les éléments qui facilitent leurs choix. Cette enquête couvrira toutes les régions du monde et s'appuiera en partie sur les conclusions de l'enquête UNFPA/YouGov (ce sujet est abordé plus en détail à la page 34).

Il reste cependant beaucoup à faire pour mesurer et comprendre l'incertitude qui entoure les objectifs procréatifs. L'enquête UNFPA/YouGov réalisée pour les besoins du présent rapport révèle que 22 % des répondants en âge de procréer indiquent « ne pas savoir » ou « préférer ne pas répondre » lorsqu'on les interroge sur leur nombre d'enfants idéal, et 35 % ne peuvent pas dire combien d'enfants ils s'attendent à avoir, ce qui montre bien la prévalence de l'incertitude sur cette question, même si ce phénomène ne fait pas l'objet d'études poussées pour l'instant.

Certaines personnes peuvent exprimer leur incertitude quant à la perspective de devenir parents à l'avenir, mais aussi alors même qu'elles ou leur partenaire sont actuellement enceintes. Malgré tout, les grossesses sont souvent classées en deux catégories binaires (intentionnelles ou non, désirées ou non), alors qu'en réalité, le désir de grossesse peut exister de façon imprécise dans un entre-deux, et qu'il peut en outre évoluer avec le temps. De nouveaux indicateurs sont actuellement mis au point afin de rendre compte de ces subtilités (ANSIRH, n. d.). Ce domaine de recherche devrait sans nul doute

livrer des informations précieuses, car si l'on sait que les grossesses non intentionnelles et non désirées sont associées à un état de santé sensiblement moins bon pour la mère comme pour l'enfant (Nelson *et al.*, 2020), on ne connaît pas suffisamment les conséquences de l'incertitude dans ce domaine (ni les effets du regret parental, autre sujet rarement étudié [Johnson et Pétursdóttir, 2023 ; Piotrowski, 2021]).

De plus, il n'existe pas d'indicateur normalisé ou complet du libre arbitre en matière de procréation, même si des chercheurs s'emploient actuellement à en créer un. La mesure internationale qui s'en rapproche le plus est l'indicateur 5.6.1 des objectifs de développement durable consacré à l'autonomie corporelle, qui évalue la capacité d'une femme à prendre des décisions concernant sa santé et son recours à la contraception ainsi que sa capacité à refuser un rapport sexuel. Si cet indicateur a grandement contribué à mieux appréhender l'autonomie sexuelle, il fait aussi l'impasse sur de nombreux aspects des choix procréatifs (voir page 115).

Plutôt que de chercher à influencer les décisions personnelles, les décideurs politiques seraient bien

inspirés d'imaginer des politiques qui s'interrogent sur les préférences exprimées par les individus et y répondent. Les politiques devraient en outre s'efforcer de s'adapter aux désirs et aux attentes exprimés par la population elle-même, lesquels changent au fur et à mesure de l'évolution des normes et des conditions de vie. L'enquête mondiale sur les valeurs (World Values Surveys) conduite entre 1981 et 2012, par exemple, montre que les relations homosexuelles sont de mieux en mieux acceptées à travers le monde, en particulier chez les répondants les plus jeunes (Roberts, 2019). Par ailleurs, sur les 1,5 million de répondants ayant participé à l'enquête What Young People Want 2023 (Ce que veulent les jeunes), tous âgés de 10 à 24 ans, plus de 3 % refusent de s'identifier comme homme ou femme (What Young People Want, n. d.). Ces tendances remettent en question la pertinence de restreindre les services de procréation aux seuls couples hétérosexuels mariés.

Remettre en perspective les choix en matière de procréation

Après tout, il n'existe pas de choix procréatif plus intime que de décider si l'on souhaite avoir un enfant, quand et avec qui. L'UNFPA a établi depuis longtemps que pour de trop nombreuses femmes, ce choix n'existe tout simplement pas : selon les projections les plus exhaustives, couvrant plus de 150 pays, près d'une grossesse sur deux à travers le monde n'est pas délibérée (Bearak *et al.*, 2020). La capacité à éviter une grossesse non intentionnelle n'est cependant pas le seul enjeu pouvant affecter l'aptitude à choisir volontairement la parentalité. Pour véritablement rendre compte du libre arbitre des individus au sujet de leur propre fécondité, il convient de prendre en considération les personnes qui désirent profondément, et parfois désespérément avoir un ou plusieurs enfants, sans pouvoir réaliser ce rêve.

Prévenir les grossesses non intentionnelles, tout comme permettre les grossesses intentionnelles, est

De nouvelles enquêtes prévues

L'UNFPA lancera en 2025 une enquête sur les choix procréatifs des jeunes, en s'appuyant sur les résultats de l'étude UNFPA/YouGov exposée dans le présent rapport. Cette nouvelle enquête vise à mieux connaître les souhaits et les intentions des jeunes en matière de procréation, ainsi que les obstacles et les facteurs favorisant la réalisation de ces souhaits, dans une cinquantaine de pays de toutes les régions du monde. Les données ainsi obtenues serviront à orienter les politiques et les programmes dans un monde caractérisé par la diversité démographique.

fondamental pour les droits humains et le bien-être des individus. Ces deux démarches nécessitent des environnements, des politiques et des normes favorables. Et dans les deux cas, les universitaires et les législateurs ne s'adressent pas seulement aux femmes, et veillent à inclure les hommes. Au-delà des seuls couples hétérosexuels, ils intègrent tous les individus où qu'ils se situent sur le spectre du genre, ainsi que les personnes seules.

Il faut par ailleurs, lorsque l'on conçoit des politiques, ne pas rester obnubilé par le taux de fécondité total et admettre que, partout sur la planète, une importante proportion d'adultes dépasse ses objectifs en matière de fécondité, une part notable ne les atteint pas,

et de trop nombreuses personnes cumulent ces deux expériences à différentes étapes de leur vie. Le présent rapport révèle d'ailleurs que les obstacles auxquels se heurte une personne qui cherche à éviter une grossesse sont souvent similaires à ceux qu'elle rencontre lorsqu'elle souhaite fonder une famille : la précarité économique, la discrimination liée au genre, le manque de soutien du ou de la partenaire et de la communauté, la mauvaise qualité des soins de santé sexuelle et procréative, le pessimisme à l'égard de l'avenir, etc. Autant de facteurs que les décideurs politiques pourraient et devraient combattre pour permettre à toutes et tous d'avoir la famille de leurs rêves, en jouissant de la sécurité et de l'autonomie nécessaires.



Illustration de Cyan Haribhai

Qui décide ? Orchestration des choix et subversion du contrôle

De tout temps, les gouvernements et les sociétés ont cherché à influencer la fécondité des femmes à l'aide de diverses méthodes : politiques coercitives, incitations financières, stigmatisation culturelle, etc. (UNFPA, 2023). De telles mesures témoignent souvent de conceptions étatiques patriarcales faisant passer les besoins nationaux ou sociétaux avant le libre arbitre individuel.

Si ces dynamiques n'ont rien de nouveau, le récent essor des discours et des politiques populistes a renforcé la volonté d'influencer l'autonomie procréative des femmes et intensifié les luttes, les négociations et les résistances à ce sujet. Les faibles niveaux des taux de fécondité étant de plus en plus perçus comme sources de crises nationales, des gouvernements mettent en place des politiques visant à accroître la natalité, ce qui a souvent pour effet d'exacerber les normes de genre inéquitables et de susciter des inquiétudes quant à la l'autonomie corporelle et procréative des femmes.

Pour les pouvoirs publics, les politiques relatives aux services médicaux de procréation sont un moyen direct de contrôler la fécondité. En République de Corée, par exemple, l'avortement n'est pas pris en charge par l'assurance maladie nationale, tandis que certaines administrations locales proposent des incitations financières pour encourager des procédures comme l'inversion de vasectomie ou de ligature des trompes (Ables et Yoon, 2024). Certains pays criminalisent l'avortement ou appliquent des règles strictes qui compliquent sérieusement l'accès à des soins sûrs et rapides en matière de procréation (CRR, n. d.). D'autres imposent des obstacles au recours à la stérilisation volontaire. Au Japon, par exemple, les femmes qui souhaitent se faire stériliser se heurtent à des conditions draconiennes. Elles

doivent notamment disposer du consentement de leur époux, et avoir déjà des enfants ou justifier des risques que présenterait une grossesse pour leur santé, ce qui rend ces procédures quasiment inaccessibles aux femmes célibataires sans enfant (Rich et Notoya, 2024).

Par ailleurs, les incitations à faire plus d'enfants ne s'appliquent pas de manière égale à tous les groupes de population, et les candidates « idéales » à la maternité sont prioritairement les femmes de classe moyenne ou supérieure, hétérosexuelles et mariées. Les femmes célibataires, les personnes LGBTQIA+ et les groupes à faible revenu, pour leur part, ne peuvent souvent pas prétendre à ces avantages (Rich et Notoya, 2024). Ces politiques renforcent les normes de genre inéquitables en perpétuant l'idée selon laquelle la fonction première d'une femme serait de porter des enfants, tout en marginalisant de façon systématique les structures familiales et les aspirations individuelles qui s'écartent de la norme. De ce fait, la responsabilité de redresser les taux de fécondité retombe démesurément sur certains groupes de femmes, ce qui exacerbe les inégalités et limite encore davantage leur libre arbitre en matière de procréation.

Pourtant, les politiques visant à influencer la fécondité et les normes sociales qui remettent en cause le choix des femmes se heurtent souvent à une certaine résistance. Les personnes et les communautés confrontées à ces problèmes développent des stratégies pour affirmer leur autonomie concernant leur vie procréative. En République de Corée, par exemple, le « mouvement 4B » (pas de rendez-vous galants, pas de rapports sexuels, pas de mariage et pas d'enfant) est une réaction collective à des normes

de genre et des attentes profondément ancrées à l'égard de la procréation. Il témoigne aussi d'une résistance à la violence basée sur le genre facilitée par la technologie, et notamment les crimes sexuels numériques et la misogynie en ligne, qui menacent le libre arbitre en matière de procréation. De même, aux États-Unis, la tendance « Boy Sober » (littéralement, se sevrer des hommes), qui consiste à opter pour le célibat, constitue une forme de résistance face aux attentes patriarcales et hétéronormées concernant les relations et la sexualité. On remarquera qu'elle a vu le jour dans le sillage du mouvement « incel » (de l'anglais *involuntary celibate*, ou célibataire involontaire), une communauté en ligne dont les points de vue misogynes reposent sur l'idée que les hommes sont en droit d'exiger des rapports sexuels.

Le développement des mouvements 4B et Boy Sober est facilité par les réseaux sociaux, ce qui montre bien à quel point la circulation rapide des idées entre les pays aide les individus à résister aux restrictions et aux pressions de la société. De même, des réseaux officiels tant réels que virtuels voient le jour dans les endroits où l'accès à la contraception et à l'avortement est limité afin d'aider clandestinement les personnes ayant besoin de ces services. Dans de nombreux pays d'Amérique latine dotés de lois très strictes sur l'avortement, par exemple, on observe un recours croissant à des avortements médicamenteux autogérés à l'aide de ressources et de conseils fournis par des réseaux de solidarité mondiaux (Berger et Klimentov, 2024).

Une autre stratégie de contournement des restrictions consiste à aller dans un autre pays afin d'accéder à des services de procréation, tant pour accéder à l'avortement que pour obtenir un soutien en vue de fonder une famille. Dans les lieux où l'accès à la procréation médicalement assistée est réservé aux couples hétérosexuels mariés, de plus en plus de femmes célibataires et de personnes LGBTQIA+ se rendent à l'étranger afin de bénéficier de systèmes de santé aux politiques plus inclusives (Belmonte et al., 2021).

Plutôt que de s'opposer aux désirs de libre arbitre des populations en matière de procréation, les politiques, les systèmes et les environnements devraient respecter et soutenir leurs aspirations dans ce domaine.

Ces possibilités ne s'offrent cependant qu'à celles et ceux qui peuvent se déplacer et disposent de moyens financiers suffisants, ce qui laisse de nombreuses autres personnes au bord de la route.

Ces stratégies de résistance montrent combien il est courant que des individus et des collectifs cherchent à rétablir le libre arbitre de chacune et chacun concernant son propre corps. Plutôt que de s'opposer aux désirs de libre arbitre des populations en matière de procréation, les politiques, les systèmes et les environnements devraient respecter et soutenir leurs aspirations dans ce domaine. Pour ce faire, ils doivent instaurer des soins de santé accessibles, des politiques familiales inclusives et une éducation complète à la procréation qui mette l'accent sur l'autonomie et la prise de décisions éclairées.

Texte rédigé avec la contribution de Kim Sunhye, professeure adjointe d'études sur les femmes à l'université pour femmes Ewha et cofondatrice du centre de droits en matière de sexualité et de justice procréative SHARE en République de Corée.





CHAPITRE 2

Créer de nouvelles perspectives réglementaires

Partout dans le monde, on observe un décalage entre fécondité souhaitée et effective. Dans certains endroits, cet écart est même un gouffre. Depuis longtemps, les décideurs politiques concentrent essentiellement leurs efforts sur une seule des formes que peut prendre ce décalage : les grossesses non intentionnelles, susceptibles de faire basculer les familles d'un budget soigneusement calculé pour le nombre d'enfants prévu à l'épuisement de leurs ressources pour en accueillir davantage. Une grossesse non intentionnelle peut en outre condamner une femme à entretenir toute sa vie des liens avec un partenaire violent (Goli *et al.*, 2020). Elle peut également perturber les études ou la carrière professionnelle de l'un et/ou l'autre des deux parents (Comité sur les grossesses non intentionnelles de l'Institut de médecine des États-Unis, 1995). Les enfants issus d'une grossesse accidentelle sont exposés à des risques accrus de naissance prématurée, de faible poids de naissance et de problèmes de santé à long terme (Beumer *et al.*, 2024 ; Nelson *et al.*, 2020).

Mais aujourd'hui, alors que les pays du monde entier voient leur taux de fécondité diminuer (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025a), beaucoup se débattent avec le problème inverse, et ont moins d'enfants que ce qu'ils souhaiteraient. Pour ces personnes, l'écart se manifeste par un vide dans la famille, qu'elles espéraient combler par un ou plusieurs enfants. Pour celles qui finissent par renoncer complètement à la maternité, ce sentiment de perte peut être aggravé par la stigmatisation d'être considérée comme « égoïste » ou immature. Par ailleurs, des personnes de plus en plus nombreuses font délibérément le choix de ne pas avoir d'enfant (Golovina *et al.*, 2024 ; Hintz et Tucker, 2023), un choix procréatif qui peut leur permettre d'être heureuses et épanouies autrement (Stahnke *et al.*, 2022), mais qui peut également entraîner des difficultés lorsqu'il est pénalisé par la société et par les lois (Tanaka et Johnson, 2014).

Jusqu'ici, les recommandations réglementaires sont souvent scindées en deux catégories étanches : dans les contextes à forte fécondité, on estime qu'il faut prévenir les grossesses non intentionnelles et encourager l'éducation et l'autonomisation des filles ; dans les contextes à faible fécondité, on privilégie les subventions destinées à financer des services de garde et l'appui au congé parental. Cependant, en traitant ces questions séparément, on passe à côté d'une réalité bien plus complexe, à savoir, que les obstacles à la prévention des grossesses comme à la constitution d'une famille existent dans tous les contextes, et qu'il faut donc déployer *partout* un large éventail de politiques.

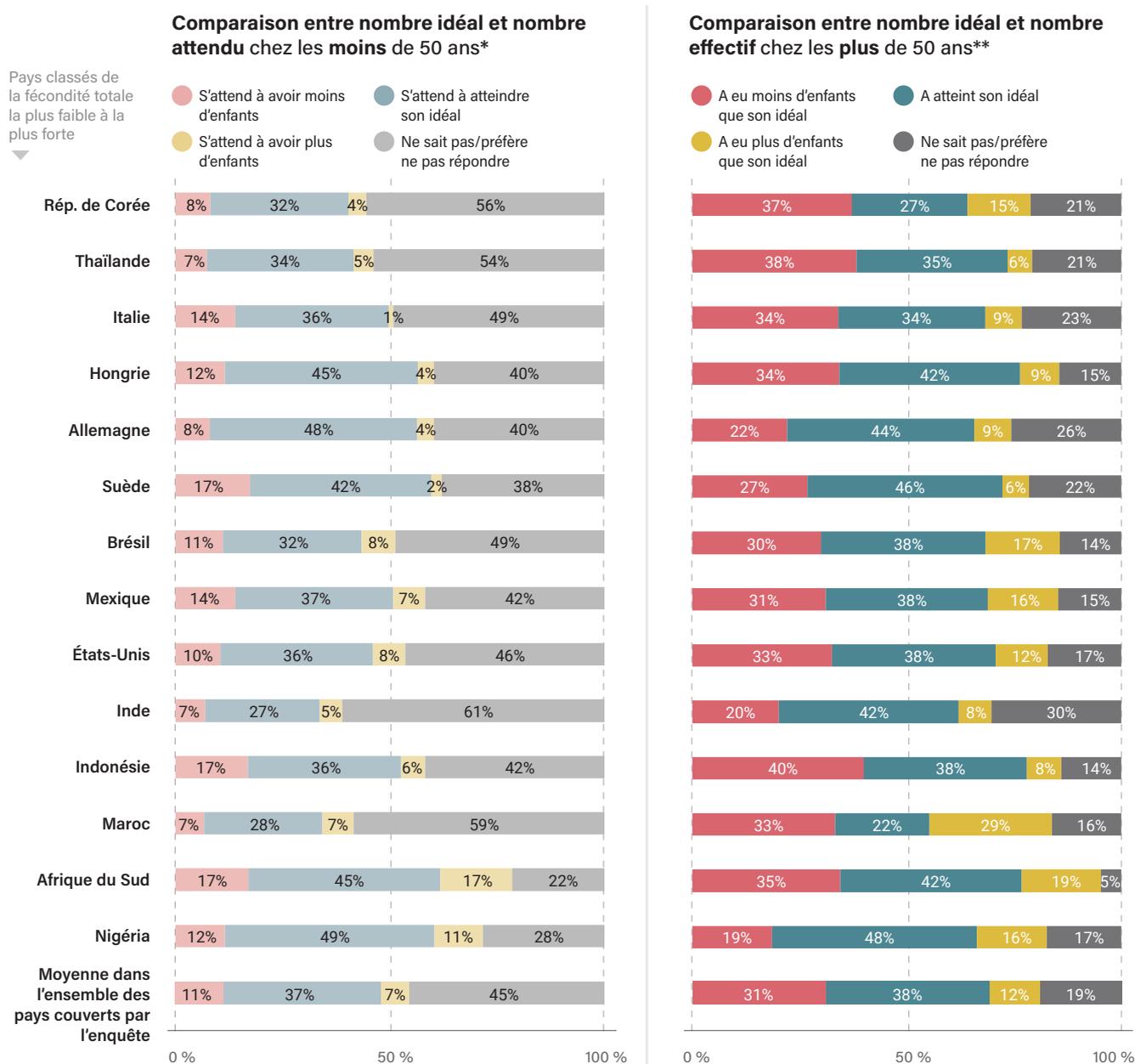
Les obstacles aux aspirations procréatives

Les obstacles aux désirs d'une personne en matière de fécondité peuvent prendre de multiples formes, mais pour les comprendre, encore faut-il *poser la question*. Négliger les desiderata des individus et les difficultés qu'ils rencontrent peut donner lieu à des interventions politiques insuffisantes ou inadaptées.

L'enquête UNFPA/YouGov révèle par exemple qu'en Italie, à peine 1 % des répondants de moins de 50 ans pensent qu'ils auront plus d'enfants qu'ils le souhaitent, alors que 14 % déclarent s'attendre à avoir moins d'enfants que leur nombre idéal (voir la Figure 4). En l'absence de contexte, on pourrait en conclure que les ressources actuellement consacrées aux services de contraception devraient être réaffectées à des programmes sociaux et de santé favorisant la constitution de familles. Cependant, près de 25 % des personnes italiennes interrogées affirment qu'elles, ou leur partenaire, ont connu une grossesse non intentionnelle, ce qui montre bien que les services de prévention des grossesses accidentelles sont *également* indispensables (voir la Figure 1 à la page 15).

FIGURE 4

Différence entre nombre d'enfants idéal et attendu/effectif des répondants



Les répondants ont été interrogés sur leur nombre d'enfants idéal (voir la Figure 8). Les plus de 50 ans ont été invités à indiquer combien d'enfants ils s'attendaient à avoir, et les plus de 50 ans, combien d'enfants ils avaient eus. Dans tous les pays, indépendamment du taux de fécondité total, il est courant de dépasser ses objectifs en matière de fécondité comme de ne pas les atteindre.

* Potentiellement encore en âge de procréer

** Probablement plus en âge de procréer

Source : enquête UNFPA/YouGov.

À l'inverse, le pays qui affiche le taux le plus élevé de fécondité attendue *supérieure* au nombre d'enfants souhaité est l'Afrique du Sud, où pas moins de 17% des répondants, hommes et femmes confondus, s'attendent à avoir plus d'enfants qu'ils le souhaiteraient. On pourrait croire que les programmes visant à faciliter la constitution de familles sont moins importants dans un tel contexte, et pourtant, lorsqu'on leur demande s'ils ont déjà voulu un enfant sans pouvoir réaliser leur souhait à ce moment-là, 34% des répondants sud-africains

répondent par l'affirmative, signe que de nombreuses personnes ont également besoin d'aide pour fonder une famille.

Il est à noter que près de 13% des répondants des 14 pays indiquent avoir connu *à la fois* une grossesse non intentionnelle *et* une période de désir d'enfant en ayant le sentiment de ne pas pouvoir y donner suite (voir la Figure 5). Ce constat peut sembler surprenant : pourquoi une même personne vivrait-elle ces deux expériences ?



Illustration de Graham Dean

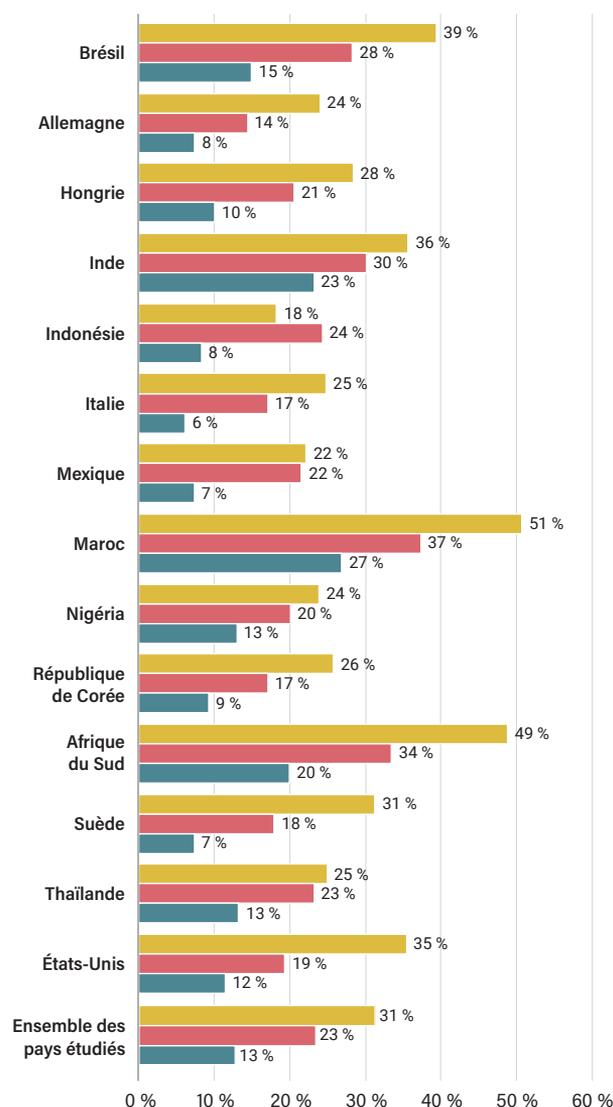
La réponse réside vraisemblablement dans l'importance considérable que revêtent le moment et les circonstances d'une grossesse. Pour tous ces répondants, une grossesse était désirée dans des conditions bien précises (à un certain âge, avec un ou une partenaire spécifique, avec un certain niveau de revenu, etc.), tandis qu'une grossesse survenue dans d'autres conditions ne l'était pas. (Voir l'encadré sur les grossesses non intentionnelles à la page 44.)

Cette situation dessine en creux un tableau préoccupant des obstacles au libre arbitre en matière de procréation dans tous les pays étudiés. Cet état des lieux, toutefois, révèle également que de nombreuses personnes pourraient bénéficier de services et de programmes destinés à les aider à réaliser leurs objectifs, ce qui ouvre de « nouvelles perspectives réglementaires » (Gauthier, 2007). Des interventions politiques conçues suivant une approche centrée sur les personnes, c'est-à-dire inclusive et ancrée dans le respect des droits humains, la dignité et l'égalité des genres (Gietel-Basten *et al.*, 2022) peuvent éliminer au moins partiellement ces obstacles afin de permettre aux individus et aux couples de réaliser leurs aspirations en matière de fécondité, quelles qu'elles soient (Gauthier et Gietel-Basten, 2024). Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser aux politiques qui compliquent actuellement la concrétisation de ces ambitions individuelles, ainsi qu'à celles qui au contraire la facilitent, tant dans les secteurs de la santé, de l'économie et du logement que du point de vue du développement humain et de l'égalité des genres.

FIGURE 5

Expérience d'une grossesse non intentionnelle et d'un désir d'enfant non satisfait

- Grossesses non intentionnelles
- Impossibilité de réaliser leur souhait
- Les deux cas



Des proportions notables de personnes ont vécu à la fois une grossesse non intentionnelle et une période où elles n'ont pas pu satisfaire leur désir d'enfant.

Source : enquête UNFPA/YouGov.

Les grossesses non intentionnelles ne sont pas une solution

Les décideurs politiques peuvent être tentés d'envisager les grossesses non intentionnelles comme une solution à la fécondité inférieure au nombre d'enfants souhaité à l'échelle individuelle, ou aux faibles taux de fécondité à grande échelle. Cela serait désastreux.

Souvent, les coûts d'une grossesse non intentionnelle (même si celle-ci est finalement acceptée et accueillie avec joie) se font ressentir tout au long de la vie des femmes. Les filles qui tombent enceintes alors qu'elles sont encore scolarisées risquent d'arrêter l'école ou d'en être exclues. Faute d'avoir terminé leurs études, les jeunes mères peinent souvent à trouver un emploi décent : d'après une étude menée aux États-Unis, les naissances non planifiées réduisent de 25 % les perspectives de participation au marché du travail (Nuevo-Chiquero, 2010). Les grossesses non intentionnelles représentent également un défi de taille pour les systèmes de santé, car elles sont associées à des problèmes tels que des hémorragies du post-partum, des naissances prématurées, des prééclampsies pendant la grossesse ou le post-partum, ainsi que des retards dans l'accès aux soins prénatals. Les femmes dont la grossesse n'est pas délibérée sont sensiblement plus exposées aux risques de dépression post-partum que celles qui ont fait le choix de tomber enceintes, et les enfants issus d'une grossesse non intentionnelle sont souvent en moins bonne santé.

Les grossesses non planifiées peuvent également entraîner de graves conséquences sur le plan des droits humains. Dans certains endroits, les femmes et les filles concernées risquent d'être la cible de crimes dits « d'honneur » (UNFPA, 2022a), notamment si elles sont tombées enceintes hors mariage. En outre, les grossesses non intentionnelles résultent souvent de violences sexuelles. Une étude menée en Haïti, au Malawi, au Nigéria, en Ouganda et en Zambie révèle que dans certains cas, plus d'un tiers des répondantes ayant indiqué avoir subi des violences sont tombées enceintes à la suite de leur première expérience de rapport sexuel forcé ou sous la contrainte, ou après leur dernière expérience en date (UNFPA, 2022a). Obliger les survivantes d'un viol à poursuivre une grossesse contre leur volonté constitue, selon le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, une violation des droits humains assimilable à de la torture (Assemblée générale des Nations Unies, 2013).

Par ailleurs, de nombreuses grossesses non intentionnelles ne sont pas nécessairement non désirées, mais plutôt inopportunes, et plus le décalage entre la survenue d'une grossesse et le moment où la mère aurait souhaité tomber enceinte est grand, plus les conséquences sont lourdes. Dans les cas les plus extrêmes, ces grossesses sont plus susceptibles de se solder par des accouchements prématurés et par de moins bonnes perspectives d'éducation et d'emploi pour les enfants concernés (Nguyen, 2018 ; Pulley *et al.*, 2002).

Les personnes enclines à voir dans les grossesses non intentionnelles une solution aux faibles taux de fécondité considèrent parfois l'adoption comme une alternative préférable à la prévention ou à l'interruption d'une grossesse non délibérée (Cooper Davis, 2022). Néanmoins, si l'adoption peut être une expérience positive pour toutes les parties concernées, elle n'est pas accessible à tout le monde, elle peut parfois avoir des répercussions néfastes (Brodzinsky *et al.*, 2021), et elle n'efface pas la nécessité que chaque individu puisse exercer son libre arbitre concernant son corps et sa vie procréative.

Enfin, les données collectées dans le cadre de l'enquête UNFPA/YouGov montrent qu'une part importante d'individus, dans tous les pays considérés, voudraient effectivement des enfants, mais que les conditions ne le leur permettent pas, ou qu'ils n'ont pas accès aux services nécessaires. Les interventions devraient par conséquent viser à faciliter l'exercice du libre arbitre de toutes et tous en matière de procréation, y compris de celles et ceux qui souhaitent ardemment devenir parents.

Le rôle des politiques de santé

Les politiques de santé sont parmi les moyens les plus efficaces de soutenir et d'accroître le libre arbitre en matière de procréation, comme l'illustrent très bien les améliorations observées ces 30 dernières années concernant l'autonomie procréative des femmes à l'échelle mondiale. Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994, 179 États ont signé un Programme d'action dans lequel ils s'engageaient, entre autres choses, à promouvoir la santé sexuelle et procréative ainsi que les droits en matière de procréation (UNFPA, 2024). Depuis lors, l'accès à la planification familiale s'est développé, de même que l'accès légal à l'avortement. Dans l'intervalle, 60 pays ont assoupli leurs lois sur l'avortement (CRR, n. d.), les derniers en date à avoir légalisé cette pratique étant l'Argentine, la Colombie, l'Irlande, le Mexique, le Portugal et l'Uruguay (Becquet *et al.*, 2024). En France, la « liberté garantie » des femmes de recourir à l'avortement a été inscrite dans la Constitution en 2024 (CRR, 2024).

Les avancées politiques ne sont toutefois pas linéaires. On observe depuis peu un recul de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, avec, dans certains endroits, des restrictions croissantes à l'autonomie corporelle (ONU-Femmes [UN Women], 2024). En 2021, la Pologne a drastiquement limité l'accès à l'avortement, en interdisant cette procédure même en cas de graves malformations fœtales, tandis qu'aux États-Unis, l'annulation, en 2022, d'un arrêt qui protégeait depuis longtemps les droits à l'avortement a conduit plusieurs États à interdire et criminaliser cette pratique. Les taux d'avortement ont par ailleurs augmenté au Royaume-Uni, où le récent essor de la désinformation sur les réseaux sociaux (McEvinney, 2023) a poussé une partie de la population à se détourner des méthodes de contraception hormonale fiables (McNee *et al.*, 2025).

Aujourd'hui, 8 % des femmes âgées de 15 à 49 ans à l'échelle mondiale ne sont pas en mesure de satisfaire leurs besoins en planification familiale (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025), et cette diminution de l'autonomie contraceptive empêche les individus de prendre des décisions libres et éclairées (Yeatman et Sennott, 2024 ; Senderowicz, 2020). L'autonomie corporelle est également soumise à d'autres contraintes : en 2025, 44 % des femmes et des filles à travers le monde sont privées de leur pouvoir de décision ou de leur autonomie corporelle en matière de relations sexuelles, de recours à la contraception et de soins de santé procréative (UNFPA, 2025).

Il faut de toute évidence améliorer les politiques *à la fois* pour permettre aux individus d'éviter les grossesses non intentionnelles *et* pour les aider à avoir des enfants lorsqu'ils y sont prêts. Pour répondre à ces deux besoins, il convient de veiller à la disponibilité de tout l'éventail des services de santé sexuelle et procréative, idéalement en les intégrant aux systèmes de santé primaire. Malheureusement, tous les systèmes de santé ne sont pas en mesure de fournir l'intégralité des services de santé sexuelle et procréative, que ce soit en raison d'une mauvaise intégration desdits services dans les systèmes de santé, des préjugés des prestataires, d'un manque de produits de santé procréative abordables et de qualité (contraceptifs, mais aussi médicaments de santé maternelle et traitements contre les infections sexuellement transmissibles), ou pour d'autres motifs.

Qualité et accessibilité de l'ensemble des soins procréatifs

La qualité des soins peut avoir des effets directs sur les intentions en matière de fécondité. La qualité des soins maternels et néonataux reçus par une personne peut ainsi affecter ses aspirations procréatives futures. Un accouchement traumatisant en raison de violences obstétricales et gynécologiques, des procédures médicales effectuées sans consentement préalable ou encore

des pressions liées à l'allaitement sont autant de facteurs susceptibles de réduire les intentions de vivre une nouvelle grossesse (Minello *et al.*, 2024). Par ailleurs, le manque de services de santé adaptés aux adolescents peut accroître les risques de grossesses adolescentes (Graybill *et al.*, 2024).

Bien entendu, l'enjeu n'est pas uniquement de permettre aux gens d'avoir les enfants qu'ils désirent. La qualité et la complétude des soins sont également essentielles à la santé et au bien-être des communautés. Pourtant, trop souvent, les services de santé procréative et maternelle sont tout simplement inexistantes. Si la faible disponibilité de ces services est, dans bien des cas, associée aux contextes à forte fécondité, elle commence à toucher également des contextes à faible fécondité. Aux États-Unis, on s'inquiète de plus en plus d'une pénurie d'obstétriciens qui crée des « déserts obstétricaux » et accroît les risques de mortalité (Wallace *et al.*, 2021 ; Howard, 2024), et dans d'autres pays au faible taux de natalité, la fermeture de maternités et la perte d'expérience face aux complications obstétricales ont des effets délétères pour les femmes et leurs bébés (Hoffmann *et al.*, 2023 ; Kildea *et al.*, 2015).

Ce constat est corroboré par l'enquête UNFPA/YouGov, qui révèle qu'à l'échelle mondiale, près d'un répondant sur cinq (18 %) s'est déjà retrouvé dans l'impossibilité d'accéder à des services médicaux ou de santé en lien avec la contraception ou la procréation. Cette proportion va de 10 % en Allemagne à 33 % au Maroc, ce qui laisse penser que dans tous les pays, les systèmes de santé ont encore d'importants progrès à faire pour répondre aux besoins des populations en matière de santé procréative.

Prise en charge de l'infertilité

Depuis des dizaines d'années, des efforts sont déployés pour améliorer la disponibilité et la qualité des programmes de planification familiale, des soins

de santé maternelle et des services d'accouchement médicalisés, si bien que l'on dispose de nombreuses études de cas bien documentées sur les moyens de parvenir à ces résultats, tant dans les communautés rurales à faible revenu que dans les centres urbains plus aisés. Ce dont manquent la plupart des pays, en revanche, c'est l'expérience nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre des traitements et des solutions préventives accessibles, abordables et de qualité contre l'infertilité.

À l'échelle mondiale, on estime qu'environ une personne sur six connaîtra des problèmes d'infertilité au cours de son existence (OMS, 2023). Ce chiffre se base sur la définition médicale de l'infertilité, à savoir, l'absence de grossesse après un an de rapports sexuels non protégés. Toutefois, si l'on tient compte des intentions procréatives (Passet-Wittig et Bujard, 2021) et que l'on considère comme infertiles tous les individus qui n'ont pas réussi à concevoir un enfant après avoir *essayé* pendant un an, l'enquête UNFPA/YouGov obtient une prévalence légèrement supérieure dans les pays couverts par l'étude, à savoir, une personne sur cinq (21 %). Parmi les répondants confrontés à l'infertilité, plus de 60 % sont finalement parvenus à avoir un enfant (ou un autre enfant, dans les cas d'infertilité secondaire). En revanche, près de 40 % indiquent ne pas avoir réussi à concevoir un enfant.

L'infertilité peut s'expliquer par diverses raisons telles qu'une infection sexuellement transmissible non traitée, un dysfonctionnement du système reproducteur féminin ou masculin, ou encore des facteurs de risque liés à l'âge, à l'environnement et au mode de vie. Dans certains cas, elle reste inexpliquée (OMS, 2024b). La prévalence de l'infertilité est sensiblement identique dans les pays à revenu élevé et à faible revenu, malgré des différences selon les études et les mesures utilisées. Si l'on se fie à certaines mesures comme la prévalence de l'infertilité sur une période donnée, l'Afrique est la région la plus touchée par l'infertilité (OMS, 2023), alors même que le

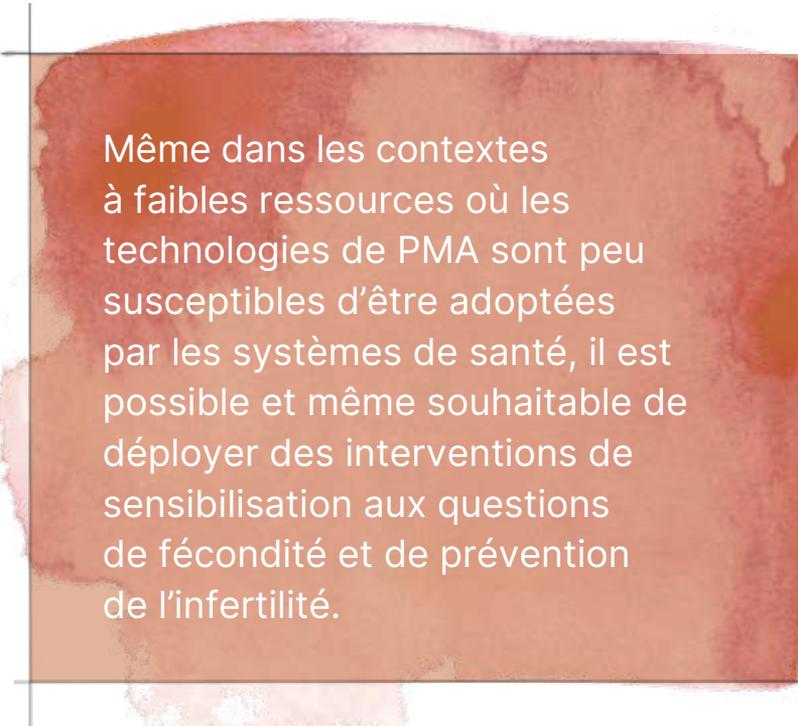
continent enregistre les taux de fécondité les plus élevés. (Voir l'encadré sur l'infertilité en Afrique à la page 95.) Malheureusement, ce problème est bien trop souvent passé sous silence dans les pays à faible revenu dont la fécondité est supérieure au seuil de renouvellement de la population, si bien que la souffrance des aspirants parents reste essentiellement invisible.

L'incapacité à concrétiser un désir d'enfant peut avoir d'importantes répercussions sur le bien-être subjectif des individus (Goisis *et al.*, 2023 ; McQuillan *et al.*, 2022 ; Mirowsky et Ross, 2002). Les séquelles psychologiques de l'infertilité sont souvent profondes, tant pour les hommes que pour les femmes. Le deuil, normal ou compliqué, la dépression et l'anxiété sont des réactions courantes chez les personnes qui entreprennent des traitements contre l'infertilité (Mesquita de Castro *et al.*, 2021). Les conséquences de l'infertilité peuvent être particulièrement lourdes dans les communautés qui accordent une grande valeur à la fécondité et aux familles nombreuses. Un décalage entre fécondité souhaitée et effective peut venir perturber le parcours de vie que l'on s'était imaginé (Hagestad et Call, 2007), impliquant un sentiment de perte d'identité et de contrôle (McQuillan *et al.*, 2003).

Dans certains cas, l'infertilité se déclare lorsque l'on tente de concevoir un premier enfant, et peut alors aboutir à une infécondité involontaire. Dans d'autres, elle se manifeste après une ou plusieurs grossesses ; dans les sociétés les moins aisées, c'est souvent le résultat d'un avortement non médicalisé ou de carences des soins de santé maternelle (Seiz *et al.*, 2023). Dans un couple, l'infertilité peut être d'origine féminine, masculine, ou même les deux à la fois. Cependant, elle n'entraîne pas forcément la même stigmatisation pour les hommes que pour les femmes. L'infertilité masculine est beaucoup moins étudiée (OMS, 2023), et au moins une étude de grande envergure menée au Canada révèle d'importantes lacunes

dans les connaissances des hommes concernant la composante masculine de l'infertilité (Daumler *et al.*, 2016). De leur côté, les femmes sont plus souvent accusées d'être responsables des problèmes d'infertilité par leur partenaire, leur famille et leur communauté, ce qui accroît leur vulnérabilité à la violence au sein du couple, selon une méta-analyse portant sur neuf pays à revenu faible et intermédiaire (Bourey et Murray, 2022).

L'accès et le recours à la procréation médicalement assistée (PMA) sont largement inférieurs à la demande (Adamson *et al.*, 2023). La fécondation *in vitro* (FIV) est sans doute la forme la plus connue de PMA, mais son coût est rédhibitoire, et il n'existe pas vraiment d'exemples de programmes de FIV abordables, accessibles et efficaces dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Chiwari *et al.*, 2021). D'autres technologies telles que l'insémination intra-utérine et la stimulation ovarienne peuvent être employées pour traiter des personnes atteintes d'infertilité, généralement pour un coût inférieur (Cohlen *et al.*, 2018).



Même dans les contextes à faibles ressources où les technologies de PMA sont peu susceptibles d'être adoptées par les systèmes de santé, il est possible et même souhaitable de déployer des interventions de sensibilisation aux questions de fécondité et de prévention de l'infertilité.

Une évolution vers des maternités plus tardives

Par le passé, les maternités tardives concernaient généralement la naissance d'un troisième enfant au moins (Livi-Bacci, 2017). Aujourd'hui, elles sont de plus en plus courantes même pour le premier enfant (Beaujouan, 2020). Les normes déterminant le « bon âge » pour avoir un enfant ont considérablement évolué au fil du temps, et devenir parent à un âge plus avancé est de plus en plus accepté socialement (Lazzari *et al.*, 2025 ; Billari *et al.*, 2021 ; Billari *et al.*, 2011), et même souhaitable dans une certaine mesure (Lebano et Jamieson, 2020). Avoir son premier enfant plus tard peut présenter des avantages : en vieillissant, les parents ont généralement une carrière plus stable et un revenu disponible plus élevé que les parents plus jeunes, ce qui signifie davantage de moyens pour leur descendance (Powell *et al.*, 2006). Souvent, les enfants de parents plus âgés ont un meilleur développement cognitif et comportemental (Trillingsgaard et Sommer, 2018 ; Goisis, 2015) et sont en meilleure santé (Sutcliffe *et al.*, 2012).

Cependant, le recul de la maternité peut se heurter à l'apparition de l'infertilité, et donc réduire considérablement les chances de conception (Leridon, 2008). Du point de vue biologique, la vie procréative s'étale sur une période d'environ 35 ans pour les femmes (entre 15 et 49 ans environ) et dure un peu plus longtemps chez les hommes, mais la fertilité humaine peut décliner dès la fin de la vingtaine. On parle d'« âge parental avancé » à partir de 35 ans pour les femmes et de 40 ans pour les hommes, après quoi les chances de concevoir naturellement un enfant diminuent sensiblement (De la Rochebrochard et Thonneau, 2003).

Beaucoup de personnes n'ont pas conscience des limites d'âge biologiques qui entravent la fécondité, surestiment la probabilité d'une grossesse à un âge avancé, surestiment l'âge auquel la fertilité masculine et féminine commence à décliner (Mac Dougall *et al.*, 2013) et possèdent, de manière générale, des connaissances insuffisantes au sujet de la fertilité (Mohammadi *et al.*, 2023 ; Hammarberg *et al.*, 2013). Cela peut les conduire à aller consulter des services de traitement de l'infertilité à un âge où les chances de conception sont réduites, et les solutions plus coûteuses. Encourager une intervention plus précoce permettrait sans doute d'améliorer les résultats des traitements. Il serait pertinent de sensibiliser davantage les jeunes adultes aux questions de fécondité – pas uniquement les femmes, mais aussi les hommes (Ferlin *et al.*, 2022) – afin d'améliorer leurs connaissances sur la santé procréative, la préservation de la fertilité, la fécondité et les facteurs de risque dans ce domaine, afin qu'ils puissent prendre de meilleures décisions en matière de procréation (Mburu *et al.*, 2023).

Même dans les contextes à faibles ressources où les technologies de PMA sont peu susceptibles d'être adoptées par les systèmes de santé, il est possible et même souhaitable de déployer des interventions de sensibilisation aux questions de fécondité et de prévention de l'infertilité (Norman et Fauser, 2024) (voir page 62).

La disponibilité des soins liés à l'infertilité pour les différentes communautés dépend de leur coût et de leur localisation géographique (Lazzari *et al.*, 2022), mais aussi des lois et des règles définissant qui peut accéder à la procréation médicalement assistée, à quel âge et avec quel(le) partenaire, à quel coût, et combien de cycles peuvent être pris en charge. Le nombre de cliniques spécialisées

dans le traitement de l'infertilité par habitant varie considérablement d'un pays à l'autre, et même au sein des pays (Fauser *et al.*, 2024 ; Seiz *et al.*, 2023). La situation est particulièrement compliquée dans les pays à faible revenu, avec de longues listes d'attente et des pénuries de personnel médical (Weinreb *et al.*, 2024), ce qui limite encore davantage l'accès aux traitements contre l'infertilité, mais également leur réussite.

Même lorsque ces soins sont largement disponibles à l'échelle nationale, ils sont rarement (voire jamais) accessibles à toutes et tous dans les mêmes conditions. Dans les pays à revenu plus élevé, les couples aux revenus les plus faibles ne peuvent, en pratique, pas bénéficier des traitements coûteux si ces derniers ne sont pas pris en charge par les pouvoirs publics, ce qui crée de profondes inégalités entre les classes sociales.

Les systèmes de santé n'ont en outre pas tous le même positionnement concernant les droits et les compensations éventuelles des tiers à l'origine des dons de gamètes et des mères porteuses, si tant est que ces technologies et ces services soient autorisés (Passet-Wittig et Bujard, 2021). Les seuls à pouvoir prétendre aux traitements sont généralement les couples hétérosexuels mariés, en âge de procréer, qui n'ont pas réussi à concevoir un enfant après un an de rapports sexuels non protégés réguliers. Les personnes et les couples LGBTQIA+ sont souvent exclus des dispositifs, et en cas d'éligibilité, se heurtent souvent à un manque d'expertise clinique des prestataires de santé et à une faible inclusion des soins contre l'infertilité (He *et al.*, 2024). Les personnes célibataires sont souvent exclues également ; quant aux minorités ethniques, elles sont confrontées à des disparités, tant dans l'accès aux soins que concernant les résultats des traitements (HFEA, 2023). (De plus amples informations sur les obstacles juridiques sont disponibles à la page 65.) Ce problème laisse toutefois entrevoir qu'il serait possible de garantir l'égalité d'accès aux soins contre

l'infertilité à celles et ceux qui en sont actuellement privés : les minorités ethniques, les populations défavorisées sur le plan économique, les membres de la communauté LGBTQIA+, ainsi que les personnes célibataires qui souhaitent accéder à la parentalité d'une manière non conventionnelle.

Certains gouvernements commencent à subventionner l'accès aux traitements contre l'infertilité (Made for Families, n. d. ; Medical Korea, n. d.). Ces efforts peuvent réduire les inégalités entre les différents groupes socioéconomiques (Seiz *et al.*, 2023) et, dans certains contextes et certaines conditions, peuvent même s'avérer peu coûteux (Keller *et al.*, 2023 ; Vélez *et al.*, 2014). Le subventionnement des soins contre l'infertilité par les pouvoirs publics peut ainsi favoriser une plus grande égalité entre les candidats à la parentalité, ce qui en fait une approche à privilégier. Cette stratégie doit toutefois être employée avec prudence, afin de ne pas être manipulée au détriment des droits humains et de la santé. L'objectif des technologies de PMA doit rester de remédier à l'infertilité, et non d'accroître le taux de fécondité total ou d'enrayer le déclin démographique.

De plus, la procréation médicalement assistée ne peut pas être la seule solution durable pour permettre aux aspirants parents d'avoir les enfants qu'ils souhaitent à un âge plus avancé. Le coût des traitements contre l'infertilité reste considérable, même pour un seul cycle, et le taux de réussite des conceptions médicalement assistées est inversement proportionnel à l'âge maternel (Vitagliano *et al.*, 2023) et paternel (Murugesu *et al.*, 2022). La part que représentent les enfants conçus par PMA dans le taux de fécondité total n'a été estimée que dans quelques pays, notamment l'Autriche, les États-Unis, la République tchèque et le Royaume des Pays-Bas, où elle oscille entre 0,05 et 0,10 enfant par femme (Kocourková *et al.*, 2023 ; Lazzari *et al.*, 2023 ; Tierney, 2022 ; Habbema *et al.*, 2009).

Par ailleurs, si les technologies évoluent rapidement dans ce secteur (congélation d'ovocytes, technologies d'édition génomique telles que le système CRISPR, etc.), il en va de même pour les préoccupations qu'elles soulèvent. Certains domaines comme la marchandisation de la procréation humaine, les droits des mères porteuses, des donneurs et donneuses de gamètes

et des personnes conçues par don de gamètes, les « bébés sur mesure », ou encore les intérêts de l'industrie de la fertilité — un secteur souvent non régulé qui pèse des milliards de dollars (UNFPA, 2024b ; Waldby, 2019) — posent de graves questions bioéthiques auxquelles nous n'avons toujours pas de réponse, et tous ces sujets doivent donc être traités avec prudence.

De la sécurité démographique à la résilience démographique

Alors que la démographie évolue dans de nombreuses régions du monde, certaines personnes s'inquiètent des effets que pourraient avoir ces changements sur la sécurité nationale et internationale. Ces angoisses ne sont pas nouvelles : la crainte de s'éteindre ou d'être remplacé par une population différente de la sienne transcende les époques et les espaces géographiques (UNFPA, 2023). Aujourd'hui, face au déclin de certains taux de fécondité en Asie et en Europe, des acteurs politiques commencent à alerter sur l'insécurité et l'instabilité auxquelles pourrait mener cette évolution démographique. Très souvent, ces inquiétudes sont liées à la taille et à la pyramide des âges de la population. Parfois, elles sont également associées à un sentiment ethnonationaliste, idéologie selon laquelle la nationalité est une composante intrinsèque de l'identité ethnique. Dans ces contextes, les habitants d'un territoire peuvent être encouragés, ou même forcés, à avoir des enfants non pas pour des raisons qui leur sont propres, mais par devoir à l'égard de leur nation et de sa survie (Cordier, 2024). L'anxiété démographique est souvent à l'origine de mouvements extrémistes violents dans les pays qui voient leur démographie changer ; elle peut même favoriser des conflits sectaires et internationaux (Armitage, 2021).

Pour contrer cette tendance, l'UNFPA incite les pays à s'écarter de leur idéal de sécurité démographique pour privilégier plutôt la résilience démographique, en aidant les nations à anticiper pour mieux traverser les fluctuations de population. En 2021, l'UNFPA a lancé un programme qui met l'accent sur les perspectives offertes par ces évolutions plutôt que sur les crises démographiques (UNFPA, n. d. a). En utilisant des données démographiques fiables, en adoptant des politiques fondées sur des données probantes en faveur des droits et en mettant à profit les partenariats et la technologie, les pays peuvent atténuer les risques tout en contribuant au développement national et mondial. La République de Moldova, par exemple, a revu son Programme national sur la sécurité démographique 2011-2025 pour y intégrer la notion de bien-être démographique. Sa nouvelle *Vision conceptuelle de la population et du développement* invite l'ensemble des ministères à prendre à bras-le-corps les questions relatives au vieillissement de la population, à la fécondité souhaitée, à l'espérance de vie et à l'émigration de la population en âge de travailler. Des approches similaires sont actuellement mises en œuvre dans des pays à faible fécondité afin d'aborder les évolutions démographiques de manière globale, en s'appuyant sur des données probantes et dans le respect des droits humains.

Les obstacles économiques

Pour garantir le choix en matière de procréation, les soins de santé peuvent apparaître comme le point de départ le plus évident, mais les mesures économiques sont tout aussi importantes.

Dans les pays à forte fécondité, par exemple, les dirigeants craignent souvent que les femmes donnent naissance à trop de personnes dépendantes ; dans les pays à faible fécondité, ils ont souvent peur qu'elles ne produisent pas suffisamment de travailleurs. Cette vision des choses repose sur l'idée que les femmes se chargent de la procréation humaine et de l'éducation des enfants tandis que les hommes travaillent à l'extérieur de la maison, même si l'on sait que les femmes participent depuis longtemps à l'activité économique (Long, 1958) et que les hommes contribuent depuis longtemps à élever les enfants (Sear, 2021).

Ces postulats peuvent donner lieu à des approches irréflechies et inefficaces, qui traitent les taux de natalité nationaux comme des outils pour redynamiser des économies fléchissantes (Balter, 2006). En réalité, une forte hausse des naissances n'entraîne pas de croissance économique immédiate, car elle commence par accroître fortement le taux de dépendance, c'est-à-dire la proportion de personnes qui dépendent économiquement des travailleurs, dans des communautés déjà confrontées à une hausse des demandes de soins pour les personnes âgées. Pour relancer la croissance économique, mieux vaut miser sur des mesures économiques plus immédiates et plus efficaces, comme renforcer la productivité des jeunes, des femmes, des seniors et des personnes migrantes au travail. Parmi ces différentes options, il semblerait qu'une participation accrue des femmes au marché du travail pourrait bien être la plus efficace (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2023).

Par ailleurs, l'idée que la fécondité humaine pourrait favoriser la sécurité économique à grande échelle

éclipse le fait qu'à l'échelle individuelle, la sécurité économique est également l'une des principales conditions préalables à la réalisation de la fécondité souhaitée. Aujourd'hui, il est généralement admis que la précarité économique constitue l'un des principaux facteurs empêchant les individus d'avoir autant d'enfants qu'ils le souhaitent (Wilkins, 2019), quoiqu'elle soit *aussi* associée à une forte incidence de grossesses non intentionnelles, ce qui contribue au cercle vicieux de la pauvreté pour de nombreux parents adolescents, et en particulier, de mères adolescentes. L'accès à la contraception peut être limité en raison d'un faible revenu total disponible ou d'une incapacité à accéder aux ressources familiales, rendant les adolescentes vulnérables aux grossesses précoces (UNFPA, 2022a), ce qui, en définitive, engendre des répercussions aux niveaux familial, sociétal et national.

L'instabilité économique peut même entraîner ces deux conséquences à la fois : l'Afrique de l'Ouest et centrale affiche actuellement les taux de grossesses adolescentes les plus élevés au monde, suivie par l'Afrique de l'Est et australe. Pourtant, des études montrent qu'en Afrique subsaharienne, en particulier dans les zones urbaines, les difficultés socioéconomiques et le coût élevé de la vie poussent *également* de nombreux couples à faire moins d'enfants qu'ils l'auraient souhaité (Church *et al.*, 2023 ; Yeboah *et al.*, 2021). Une étude réalisée dans des pays à revenu faible et intermédiaire décrit ce phénomène comme suit : « Dans de nombreux pays, les femmes des quintiles supérieurs de richesse sont moins susceptibles de ne pas avoir autant d'enfants qu'elles le souhaitaient que celles du quintile inférieur... Elles sont en outre davantage en mesure de ne pas aller au-delà de leurs intentions procréatives » (Assaf et Moonzwe Davis, 2021).

Quels sont les obstacles économiques au choix en matière de procréation ? L'insécurité du marché du travail, le chômage, les faibles rémunérations, l'absence de salaire décent, et l'instabilité économique en général (Alderotti *et al.*, 2021 ;

Vignoli *et al.*, 2020). Les choix peuvent également être limités par le coût élevé des soins de santé procréative, en particulier les traitements contre l'infertilité, et par le fait qu'il est très coûteux d'élever des enfants de manière générale. Le coût du logement contribue aussi fortement aux difficultés financières des populations (Tocchioni *et al.*, 2021).

C'est l'une des raisons pour lesquelles l'écart entre fécondité souhaitée et effective est plus marqué dans les contextes où l'aide sociale est limitée. À l'échelle mondiale, l'âge moyen à la naissance du premier enfant, aujourd'hui établi à 28 ans, est en augmentation constante (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025a), car les individus attendent d'avoir une meilleure stabilité économique et davantage de moyens pour accéder à la parentalité (voir l'encadré consacré à l'évolution vers des maternités plus tardives à la page 48). Dans un certain nombre de pays à revenu élevé, par exemple, l'absence d'enfant est désormais

plus répandue chez les hommes et les femmes les moins instruits, alors que par le passé, les femmes ayant fait le plus d'études avaient plus de chances de ne pas avoir d'enfant que les femmes moins instruites (Jalovaara *et al.*, 2018).

Nous présentons ci-dessous différentes mesures susceptibles d'alléger les contraintes économiques rencontrées par les candidats à la parentalité afin de rendre leurs aspirations procréatives plus réalisables.

Garde des enfants

S'occuper des enfants est généralement un travail non rémunéré ou faiblement rémunéré. Selon les estimations, la valeur de ce travail domestique non rémunéré représente entre 5% et 9% du produit intérieur brut (Van der Gaag *et al.*, 2023 ; Ervin *et al.*, 2022). Ce travail invisible des femmes, gratuit ou sous-payé, contribue de façon importante à leur absence sur le marché du travail et, comme nous le montrons dans ce rapport, à leur décision

Illustration de Marianna Gefen



de renoncer à avoir des enfants ou d'avoir moins d'enfants que ce qu'elles souhaiteraient idéalement. À l'inverse, des services de garde disponibles, abordables et de qualité pour les enfants dépendants, des premiers mois de vie au début de l'adolescence, et proposant des heures d'ouverture qui correspondent aux horaires de travail des parents, sont essentiels pour accroître la participation des mères au marché du travail et améliorer leur équilibre entre vie privée et vie professionnelle (Morrissey, 2017). Il est également établi que, dans certains pays tout du moins, les services formels de garde d'enfants peuvent avoir un effet positif sur la fécondité (Dimai, 2023 ; Bergsvik *et al.*, 2021 ; Wood et Neels, 2019 ; Rindfuss *et al.*, 2010 ; Baizán, 2009).

La garde d'enfants peut prendre de nombreuses formes selon le contexte et les normes culturelles, mais l'une des plus universelles est l'aide apportée par des membres de la famille. Ce constat est particulièrement valable dans les pays qui ne disposent pas d'un système de protection sociale très développé. La garde des enfants par les grands-parents, en particulier, constitue une aide indispensable pour de nombreux parents qui travaillent, car elle compense le manque de services de garde d'enfants publics ou privés ou leur coût exorbitant. Des études montrent que cette aide apportée par les grands-parents accroît la participation des femmes au marché du travail dans certains pays (Aassve *et al.*, 2012). Son influence éventuelle sur la fécondité est en revanche moins claire, quoique dans certains pays, la présence des grands-parents, ou plus généralement de proches, est associée à une fécondité plus élevée (Rutigliano et Lozano, 2022 ; Sear, 2018 ; Aassve *et al.*, 2012a). Si les grands-parents sont disponibles, vivent à proximité et sont perçus comme étant d'un grand soutien, cela peut augmenter la probabilité que leurs enfants adultes accèdent à la parentalité ou donnent naissance à d'autres enfants, mais

Ce travail invisible des femmes, gratuit ou sous-payé, contribue de façon importante à leur absence sur le marché du travail et, comme nous le montrons dans ce rapport, à leur décision de renoncer à avoir des enfants ou d'avoir moins d'enfants que ce qu'elles souhaiteraient idéalement.

également expriment une intention d'avoir des enfants à brève échéance (Pessin *et al.*, 2022 ; Aassve *et al.*, 2012a). Le soutien émotionnel offert par les grands-parents peut également contribuer à accroître les intentions des femmes en matière de fécondité (Tanskanen et Rotkirch, 2014). Le rôle des grands-parents est jugé particulièrement important, à telle enseigne que le fait qu'ils gardent leurs petits-enfants constitue pour certains chercheurs « une nouvelle stratégie procréative » (Thomese et Liefbroer, 2013).

Cependant, il est important que la charge liée à la garde des enfants ne soit pas juste reportée sur d'autres personnes que les parents. Les grands-parents qui gardent leurs petits-enfants ne sont souvent pas payés, ce qui accroît leur précarité économique, en particulier pour les femmes (Birchall et Holt, 2022). Des études menées en Europe montrent par exemple que le fait d'avoir des petits-enfants réduit sensiblement la participation des femmes âgées au marché du travail, surtout dans les pays où il n'existe que peu de systèmes formels

de garde d'enfants (Backhaus et Barsland, 2021). Certains gouvernements contribuent financièrement à ce modèle de garde « familial ». L'Allemagne et la Suède, par exemple, proposent un congé rémunéré aux grands-parents qui gardent leurs petits-enfants (Olsen, 2024 ; Connolly, 2008).

Souvent, la garde d'enfants en structure d'accueil (garderie, crèches, etc.) est présumée culturellement inappropriée dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ; pourtant, des études révèlent que le recours à ces modes de garde y *prend de l'ampleur* (Evans *et al.*, 2024). Des chercheurs observent également qu'en Asie du Sud et en Amérique latine, les ménages qui confient leurs enfants à des programmes de puériculture préprimaires ont une meilleure situation économique (Chaturvedi, 2019), signe que les obstacles à ces modes de garde sont vraisemblablement plus liés à des questions d'accessibilité physique et financière qu'à des tabous culturels. Une étude réalisée dans un établissement urbain informel, au Kenya, révèle que certaines mères sont « impatientes d'envoyer leurs enfants » dans des crèches subventionnées, et que l'accès à des systèmes de garde pris en charge favorise un taux d'emploi accru chez les mères (Clark *et al.*, 2017).

Bien que ces services de puériculture formels soient parfois coûteux pour les parents, le travail des puéricultrices demeure souvent peu rémunéré en raison de la faible valeur généralement accordée à ce type de tâches ainsi qu'aux emplois couramment occupés par des femmes (Gambaro, 2012). Une solution à ce problème peut être le subventionnement des structures d'accueil ou des gardes d'enfants à domicile. Des pays comme le Chili et la Colombie financent par exemple des structures d'accueil sur des budgets nationaux, tandis qu'en Inde, des programmes locaux privilégient les modèles coopératifs à but non lucratif. Non seulement les programmes de garde d'enfants en crèche ou garderie sont associés à une participation accrue des femmes au marché

du travail, mais en Argentine, en Bolivie et en Uruguay, ils montrent également des effets bénéfiques sur le devenir des enfants (Chaturvedi, 2019).

Passage à l'âge adulte

Du fait de l'augmentation de l'âge moyen à la naissance du premier enfant, les jeunes considèrent de plus en plus qu'ils doivent impérativement ne plus dépendre financièrement de leur famille d'origine et se mettre en couple avant de devenir parents. Cependant, l'âge auquel les jeunes sont en mesure d'accéder à l'indépendance économique et à la parentalité (et, dans les pays où il n'est pas courant de vivre sous le même toit que ses parents avec son ou sa partenaire, de quitter le foyer parental) arrive trop souvent après le pic de fécondité, et après l'âge jugé idéal par les jeunes eux-mêmes (Lazzari *et al.*, 2025 ; Schwanitz *et al.*, 2024 ; Billari *et al.*, 2021).

Le fait qu'il soit extrêmement cher de prendre son indépendance, le coût des logements et la difficulté à trouver un emploi décent comptent parmi les principales raisons qui, selon les personnes concernées, empêchent les jeunes de quitter le foyer familial pour vivre leur vie d'adulte (Berrington et Perelli-Harris, 2024). Notons au passage que les problèmes de logement ne se posent pas uniquement pour les jeunes, mais peuvent constituer un obstacle pour les personnes de tout âge. Au Bélarus, par exemple, l'amélioration des conditions de logement est systématiquement associée à une hausse des taux de natalité tant dans les zones rurales qu'en milieu urbain, tout au long de la vie procréative des femmes, en particulier pour les deuxième et troisième enfants (Enquête « Générations et genre » au Bélarus, 2017). Malgré tout, le coût du logement est un problème particulièrement préoccupant chez les jeunes. Une étude réalisée au Brésil révèle par exemple que les jeunes adultes qui ont gagné à une loterie de crédits immobiliers sont 32 % plus susceptibles d'avoir des enfants (Van Doornik *et al.*, 2025), et des données collectées en Chine, aux États-Unis et en République islamique d'Iran montrent que le coût du logement affecte

non seulement la fécondité des jeunes, mais aussi la probabilité qu'ils se marient (Gao *et al.*, 2022 ; Gholipour et Farzanegan, 2015 ; Bowmaker et Emerson, 2015).

Le chômage, l'insécurité et la précarité de l'emploi, le travail à temps partiel non choisi et le climat d'incertitude économique sont autant d'obstacles qui empêchent les jeunes de franchir les grandes étapes du passage à l'âge adulte (Matysiak et Vignoli, 2024). Et ce problème est mondial. Ainsi, en Afrique, une étude de l'Organisation internationale du Travail révèle que plus d'un quart des jeunes (environ 72 millions) sont sans emploi et ne suivent ni études ni formation, et que les jeunes femmes ont plus de mal à accéder au marché de l'emploi que les jeunes hommes (OIT, 2023).

Les jeunes issus de familles au statut socioéconomique inférieur, de populations migrantes, ou appartenant à des minorités sexuelles sont encore plus désavantagés dans la concrétisation de leurs aspirations durant le passage à l'âge adulte (Eurofound, 2024 ; Billari *et al.*, 2019). Les personnes défavorisées sur le plan économique et moins instruites sont moins susceptibles de se mettre en couple (Bellani *et al.*, 2017) et donc de devenir parents (Lee et Zeman, 2024 ; Hwang, 2023 ; Keizer *et al.*, 2008), si bien qu'elles sont les plus susceptibles de se retrouver sans enfants (Wang et Mu, 2025 ; Ghaznavi *et al.*, 2022 ; Jalovaara *et al.*, 2018).

La violence et les conflits ont également des répercussions sur la transition vers l'âge adulte. D'après des travaux de recherche menés en Haïti et au Honduras, la violence communautaire retarde l'indépendance des jeunes, car elle les contraint souvent à rester vivre chez leurs parents pour des raisons de sécurité, ce qui compromet leur accès à l'éducation et à un emploi décent et alimente un cycle d'exclusion (Chávez et Aguilar, 2021).

L'incapacité à concrétiser ses aspirations en tant que jeune adulte peut même pousser certaines personnes



Illustration de Cyan Haribhai

à émigrer dans d'autres pays offrant de meilleures perspectives, en particulier durant les périodes de récession économique, lorsque le chômage augmente davantage chez les jeunes que dans les autres groupes d'âge (Aassve *et al.*, 2013), autant de facteurs susceptibles de contribuer à réduire encore la fécondité (Anelli et Balbo, 2021). Partir vivre à l'étranger peut également inciter les jeunes, privés des réseaux de soutien familiaux qui constituent souvent la principale source de garde d'enfants, à revoir à la baisse leurs aspirations procréatives.

Les jeunes doivent avoir la possibilité de trouver un emploi décent, assorti d'une rémunération indexée sur le coût de la vie et du logement, un enjeu crucial pour les politiques en faveur de l'emploi des jeunes. L'objectif des politiques doit être de permettre aux

jeunes d'atteindre les jalons qu'ils souhaitent franchir dans leur transition vers l'âge adulte, au moment où ils le souhaitent, et dans les conditions auxquelles ils aspirent (UNFPA, n. d. a). Les législateurs doivent par conséquent travailler sur les besoins et les désirs spécifiques des jeunes, dont le parcours vers l'âge adulte varie d'un pays et d'une culture à l'autre. Des études montrent qu'en Chine, par exemple, les aspirations procréatives sont influencées par la sécurité du logement, qui joue un rôle non seulement dans le budget des jeunes, mais aussi dans leur perception du bien-être subjectif, leurs attentes en matière de mobilité intergénérationnelle, et la perspective de devoir s'occuper de leurs aînés (Zhang, 2024).

Lever les incertitudes qui pèsent sur l'économie, le logement et le marché du travail permettrait aux jeunes d'opérer leur transition vers l'âge

adulte au moment de leur choix et d'être mieux accompagnés dans la réalisation de leurs aspirations en matière de fécondité. Cela pourrait éviter à beaucoup d'attendre malgré eux, au point que la procréation médicalement assistée soit la dernière option possible pour concrétiser leurs ambitions procréatives.

Des politiques de travail favorables aux familles

Concilier la garde des enfants avec un emploi à plein temps demeure un défi de taille, en particulier pour les femmes (Thévenon, 2009). Les environnements de travail favorables à la famille, qui se généralisent peu à peu, peuvent être une solution. Dans l'Union européenne, par exemple, ce type d'initiative est directement soutenu par la Directive européenne relative à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, entrée en vigueur en 2019. Il est établi que ces programmes améliorent l'équilibre entre travail et vie personnelle ainsi que le bien-être général des employés, et qu'ils favorisent le maintien en poste des mères après un accouchement (Chung, 2017).

Les politiques d'entreprise favorables aux familles peuvent prévoir des modalités de travail flexibles permettant aux parents de travailler à distance ou à des horaires adaptés, une crèche d'entreprise ou une aide à la garde d'enfants, un congé parental après la naissance (congés maternité et paternité) sans perte de salaire, des prestations de soins de santé pour les personnes à charge, des pauses pour l'allaitement, ou encore des congés pour s'occuper des enfants malades. Cependant, ces politiques ne sont accessibles qu'à trop peu de travailleurs à l'échelle mondiale (UNICEF, n. d.).

Des progrès ont été accomplis concernant l'accès au congé maternité. Bien que la plupart des données relatives au congé parental proviennent de pays à revenu élevé, une étude réalisée dans 111 pays en développement révèle que les congés maternité sont favorablement corrélés à la participation des femmes



Malheureusement, les congés destinés aux pères restent rares en comparaison, si bien que l'écart entre congé maternité et congé paternité se creuse de plus en plus.

au marché du travail, en particulier lorsque le coût des congés est pris en charge par le gouvernement (Amin et Islam, 2022). Le nombre de congés maternité a en outre augmenté au cours des cinquante dernières années, en particulier en Asie centrale et en Europe.

Malheureusement, les congés destinés aux pères restent rares en comparaison, si bien que l'écart entre congé maternité et congé paternité se creuse de plus en plus (Hyland et Shen, 2022). Si 186 pays accordent des congés maternité à travers le monde, seulement 122 prévoient un congé paternité, d'une durée moyenne d'à peine neuf jours (Van der Gaag *et al.*, 2023). Les progrès dans ce domaine sont particulièrement lents au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (deux jours de congé paternité en moyenne en 2021) ainsi qu'en Afrique subsaharienne (2,7 jours) (Hyland et Shen, 2022). Pourtant, le congé paternité présente de nombreux effets bénéfiques, notamment un meilleur état de santé pour les enfants, mais aussi de meilleures relations entre les pères et leurs enfants ainsi qu'entre les pères et leur partenaire (Pizarro et Gartzia, 2024). Il est par ailleurs établi que la réduction de l'écart entre congé maternité et paternité accroît la participation des femmes au marché du travail (Hyland et Shen, 2022).

Toutefois, si elles ne sont pas mises en œuvre avec prudence, les politiques favorables aux familles peuvent renforcer les stéréotypes négatifs et s'avérer contreproductives. Aux États-Unis et en Inde, les femmes indiquent que le recours à ce type de dispositifs, y compris au congé maternité, pourtant nécessaire pour des raisons médicales, peut nuire à leur réputation professionnelle (Bhattacharya, 2024 ; Bose et Chatterjee, 2024 ; Hampson, 2019). Une étude coréenne constate que les travailleuses sont souvent « réticentes à l'idée de bénéficier de ces politiques dans des organisations centrées sur les hommes », qui considèrent les parents, et en particulier les mères, comme des travailleurs de second ordre (Kim, 2008).



Les normes de genre discriminatoires influencent la mesure dans laquelle les bénéficiaires potentiels, hommes et femmes, sont disposés à profiter de ces politiques (Kaufman, 2018 ; Von Hippel *et al.*, 2016). D'après certains travaux de recherche, prendre un congé parental entraîne des répercussions négatives sur la carrière tant des hommes que des femmes, quoique cette situation varie selon les pays et les secteurs (Krstic et Hideg, 2019). D'autres études montrent que les politiques de congé familial peuvent avoir des effets excessivement positifs pour les hommes, en réduisant les frictions entre leur vie privée et leur vie professionnelle. En revanche, pour les femmes, l'équilibre entre travail et vie personnelle ne s'améliore généralement pas, à moins d'un changement des normes et mentalités au sujet des questions de genre (Hsiao, 2023).

Il est donc indispensable que les politiques gouvernementales et d'entreprise s'efforcent de faire en sorte que tous les employés, en particulier les hommes, profitent des avantages auxquels ils ont droit. Cela témoigne également de l'importance d'améliorer l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle pour tous les travailleurs (et pas seulement les parents) afin d'atténuer la stigmatisation liée au recours au congé parental. En effet, toutes les personnes qui travaillent beaucoup se voient contraintes de sacrifier leur vie de famille. Ainsi, en Asie de l'Est notamment, il faut souvent cumuler de nombreuses heures de travail en présentiel pour obtenir des avantages et une promotion, et les entreprises ne se soucient guère des engagements familiaux de leurs employés. Ces conditions de travail ont des répercussions évidentes sur le bien-être des familles et la décision d'avoir des enfants, comme le révèlent des études menées en République de Corée (Kim, 2023) et dans certains pays d'Europe (Kurowska *et al.*, 2023).

Quelles sont les alternatives possibles ? Une option serait de rendre le congé paternité obligatoire.

En avril 2025, Singapour a instauré un congé obligatoire de deux semaines pour les pères afin de remédier au faible taux de recours et d'encourager une répartition plus équitable des responsabilités liées à la garde des enfants (Tan, 2024). Les pays dans lesquels le congé paternité n'est pas transférable et où les congés sont des droits alloués individuellement à chaque parent enregistrent également un recours au congé bien plus élevé chez les hommes (Shand, 2018).

Une autre solution consisterait à élargir les politiques visant à concilier travail et vie personnelle, afin qu'elles s'appliquent quelle que soit la situation familiale. Proposer à tous les travailleurs des conditions de travail propices à un meilleur équilibre pourrait éliminer les freins à l'embauche de femmes et à leur maintien en poste, mais également lever les réticences des hommes à prendre un congé parental. Les jeunes travailleurs qui doutent que les politiques d'entreprise leur permettront de s'occuper de leurs futurs enfants comprendraient immédiatement les avantages d'un congé flexible, ce qui renforcerait leur confiance dans les efforts déployés par les employeurs pour répondre aux besoins de tous les travailleurs.

Parmi les adaptations visant à concilier travail et vie personnelle, il est important de prévoir toutes sortes de congés maladie. Cela mettrait fin à la discrimination envers les travailleurs et travailleuses qui souhaitent adapter leurs horaires de travail pour bénéficier de soins périnataux ou de traitements contre l'infertilité, un « travail procréatif » (Wilkinson *et al.*, 2023) qui nécessite du temps en raison des stimulations hormonales régulières, des rendez-vous médicaux fréquents, des consultations en clinique, voire des déplacements à l'étranger pour y bénéficier de soins de santé reproductive (Wu *et al.*, 2013). Les travailleurs, en particulier les femmes, ont parfois besoin de s'absenter ou de modifier leurs horaires de travail, mais dans un marché du travail où la discrimination à l'égard des femmes enceintes et des mères qui travaillent

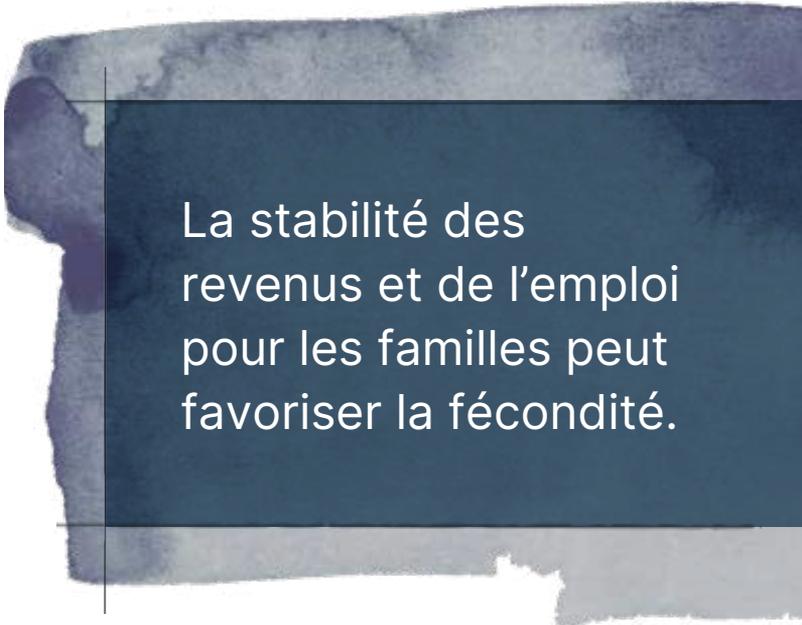
est encore monnaie courante, il peut s'avérer risqué de solliciter de tels aménagements (Kachi *et al.*, 2022). Élargir l'accès au congé maladie à tous les travailleurs, indépendamment de leur situation familiale, pourrait permettre à toutes et à tous de s'emparer de responsabilités familiales qui, autrement, ont tendance à reposer par défaut sur les femmes, notamment emmener les enfants et/ou les parents âgés ou grands-parents à des rendez-vous médicaux.

Le télétravail et les modèles de travail hybrides, plus répandus ces dernières années, pourraient aussi — en théorie — faciliter un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle pour les parents. Cependant, la mise en œuvre de ces politiques reste inégale selon les secteurs (Lambert *et al.*, 2023). Par ailleurs, l'essor du télétravail peut accroître la concurrence entre les travailleurs et réduire les salaires, selon une étude menée en Amérique latine (Kabat, 2025). Et si les possibilités de télétravail peuvent dans certains cas aider les femmes à avoir un enfant si elles le souhaitent (en leur évitant de très longs trajets pour se rendre au travail, par exemple), des études réalisées en Europe révèlent que de manière générale, elles n'ont pas pour effet d'augmenter les naissances (Kurowska *et al.*, 2023). En réalité, le télétravail a souvent des répercussions négatives sur la carrière, il peut alourdir la charge de travail tant domestique que professionnel, et il ne résout pas le problème fondamental de la répartition inéquitable des tâches entre hommes et femmes (pour en savoir plus, voir page 79, chapitre 3), si bien qu'au Royaume-Uni, les femmes qui télétravaillent sont finalement *moins* susceptibles d'avoir un enfant que celles qui travaillent en présentiel ou qui sont au chômage (Osiewalska *et al.*, 2024). Les politiques doivent donc veiller à ce que les possibilités de congé familial et les modalités de travail flexibles n'aggravent pas les inégalités entre les genres, car ces aménagements jouent un rôle important dans la décision des travailleurs d'avoir des enfants.

Bénéfices éphémères ou stabilité à long terme ?

Enfin, la stabilité des revenus et de l'emploi pour les familles peut favoriser la fécondité (Alderotti *et al.*, 2024). Cela peut sembler aller de soi, mais de nombreuses mesures visant à encourager la constitution de familles sont de courte durée ou peuvent être remises en cause au moindre changement de tendance politique. Souvent, les législateurs se trouvent obligés de démontrer une amélioration matérielle immédiate de la vie de leurs électeurs, ou une évolution immédiate du taux de fécondité total. Les politiques ponctuelles, court-termistes ou limitées dans le temps sont donc souvent privilégiées.

Une approche courante consiste à verser une somme forfaitaire, des allocations ou des transferts en espèces lors de la naissance d'un enfant. Lorsqu'elles sont très généreuses, ces « primes de naissance » peuvent avoir des retombées, mais uniquement temporaires le plus souvent. En Australie, en Espagne et au Québec, par exemple, des programmes de ce type ont entraîné une hausse des naissances à court terme, mais vraisemblablement chez des parents qui ont avancé leur projet d'enfant (UNFPA, 2019).



La stabilité des revenus et de l'emploi pour les familles peut favoriser la fécondité.

Quand le monde de l'entreprise facilite la garde des enfants

Lorsqu'Anastasia Aslan (République de Moldova) a appris qu'elle attendait son quatrième enfant, elle n'a pas hésité. Contrairement à bien des mères actives qui peinent à trouver un équilibre entre leur carrière et leur vie de famille, Mme Aslan savait qu'elle pouvait compter sur un filet de sécurité : son employeur, le réseau de boulangeries Panilino, proposait des horaires flexibles, une crèche et des politiques favorables aux parents.

« Dans le cadre de notre projet d'enfant, nous avons réfléchi à plusieurs facteurs. Nous nous

sommes notamment demandé si nous pourrions subvenir à nos besoins pendant mon congé maternité, et comment j'allais combiner les tâches domestiques et mon travail. Dans ce contexte, le fait que Panilino propose un système de crèche a contribué à notre décision d'avoir un autre enfant. »

Les politiques favorables aux familles sont au cœur du modèle d'entreprise de Panilino. La chaîne, avec l'appui de l'UNFPA et de l'Agence autrichienne de développement, a ouvert une crèche d'entreprise pour la garde

des enfants afin d'encourager les parents à continuer de travailler.

L'intérêt des politiques favorables aux familles

Dans toute l'Europe du Sud-Est, le déclin démographique et les pénuries de personnel obligent les entreprises à repenser leur action en faveur des familles. Loin d'être un fardeau financier, ces politiques sont jugées bénéfiques par les entreprises qui les adoptent. « Ces pratiques favorisent un environnement positif et flexible, propice au bien-être », explique Mergim Cahani, fondateur et PDG de Girafa, qui compte parmi les entreprises technologiques à la croissance la plus rapide en Europe centrale. « Du point de vue des ressources humaines, proposer ces pratiques permet d'attirer les talents les plus prometteurs, qui sont sensibles à ces valeurs. En outre, cette démarche améliore la satisfaction du personnel et réduit la rotation des effectifs, ce qui en fin de compte contribue à la rentabilité grâce à une productivité accrue, une diminution des coûts de recrutement et un personnel plus investi. »



Gjirafa propose des horaires flexibles, des modalités de travail hybrides, des congés pour raisons familiales, ainsi que des congés de paternité. Ces dispositifs visent à aider les employés à concilier responsabilités domestiques et professionnelles, en particulier lorsqu'ils sont parents de jeunes enfants.

« Nous avons adopté ces pratiques progressivement, en répondant aux besoins à mesure qu'ils se présentaient. Plutôt que de tout mettre en place en une seule fois, nous nous sommes adaptés au fil du temps, en prenant conscience de l'importance de la flexibilité et du soutien pour améliorer l'inclusivité au travail », détaille M. Cahani.

Au-delà des allocations familiales : le rôle des pouvoirs publics

Pendant des dizaines d'années, les pays d'Europe de l'Est ont testé diverses mesures d'incitation financière, telles que le versement de primes de naissance, les exemptions fiscales pour les familles nombreuses, et même la remise de médailles aux mères de familles nombreuses. Cependant, les pouvoirs publics prennent de plus en plus conscience du fait que les incitations économiques et les récompenses ne répondent pas à l'intégralité des besoins des parents.

Maja Papatolevska, administratrice générale du Département du Travail au ministère de l'Économie et du Travail de Macédoine du Nord, explique que son pays s'emploie à améliorer les droits des travailleurs ainsi que leur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, notamment par le biais de plans

visant à mettre en place un congé rémunéré pour s'occuper des enfants, un allongement des congés maternité et paternité, et de nouveaux droits aux congés parentaux, ce qui devrait contribuer à une répartition plus équitable des responsabilités au sein du couple.

« Nous instaurons également, pour les parents d'enfants de moins de 8 ans, la possibilité de solliciter des horaires de travail plus flexibles afin de s'occuper de leurs enfants (temps partiel, horaires de travail adaptables ou télétravail), en fonction de leurs contraintes familiales et des besoins de l'employeur », précise Mme Papatolevska.

L'objectif n'est pas seulement de réformer les lois, mais de faire évoluer les attitudes culturelles. « La grossesse et les débuts de la maternité sont parmi les périodes les plus difficiles dans la vie d'une femme. Cependant, si les femmes bénéficient dans ces moments-là d'un accompagnement de l'État afin que leur expérience affecte le moins possible leur vie professionnelle, cela augmente sensiblement les chances qu'elles ne renoncent ni à la maternité ni à leur carrière, mais poursuivent l'une et l'autre en parallèle. »

L'UNFPA soutient ces politiques par le biais de son initiative Expanding Choices qui, en collaboration avec les gouvernements et les entreprises, propose des approches durables et qui tiennent compte des questions de genre en matière de travail et de vie de famille dans les Balkans occidentaux et en République de Moldova.

Une évolution des normes sociales

Des obstacles culturels à la parentalité persistent dans de nombreux endroits de la région, où les femmes continuent d'assumer l'essentiel des services de garde d'enfants non rémunérés, et où les hommes sont moins susceptibles de prendre un congé parental. « Si l'on pense à toutes les tâches domestiques quotidiennes, faire le ménage, la cuisine, s'occuper des enfants, les amener à l'école ou à la garderie... Cette routine peut être accablante pour les femmes. C'est pourquoi j'encourage les mères à avoir le courage de reprendre le travail dès que possible », témoigne Anastasia Aslan.

Elle estime que les politiques de son entreprise lui apportent bien plus que des avantages pratiques. « La possibilité de télétravail que nous offre le directeur est extrêmement intéressante. Je sais que je suis une employée appréciée et que des collègues attendent mon retour au bureau. Le système de crèche m'apporte la sérénité dont j'ai besoin, et la certitude que mon enfant est en sécurité et que je peux être avec lui en cas de besoin. J'espère que les entreprises seront de plus en plus nombreuses à promouvoir ces pratiques, qui aident les mères à planifier leur avenir et leur famille en toute confiance. »

Les transferts en espèces réguliers semblent avoir plus d'effet. Des programmes de transferts monétaires réguliers ont ainsi eu des répercussions modestes mais visibles sur le taux de fécondité total sur une période donnée, d'après des études menées en Argentine, en Espagne, en Hongrie et en Israël (UNFPA, 2019). On peut également citer l'exemple de la Pologne qui, en 2016, a commencé à verser d'importants transferts en espèces directement aux familles comptant au moins deux enfants, pour un coût d'environ 2 % du produit intérieur brut du pays. Pourtant, même dans ce cas, les résultats se sont limités à une augmentation de 1,5 point de pourcentage de la probabilité qu'une femme ait un enfant, avec un effet particulièrement marqué chez les femmes âgées de 31 à 40 ans. Il est intéressant de noter que la fécondité a même diminué chez les femmes de 20 à 30 ans durant cette période, peut-être parce les femmes de cet âge ont choisi de privilégier leurs études et leur carrière afin de renforcer encore *davantage* leur stabilité financière, ou parce qu'elles ont voulu « résister à ce qu'elles ont perçu comme une pression du gouvernement pour avoir des enfants » (Bokun, 2025).

D'autres efforts ont été déployés pour améliorer le bien-être économique des familles, notamment en Russie avec l'instauration en 2007 d'une politique de « capital maternité », consistant à verser des transferts non monétaires aux mères sous la forme d'allocations logement, de remboursement d'hypothèques, d'allocations d'études et de fonds de pension. Ce dispositif s'adressait aux mères d'au moins deux enfants et devait initialement durer jusqu'en 2016, mais a finalement été prolongé. Le taux de fécondité total sur la période a augmenté, en partie parce que certains parents ont décidé d'avoir des enfants plus tôt, mais aussi en raison d'une augmentation des naissances de deuxièmes et troisièmes enfants, quoique les chercheurs ne soient pas unanimes sur l'ampleur de ces effets (UNFPA, 2019).

La conclusion que l'on peut tirer de tous ces exemples est que la sécurité financière à plus long terme (qu'elle passe par un accroissement du potentiel de

rémunération, une meilleure sécurité de l'emploi ou une amélioration des conditions économiques de manière générale) est un facteur important pour permettre aux individus de réaliser leurs objectifs en matière de fécondité. Bien que les transferts financiers à court terme, limités ou ponctuels, puissent aider les parents à assumer les dépenses liées aux enfants, leur effet peut aussi se limiter à encourager les parents à concrétiser plus rapidement leur projet d'enfant pour bénéficier du dispositif d'aide avant qu'il disparaisse, sans aucune garantie que ces parents ne concrétisent leur désir d'avoir d'autres enfants (UNFPA, n. d. a).

Éducation et information

Les politiques d'éducation peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de la santé, des droits et des choix en matière de procréation. À l'inverse, les problèmes de mise en œuvre et les financements insuffisants dans ce domaine peuvent avoir de graves répercussions sur les droits des individus, leur vie procréative et leur bien-être à long terme.

De nombreuses études montrent que l'éducation complète à la sexualité, par exemple, améliore la santé des jeunes en réduisant les taux de grossesses adolescentes et d'infections sexuellement transmissibles, et produit également des effets positifs sur la communication entre les partenaires, les connaissances en matière de santé sexuelle et la promotion des services (UNESCO, 2016 ; Constantine *et al.*, 2015 ; Rohrbach *et al.*, 2015). L'éducation complète à la sexualité comprend des informations médicalement exactes sur l'anatomie humaine, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, le consentement et l'importance d'une communication saine dans les relations. Conformément aux normes internationales, elle doit être adaptée à l'âge, aborder les questions des droits humains et de l'égalité des genres, tenir compte du contexte culturel, et faire participer des éducateurs, des élèves, des parents et des membres de la communauté (UNFPA, 2018).

Toutefois, les programmes portent souvent sur les préoccupations immédiates des adolescentes et adolescents en matière de santé sexuelle et procréative, au lieu de les préparer aux enjeux auxquels ils seront confrontés tout au long de leur vie (Littleton, 2012). Certains chercheurs soulignent la nécessité de prévoir une sensibilisation aux questions de fécondité dans les programmes éducatifs destinés aux jeunes (Fausner *et al.*, 2024), et plusieurs pays, notamment le Royaume-Uni, explorent actuellement des modèles fondés sur ce type d'apprentissage (Cheshire *et al.*, 2024). La sensibilisation aux questions de fécondité peut porter non seulement sur le fait que la fertilité décline avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, mais aussi sur le fait que des facteurs comme le tabagisme ou la consommation de drogue peuvent affecter la fécondité, que tous les moyens de contraception (notamment ceux fondés sur la connaissance de la fertilité) ont un certain taux d'échec (BMJ, 2019), et qu'une grossesse non intentionnelle peut survenir même pendant la pérимénopause (Bakour *et al.*, 2017).

L'éducation complète à la sexualité est particulièrement efficace lorsqu'elle s'accompagne de services de santé procréative accessibles et non stigmatisants (Mbizvo *et al.*, 2023) et lorsqu'elle est intégrée aux programmes de formation des enseignants (UNFPA, 2018). Pourtant, les dernières études en date révèlent que sur 153 pays pour lesquels on dispose de données, 28 % ne sont pas dotés de lois, de règles ou de politiques favorables concernant l'éducation complète à la sexualité (UNFPA, 2022b). Pire encore, après avoir fait l'objet d'un quasi-consensus pendant des décennies, l'éducation complète à la sexualité se heurte depuis peu à des oppositions et des retours en arrière (Nations Unies, 2023). Et même quand son enseignement est autorisé dans les salles de classe, les programmes sont parfois contaminés par la désinformation, et ce, de l'école primaire jusqu'aux facultés de médecine (UNFPA, 2024a).

Lorsque l'éducation à la sexualité fournit des informations fausses ou incomplètes, ou que les informations sont transmises de façon stigmatisante, cela peut renforcer les stéréotypes préjudiciables et réduire la capacité des jeunes à planifier leur avenir et leur famille. Ainsi, si les adultes confrontés à l'infertilité affirment regretter de ne pas avoir été sensibilisés aux questions de fertilité (Mena et McLindon, 2023), les informations relatives au déclin de la fertilité en fonction de l'âge (ce qu'on appelle l'« horloge biologique »), selon la manière dont elles sont communiquées, peuvent renforcer les préjugés à l'égard des femmes et censurer leurs choix (Aldrighi *et al.*, 2016). L'importance de disposer d'informations impartiales et non stigmatisantes vaut également pour les garçons adolescents et les hommes, car ces publics en particulier manquent souvent de connaissances sur la prévention de l'infertilité (Daumler *et al.*, 2016).

Des informations objectives et exactes du point de vue médical doivent en outre être diffusées plus largement en dehors des écoles, notamment pour les adultes qui ont quitté l'école depuis longtemps, afin de contrer la désinformation généralisée au sujet de la santé sexuelle et procréative. En effet, les contre-vérités sur la santé procréative, l'anatomie humaine et les soins de santé prolifèrent partout (Pagoto *et al.*, 2023), en particulier sur les réseaux sociaux, attisant la méfiance à l'égard des contraceptifs (Glennerster *et al.*, 2023), du dépistage du cancer du col de l'utérus (Johnson *et al.*, 2021), du vaccin contre le papillomavirus humain (Massey *et al.*, 2020), de l'avortement (Pagoto *et al.*, 2023) ou encore du VIH (Kings, 2024). Des acteurs « anti-genre » lancent également des applications qui favorisent la désinformation (Glenza, 2019), et ces programmes « ont acquis une certaine légitimité et sont désormais intégrés dans des programmes d'éducation » (EPF, 2025). Les outils numériques d'éducation complète à la sexualité et les sources en ligne d'informations fiables et précises sur la santé procréative sont par conséquent plus importants que jamais.

D'autres politiques éducatives peuvent également affecter la capacité des individus à réaliser leurs objectifs procréatifs. Les parents qui fréquentent un établissement d'enseignement, et en particulier les mères, rapportent combien il leur est difficile d'obtenir leur diplôme tout en s'occupant de leurs enfants, ce qui les amène souvent à abandonner leurs études. Ces difficultés se retrouvent à tous les niveaux, pour les parents adolescents encore scolarisés comme pour les étudiants d'université ou de troisième cycle (Moghadam *et al.*, 2017), mais aussi dans toutes les cultures et toutes les catégories de revenu (Osei Boakye *et al.*, 2021). Les mesures

destinées à aider les parents à concilier travail et vie personnelle devraient donc s'étendre à l'éducation et prévoir des emplois du temps plus flexibles et une plus grande disponibilité des services de garde d'enfants pour les parents qui suivent des études (Navarro-Cruz *et al.*, 2023).

Enfin, les frais importants et la pression exercée par certains systèmes éducatifs sont également de nature à influencer les aspirations en matière de fécondité. En République de Corée, l'esprit de compétition exacerbé qui règne dans le système scolaire retarderait l'entrée dans la vie active, fragiliserait

Éducation et grossesses adolescentes – un tableau plus complet

L'accès aux services de santé procréative est certes essentiel pour faire reculer les grossesses adolescentes, mais l'éducation constitue une composante tout aussi fondamentale. Souvent, plus le niveau d'instruction d'une population augmente, plus le taux de grossesse chez les adolescentes diminue. Une nouvelle étude réalisée en Amérique latine révèle l'importance du degré d'éducation. Les chercheurs s'intéressent souvent à l'influence des études supérieures, mais le deuxième cycle de l'enseignement secondaire pourrait en fait avoir encore plus de poids, l'accès à ce niveau de scolarisation étant bien plus répandu que l'accès à l'université (Garbett *et al.*, 2025). Les effets d'une scolarisation prolongée sont en outre conditionnés par d'autres facteurs, tels que la faible rémunération du travail qualifié pour les femmes. L'image que se font les filles de ce qu'elles pourront devenir plus tard joue également un rôle décisif. Selon les chercheurs, la maternité à l'adolescence est en effet associée à une absence de projets de vie (suivre des études supérieures, par exemple). Ces observations mettent en évidence l'influence que les normes de genre restrictives continuent d'avoir sur la vie des jeunes femmes et des filles.

Les inégalités intersectionnelles, telles que la discrimination fondée sur l'appartenance ethnique, le revenu, l'âge et le lieu de vie, peuvent exacerber ces problèmes. Une nouvelle étude de l'UNFPA montre qu'en Amérique latine et aux Caraïbes, les adolescentes d'ascendance africaine sont 50 % plus susceptibles de devenir mères que les autres jeunes filles du même âge. Cela engendre des coûts importants, qui s'élèvent à plus de 15 milliards de dollars pour les 15 pays considérés, des dépenses supportées dans l'immense majorité par les mères adolescentes elles-mêmes (UNFPA, 2025a). Pour remédier à ce problème, il faut continuer d'encourager les filles à poursuivre leur scolarité. Mais les législateurs doivent également aller plus loin et s'attaquer aux facteurs sous-jacents de la marginalisation. Lorsque les filles pourront s'imaginer un autre avenir que la maternité précoce, elles auront plus de chances de réaliser leurs souhaits.

la santé mentale et réduirait le niveau global de satisfaction des adolescents, favoriserait l'inégalité des chances et diminuerait la fécondité (OCDE, 2025). L'effet d'une éducation très exigeante sur la fécondité a également été observé dans d'autres pays. En Chine et au Japon, par exemple, le coût élevé de l'éducation est parfois mentionné comme étant un facteur de décision important quant au nombre d'enfants envisagé (Ogawa *et al.*, 2009).

Les obstacles juridiques au choix de la maternité

Enfin, il existe de nombreux obstacles juridiques directs et indirects à la parentalité. Les obstacles directs sont le plus souvent liés aux normes relatives à ce que l'on considère comme une « famille ». Cette définition peut déterminer les critères d'éligibilité pour accéder à la procréation médicalement assistée, bénéficier d'allocations familiales, avoir droit au congé parental, prétendre à des déductions d'impôt, etc. Pourtant, de plus en plus de personnes qui ne correspondent pas à l'image conventionnelle de la famille nucléaire dirigée par de jeunes parents hétérosexuels désirent accéder à la parentalité et fonder une famille. Aujourd'hui, ces aspirations sont partagées (et peuvent être réalisées) par des personnes célibataires (Volgsten et Schmidt, 2021), par des couples LGBTQIA+ (Gato *et al.*, 2021 ; Kolk et Andersson, 2020 ; Tate *et al.*, 2019) et par des femmes autrefois jugées trop âgées pour devenir mères (Ameratunga *et al.*, 2009).

L'accès aux services qui facilitent la constitution d'une famille, notamment l'adoption et la procréation médicalement assistée, est souvent réservé juridiquement aux couples hétérosexuels mariés. L'adoption conjointe par des partenaires de même sexe n'est autorisée que dans 36 pays à travers le monde, et l'adoption coparentale (adoption de l'enfant d'un ou une partenaire par l'autre partenaire) est légale dans 37 autres pays (ILGA

World Database, n. d.). L'accès à la PMA et à la gestation pour autrui pour les partenaires de même sexe n'est possible que dans un nombre encore plus réduit de pays. En Europe, l'insémination artificielle n'est accessible à tous les couples, quelles que soient leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre, que dans 17 pays sur 29, et 26 pays l'autorisent pour les personnes célibataires (ILGA, n. d.).

Des restrictions juridiques peuvent également empêcher la reconnaissance officielle d'un lien de filiation pour les enfants issus de PMA pratiquées à l'étranger, par le biais notamment d'une suppression des parents non biologiques de l'acte de naissance des enfants nés de couples homosexuels, ou d'une interdiction de la gestation pour autrui, même si celle-ci est réalisée dans un pays où cette pratique est légale (Gouvernement italien, 2024 ; Kilbride, 2023). Il existe par ailleurs d'autres mesures juridiques qui privent certains individus du droit à devenir parents, notamment la stérilisation obligatoire imposée aux personnes qui entreprennent des soins de transition de genre, une pratique condamnée par le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Assemblée générale des Nations Unies, 2013) et interdite en 2017 par une décision de la Cour européenne des droits de l'homme (ECHR, 2017). En 2023, la Finlande et le Japon ont également abandonné cette obligation (Reuters, 2023 ; Yamaguchi, 2023).

Évidemment, la proportion de personnes qui s'attendent à réaliser leurs aspirations procréatives est nettement plus faible au sein des minorités de genre que dans la population hétérosexuelle (Riskind et Tornello, 2017 ; Baiocco et Laghi, 2013), et l'écart entre fécondité souhaitée et effective est plus marqué chez les femmes en couple homosexuel qu'en couple hétérosexuel (Boertien *et al.*, 2024).

D'autres restrictions juridiques, apparemment sans rapport avec le libre arbitre en matière de

procréation, peuvent aussi affecter le pouvoir de décision des individus. Certains travaux de recherche montrent que les lois sur la succession peuvent influencer le taux de fécondité d'un pays, et une étude menée en Namibie suggère que le choix des femmes d'avoir plus d'enfants lorsqu'elles sont plus jeunes pourrait s'expliquer par une volonté de contrer le risque de dépossession auquel elles s'exposeraient en cas de veuvage (Sage, 2025). Le statut juridique d'une personne dans

un pays peut également influencer sur sa fécondité. En Colombie, les migrants vénézuéliens sans papiers amnistiés étaient moins susceptibles d'avoir un enfant en raison d'un accès accru aux services de santé, notamment à la planification familiale, et de meilleures perspectives d'emploi pour les femmes (Amuedo-Dorantes *et al.*, 2023). Dans les pays qui n'autorisent pas les femmes à transmettre leur nationalité à leurs enfants, notamment le Liban, le Qatar et la Somalie (HCR [UNHCR], n. d.), les enfants peuvent se retrouver apatrides si leur père est inconnu, a disparu, est décédé ou est lui-même apatride, ou s'ils sont élevés par deux mères. Les personnes confrontées à de telles situations doivent parfois choisir entre renoncer à leur désir d'enfant ou exposer leurs enfants à l'apatridie, des conditions qui «les privent du droit à avoir un enfant, et portent atteinte au droit à une parentalité digne et à la constitution d'une famille suivant leur choix», selon des experts en droits humains (Levine et Peden, 2021).

Il n'est pas rare que des restrictions juridiques s'appliquent également à l'accès aux moyens d'éviter une grossesse, notamment si l'on instaure un âge minimal pour se procurer des contraceptifs (Wlodarczak-Semczuk et Charlish, 2024) ou si l'on interdit la stérilisation volontaire aux personnes qui ne souhaitent pas avoir d'enfants (Fedeli *et al.*, 2023). Il en va de même pour les restrictions à l'interruption d'une grossesse non désirée : environ 40 % des femmes en âge de procréer (753 millions)



Illustration de Cyan Haribhai

vivent dans des territoires soumis à des lois restrictives sur l'avortement (CRR, n. d.), et dans 95 pays, les femmes qui se font avorter illégalement sont même passibles de poursuites pénales (UNFPA, 2025b).

D'autres lois limitent spécifiquement le pouvoir de décision des femmes ou des adolescentes et adolescents en matière de procréation. Selon les dernières données collectées au titre des objectifs de développement durable, 7 % des pays qui indiquent être dotés de lois garantissant l'accès aux soins de maternité réservent en réalité ces soins aux bénéficiaires mariées. Dans 12 % des pays qui affirment protéger l'accès aux services de contraception, il existe en fait plusieurs systèmes juridiques qui réduisent cet accès. Un pays couvert sur trois impose un âge minimal pour accéder aux services de contraception. Un sur cinq oblige les femmes ainsi que les adolescentes et adolescents à obtenir l'autorisation d'un tiers pour bénéficier de ces services (UNFPA, 2022b).

Enfin, certaines lois protègent insuffisamment les citoyennes et citoyens des violences sexuelles et de la coercition procréative, voire criminalisent les survivantes de viol (Vafa et Epstein, 2023), alors même qu'environ une femme sur quatre confie ne pas être en mesure de refuser un rapport sexuel, et que les violences sexuelles contribuent fortement à l'incidence mondiale des grossesses non intentionnelles (UNFPA, 2022a).

En quête d'un monde meilleur

Dans le monde entier, des femmes et des hommes repoussent leur projet d'enfant ou y renoncent parce qu'ils se heurtent à des obstacles insurmontables pour devenir parents.

Comme le montre le chapitre 1, dans l'ensemble des pays couverts par l'enquête UNFPA/YouGov, près d'un répondant sur cinq (18 %) pense qu'il ne pourra pas avoir le nombre d'enfants qu'il souhaitait. Quelque 19 % affirment que les craintes liées à l'avenir, notamment au changement climatique, à la guerre et à la destruction de l'environnement, pourraient les amener à revoir leurs aspirations procréatives à la baisse. Pour 54 %, cette même situation pourrait survenir en raison de facteurs économiques, tels que des contraintes de logement, un manque de disponibilité des structures de garde d'enfants ou l'insécurité de l'emploi.

Dans le même temps, des millions de femmes continuent de connaître des grossesses non intentionnelles. Et de trop nombreuses personnes sont confrontées à ces deux problèmes au cours de leur vie. Tout cela montre bien que l'environnement politique va à l'encontre des rêves et des aspirations des jeunes, ce qui donne lieu à des grossesses souvent non désirées, et crée un monde dans lequel ces jeunes sont réticents à donner la vie. Ce paysage politique peut et doit changer. En écoutant les jeunes, nous pouvons bâtir un avenir meilleur, pour eux et pour leurs enfants.

Dans quelle mesure le déclin de la fécondité peut-il être attribué au recul des grossesses chez les adolescentes ?

Si de nombreux décideurs politiques s'inquiètent vivement du recul des taux de natalité, ces changements peuvent témoigner de la réussite des initiatives de développement et de promotion des droits humains visant à réduire les grossesses adolescentes. Un examen des données probantes révèle que dans certains pays et certaines régions, la récente baisse du taux de fécondité total à des niveaux faibles, voire très faibles, est intrinsèquement liée à une diminution rapide du taux de natalité chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans), due à un report de l'âge à la naissance du premier enfant.

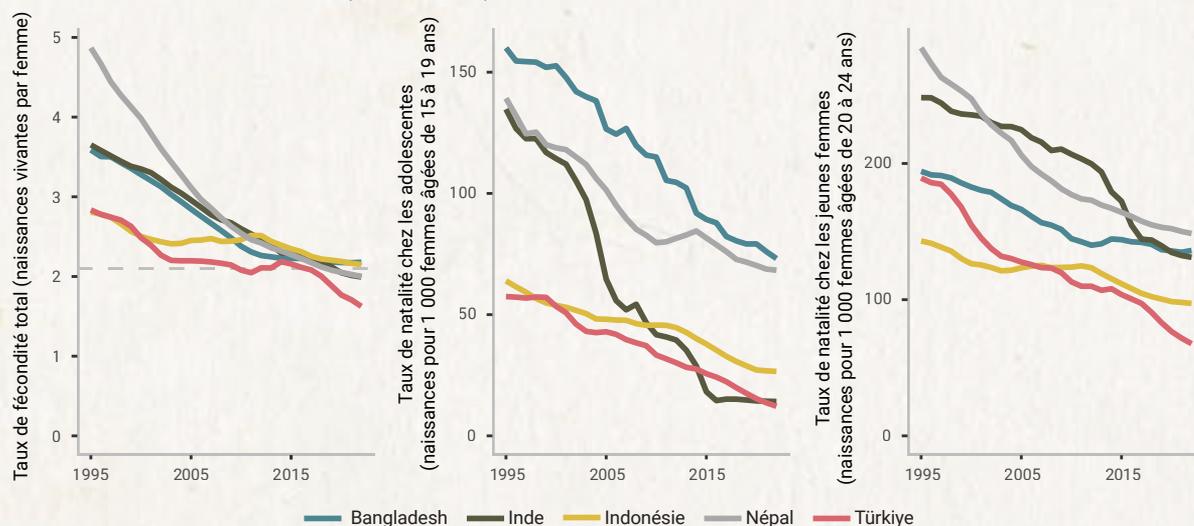
Les figures 6a et 6b présentent le taux de fécondité total et le taux de natalité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans dans un panel de pays d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes. Ces pays enregistrent depuis 20 ans une baisse régulière de leur taux de fécondité total, au point que plusieurs ont atteint le seuil de renouvellement de la population (2,1 enfants par femmes) ou s'en approchent, et certains ont même vu ce déclin s'accélérer ces dernières années jusqu'à des niveaux très faibles. Par ailleurs, on a pu observer une chute des taux de natalité chez les filles et les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans.

En Argentine, le taux de natalité chez les adolescentes a dévissé de 60 %, passant de 64 naissances pour 1 000 filles et jeunes femmes de 15 à 19 ans à seulement 25 entre 2015 et 2022. Une tendance similaire a pu être observée en Uruguay, où le taux de natalité des adolescentes a diminué de 53 % sur la même période. Même si ces chiffres mériteraient des études et des données complémentaires, il est établi que la baisse du taux de fécondité total ces dernières années est principalement liée au recul de l'âge moyen à la naissance du premier enfant chez les adolescentes et les jeunes femmes, un phénomène favorisé par les programmes gouvernementaux de promotion de l'accès aux services de planification familiale et d'information pour les adolescentes et les jeunes femmes (Pardo *et al.*, 2025 ; Cabella *et al.*, 2024).

La baisse marquée des taux de natalité chez les adolescentes s'impose comme l'une des plus grandes réussites de ces 30 dernières années dans le domaine de la santé publique.

FIGURE 6a

Taux de fécondité total (à gauche), taux de natalité chez les adolescentes de 15 à 19 ans (au milieu) et taux de natalité chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans (à droite) dans un panel de pays de la région Asie-Pacifique et de la région Europe de l'Est et Asie centrale (1995-2022)

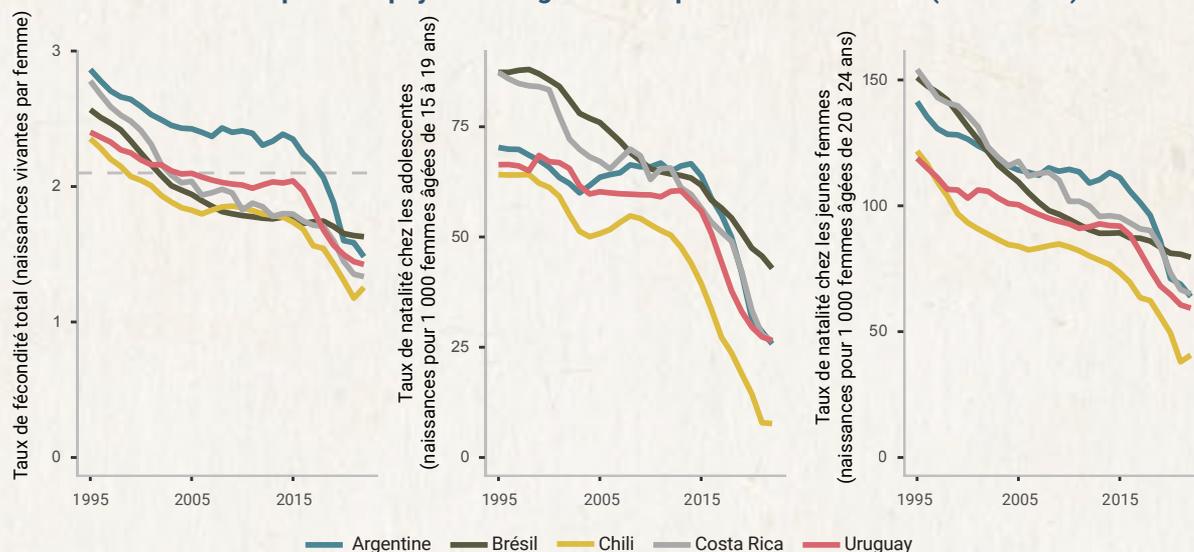


Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024.

Remarque : la ligne discontinue horizontale grise qui figure sur le premier graphique représente le seuil de renouvellement de la population.

FIGURE 6b

Taux de fécondité total (à gauche), taux de natalité chez les adolescentes de 15 à 19 ans (au milieu) et taux de natalité chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans (à droite) dans un panel de pays de la région Amérique latine et Caraïbes (1995-2022)



Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024.

Remarque : la ligne discontinue horizontale grise qui figure sur le premier graphique représente le seuil de renouvellement de la population.

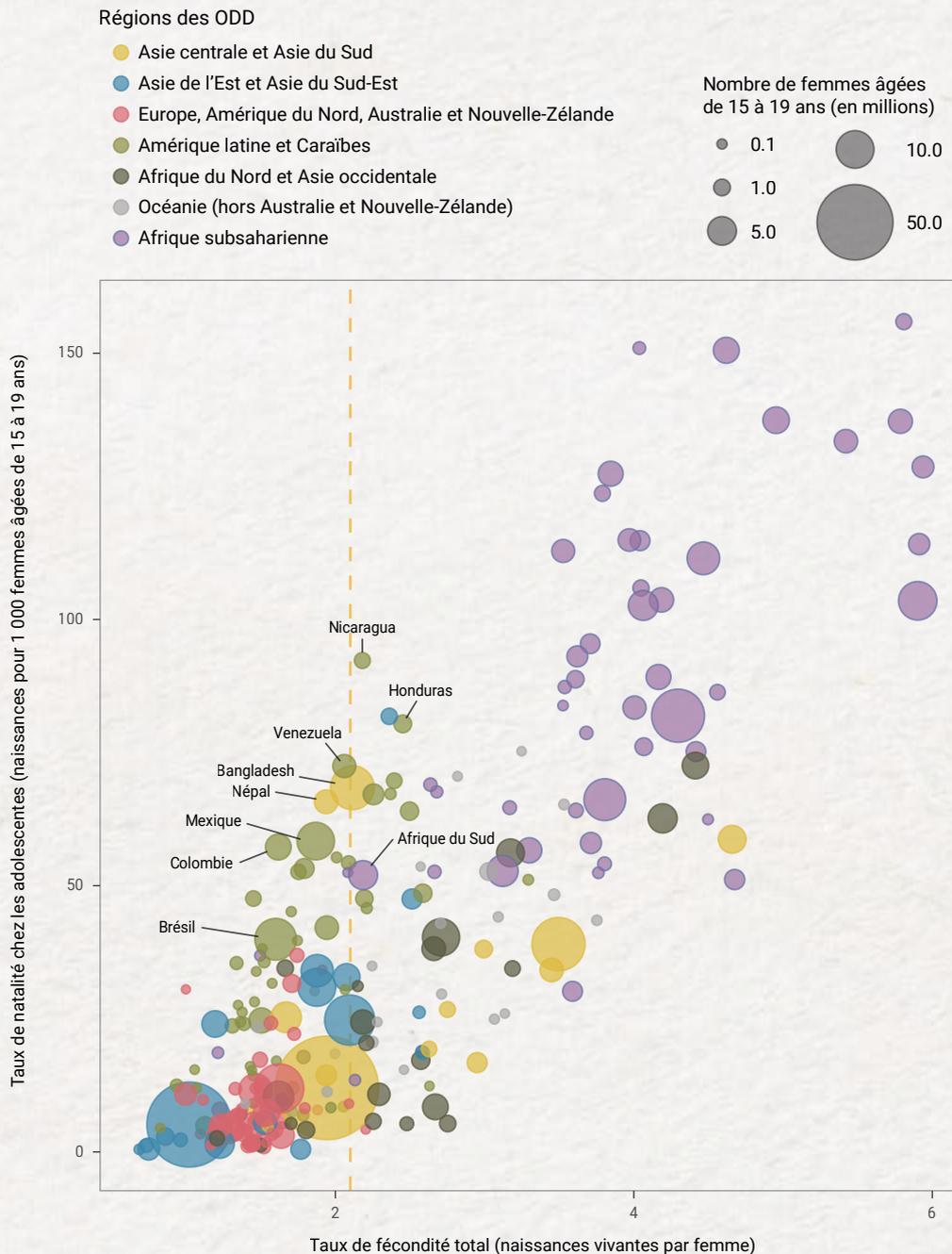
Des tendances similaires de recul des grossesses adolescentes sont également observées dans les pays d'Asie. La baisse marquée des taux de natalité chez les adolescentes s'impose comme l'une des plus grandes réussites de ces 30 dernières années dans le domaine de la santé publique, car elle permet à davantage de jeunes femmes et de filles de terminer leur scolarité et d'éviter les complications de santé liées à une grossesse précoce.

De plus, le fait que les taux de natalité aient également diminué de façon notable chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans témoigne d'une tendance aux maternités plus tardives, puisque les cohortes de femmes désormais en âge de procréer ont eu moins d'enfants précocement. À en juger par ces tendances, la diminution des maternités précoces a fortement contribué à la baisse globale de la fécondité dans ces deux régions. L'évolution observée par le passé dans d'autres pays à faible fécondité porte à croire que la maternité peut être simplement reportée à une date ultérieure, si les femmes qui n'ont pas leur premier enfant à l'adolescence ou au début de la vingtaine ont finalement des enfants plus tard. Ainsi, la baisse des taux de fécondité totaux jusqu'à des niveaux très faibles enregistrée dans les années 1990 dans les pays d'Europe de l'Est s'expliquait par un report de la maternité (Sobotka, 2005), de sorte que ces taux ont fini par remonter à des niveaux légèrement supérieurs. Cependant, la proportion de grossesses reportées qui seront

finalement vécues plus tard par les femmes dépend également de l'existence de conditions socioéconomiques et de politiques familiales favorables à la maternité (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025a).

De plus, certains pays qui affichent un faible taux de fécondité total continuent d'enregistrer des taux de natalité relativement élevés chez les adolescentes, dépassant 50 naissances pour 1 000 filles et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans (Figure 7). Ces pays, principalement situés en Amérique latine et aux Caraïbes (notamment la Colombie, le Mexique et la République bolivarienne du Venezuela) et pour quelques-uns en Asie centrale et du Sud (notamment le Bangladesh et le Népal) connaîtront, espérons-le, une diminution rapide des grossesses adolescentes dans un avenir proche, ce qui contribuera à réduire davantage leur taux de fécondité total (voir Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025a pour en savoir plus sur les scénarios décrivant l'impact d'une diminution des taux de fécondité chez les adolescentes). Néanmoins, comme cela a déjà été démontré ailleurs, cette baisse initiale pourra être suivie par une légère remontée des taux de fécondité chez les femmes de 25 ans et plus. Cela montre bien l'importance de voir plus loin que le taux de fécondité total et de s'intéresser aux tendances procréatives en fonction de l'âge pour mettre en lumière les facteurs sous-jacents de l'évolution de la fécondité.

FIGURE 7 Taux de natalité chez les adolescentes (de 15 à 19 ans) par taux de fécondité total, par région, 2025



Remarques : Ces figures font apparaître tous les pays et territoires comptant au moins 90 000 habitants en 2025. La taille des cercles est déterminée par le nombre de femmes âgées de 15 à 19 ans en 2025. La République bolivarienne du Venezuela a été abrégée en Venezuela. La ligne discontinue verticale orange représente le seuil de renouvellement de la population.

Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024.

Texte rédigé avec la contribution de Vladimíra Kantorová et Siqi Wu du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.

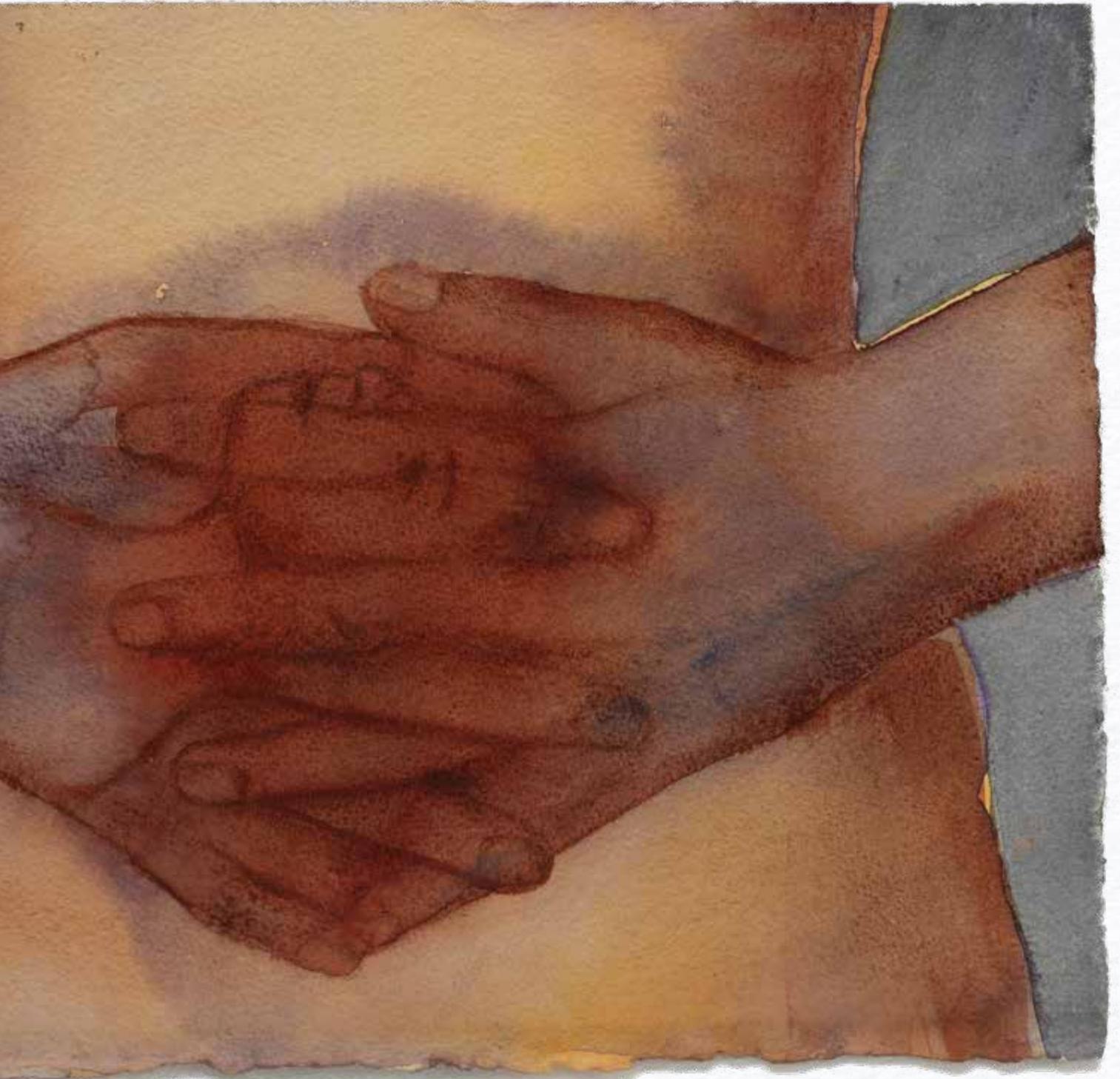


Illustration de Graham Dean



CHAPITRE 3

L'égalité des genres – et ses dividendes – pour toutes et tous

L'année 2025 marque le 30^e anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing, un accord international historique qui affirmait que « les droits des femmes sont des droits humains ». S'inspirant de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la Déclaration reconnaissait en outre que « la reconnaissance et la réaffirmation expresses du droit de toutes les femmes à la maîtrise de tous les aspects de leur santé, en particulier leur fécondité, sont un élément essentiel du renforcement de leur pouvoir d'action » (ONU-Femmes, 2014).

Entretemps, le monde a connu des avancées majeures pour les femmes et les filles, non seulement dans la sphère politique, mais également au niveau des mentalités et des normes sociales sur lesquelles se fondent les politiques. Ainsi, les enquêtes montrent une diminution progressive de la part de répondants jugeant « acceptable » pour un homme de battre son épouse, et ce dans tous les pays, signe que la violence au sein du couple et les autres formes de violence basée sur le genre sont de moins en moins admises (Vartanova *et al.*, 2023 ; Birdsall et Oroxom, 2018) ; cette tendance est allée de pair avec l'adoption de quelque 1 583 lois contre la violence basée sur le genre dans 193 pays, alors que ce type de lois n'existaient que dans 12 pays en 1995 (ONU-Femmes, 2025).

La participation des femmes aux processus décisionnels aux plus hauts niveaux est également de mieux en mieux accueillie. Entre 1997 et 2025, la proportion de femmes élues dans des parlements nationaux est passée d'à peu près 12 % à environ 27 % (UIP Parline, n. d.). En effet, une étude révèle que si l'on examine divers indicateurs, « pour tous les groupes de pays, chaque année de l'enquête, plus la cohorte est jeune, plus les attitudes tendent vers l'égalité des genres » (Biolcati et Ladini, 2022).

Ces progrès restent malgré tout timides, et toujours à la merci d'une remise en cause. L'Indice des normes sociales de genre, qui étudie les préjugés liés

au genre à travers plusieurs indicateurs, constate que les progrès dans les attitudes à l'égard des femmes et des filles sont au point mort depuis une dizaine d'années : sur 38 pays, « la proportion de personnes ayant au moins un préjugé n'a diminué que très légèrement, passant de 86,9 % à 84,6 % » (PNUD [UNDP], 2023). Sur 32 pays pour lesquels on dispose de données sur les tendances en matière d'autonomie corporelle entre 2006 et 2022, 19 affichent une amélioration dans ce domaine, mais 13 enregistrent au contraire une *régression* de l'autonomie corporelle des femmes (UNFPA, 2024a).

Ce phénomène peut s'expliquer en partie par l'essor du mouvement anti-genre (ou « idéologie anti-genre »), qui « s'est d'abord mobilisé en Europe, puis en Amérique latine » et a « constitué plusieurs alliances nationales et transnationales aux stratégies et objectifs communs », selon un récent document d'orientation du Conseil des droits de l'homme. « Les défenseurs des droits fondamentaux des femmes qui interviennent dans ces domaines, en particulier celui des droits sexuels et procréatifs, sont de plus en plus pris pour cibles par les mouvements anti-genre » (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2024).

Parfois, l'égalité des genres est expressément pointée du doigt dans le discours public pour expliquer le déclin des taux de fécondité. Une corrélation entre l'autonomisation des femmes et la baisse de la fécondité est effectivement observée depuis des décennies (Schmelz, 1976), et si la nature de cette corrélation est aujourd'hui mise en doute (voir l'encadré sur l'égalité des genres et la faible fécondité à la page 31), cela n'empêche pas certaines personnes de mettre en avant le féminisme comme un outil permettant de réduire la natalité : « Encourager l'égalité des genres et le féminisme est sans doute le meilleur moyen d'accroître la demande de contrôle des naissances dans les pays à forte fécondité », affirmait par exemple une lettre d'information publiée en 2019 par l'organisation Negative

Population Growth, aujourd'hui disparue (Rubenstein, 2019). Le fait de traiter l'égalité des genres comme un mécanisme permettant d'atteindre un objectif démographique plutôt que comme un pilier des droits humains à part entière a vraisemblablement contribué à répandre l'idée que revenir sur l'autonomisation des femmes (en réduisant leur accès à l'éducation, par exemple) provoquerait un accroissement des taux de fécondité (Greene et Burke, 2024). Quand bien même de telles mesures ne seraient pas résolument contraires aux principes des droits humains, il y a peu de raisons de penser que cette stratégie pourrait fonctionner.

Cependant, il existe bel et bien une interaction, souvent complexe, entre les souhaits en matière de fécondité et l'évolution des normes et des mentalités. Pour les hommes, la fécondité peut symboliser l'héritage et le statut social, tandis que pour les femmes, elle est souvent associée au travail de soin qu'elle implique et aux pressions de la société pour porter des enfants. Cela peut expliquer un écart constaté depuis longtemps entre hommes et femmes, à savoir que les hommes déclarent souvent souhaiter plus d'enfants que les femmes (Boonaert *et al.*, 2025 ; Myong *et al.*, 2021 ; Westhoff, 2010). Ces statistiques sont confirmées dans l'enquête UNFPA/YouGov : en moyenne, dans l'ensemble des 14 pays considérés, 56 % des hommes et 45 % des femmes considèrent la préservation du nom et des biens comme une raison importante d'avoir un enfant, et les hommes accordent plus d'importance à ce facteur que les femmes dans tous les pays sauf un.

La préférence pour les garçons, autre manifestation des inégalités entre les genres, peut aussi jouer un rôle déterminant, en particulier en Asie du Sud, en Asie de l'Est et dans le Caucase du Sud. Elle peut conduire à la sélection prénatale en fonction du sexe, susceptible de déséquilibrer le ratio garçons-filles dans toute une population (OMS, 2011 ; Guilmo, 2009). Même *en l'absence* de sélection prénatale, la préférence pour les garçons peut pousser les couples

Le fait de traiter l'égalité des genres comme un mécanisme permettant d'atteindre un objectif démographique plutôt que comme un pilier des droits humains à part entière a vraisemblablement contribué à répandre l'idée que revenir sur l'autonomisation des femmes provoquerait un accroissement des taux de fécondité.

à avoir plus d'enfants qu'ils l'auraient souhaité, dans l'espoir d'avoir enfin un garçon après n'avoir donné naissance qu'à des filles (Chaudhuri, 2012 ; Seidl, 1995). L'enquête UNFPA/YouGov révèle d'ailleurs que la préférence pour les garçons est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (49 % contre 40 %), et ce, dans presque tous les pays.

Ces facteurs peuvent entraîner des différences dans le nombre d'enfants souhaité par les hommes et par les femmes. Selon les données issues des enquêtes démographiques et de santé conduites entre 2000 et 2023 et analysées par STATcompiler, le nombre d'enfants idéal en Afrique subsaharienne s'élevait à environ 4,8 en moyenne pour les femmes, et à 5,7 pour les hommes. De même, en Asie du Sud-Est et en Asie du Sud, la moyenne était de 3 enfants pour les femmes, dans l'idéal, contre

3,3 pour les hommes. En Amérique latine et aux Caraïbes, la différence est minime, puisque les femmes désiraient 2,9 enfants en moyenne, contre 3 pour les hommes.

Ces chiffres restent toutefois des généralisations trop simplistes. Dans certains contextes, les femmes trouvent prestigieux d'avoir beaucoup d'enfants en raison du statut que cela leur confère (Church *et al.*, 2023 ; Thoma *et al.*, 2021), si bien que dans quelques pays, les femmes indiquent vouloir plus d'enfants que les hommes (Buss *et al.*, 2000) (voir la Figure 8).

Les souhaits en matière de fécondité évoluent en outre au fil du temps, en fonction de l'âge,

de l'état de santé, de la stabilité économique, des changements de partenaire et des conditions de vie en général. Ainsi, l'amélioration de la situation économique peut inciter un couple à revoir ses ambitions procréatives à la hausse, tandis que des problèmes de santé ou une modification de la situation matrimoniale peuvent réduire le nombre d'enfants souhaité. Cette incertitude apparaît également dans l'enquête UNFPA/YouGov : 21 % des répondants indiquent en effet être susceptibles de faire plus d'enfants qu'ils l'avaient souhaité initialement en cas d'amélioration de leur situation économique (quoiqu'on ne sache pas précisément si c'est parce qu'ils seraient plus ouverts à l'idée d'avoir d'autres enfants ou parce qu'ils seraient plus vulnérables face à des pressions extérieures).

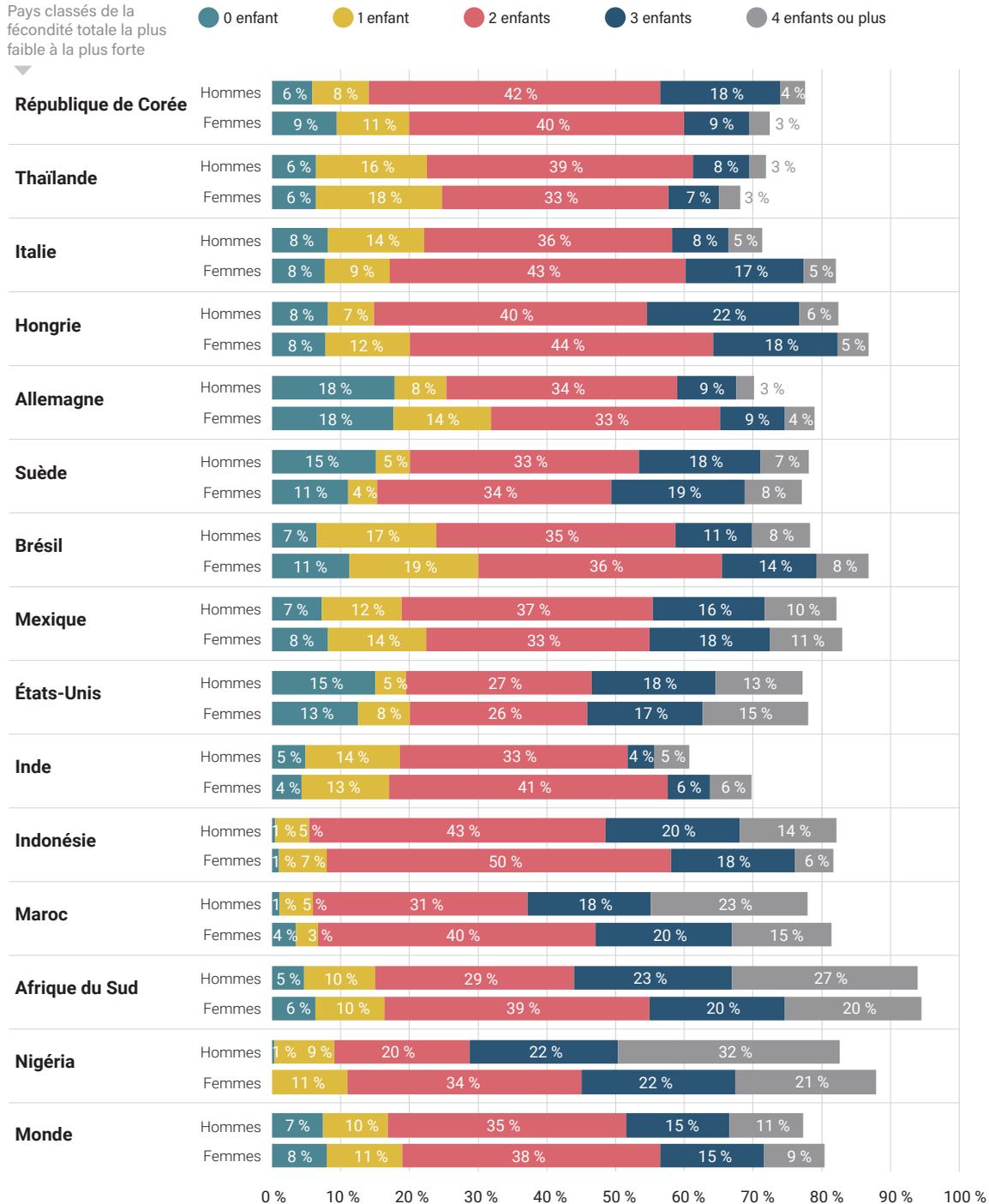


Illustration de Marianna Gefen

FIGURE 8

Nombre d'enfants idéal des répondants, par pays

Pays classés de la fécondité totale la plus faible à la plus forte



Les répondants n'ayant pas d'enfants ont été invités à répondre à la question suivante : « Si vous pouviez choisir le nombre exact d'enfants que vous souhaiteriez avoir au cours de votre vie, quel serait pour vous le nombre idéal ? » Les répondants ayant des enfants ont été invités à répondre à la question suivante : « Si vous pouviez remonter le temps jusqu'à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir le nombre exact d'enfants que vous souhaitez avoir au cours de votre vie, quel aurait été pour vous le nombre idéal ? » Les espaces vides correspondent aux répondants qui ont indiqué ne pas savoir/préférer ne pas répondre.

Source : enquête UNFPA/YouGov.

La question du genre au sein de la famille et au travail

Les rôles traditionnellement dévolus aux hommes et aux femmes et la répartition du travail (en particulier du travail de soin) en fonction du genre ont également leur importance dans les aspirations procréatives et dans la fécondité effective. Ces rôles, souvent dictés par le contexte culturel, économique et politique, déterminent le partage des responsabilités au sein d'un couple et peuvent avoir une influence considérable sur la décision d'avoir des enfants.

Si des progrès substantiels ont été accomplis en faveur de la parité entre les femmes et les hommes dans la sphère publique (l'éducation, le travail et la participation politique), on ne peut pas en dire autant de la sphère privée, où la responsabilité du travail domestique et des soins aux membres de la famille dépendants (enfants et personnes âgées) reste essentiellement portée par les femmes (Esping-Andersen et Billari, 2015 ; Goldscheider *et al.*, 2015). On estime que les femmes effectuent trois à dix fois plus de tâches domestiques et de travail de soin non rémunérés que les hommes, un écart considéré comme « l'un des premiers facteurs qui limitent l'accès à l'éducation, les perspectives de carrière et le temps libre des femmes » (UNFPA et Equimundo, 2022). Bien que les hommes consacrent nettement plus de temps au travail domestique et à la garde des enfants que par le passé, les données collectées depuis 50 ans dans 19 pays occidentaux (Altintas et Sullivan, 2016) montrent que les normes culturelles continuent en grande majorité d'encourager les hommes à subvenir aux besoins financiers de leur famille pour être de « bons pères » (Townsend, 2002). Les femmes sont pour leur part incitées à faire passer leurs enfants devant les autres aspects de leur vie, qu'elles participent ou non au marché du travail (OIT, 2024).

Cette répartition du travail n'est pas uniquement le fruit de pressions culturelles. La manière dont

les tâches rémunérées et non rémunérées sont réparties au sein d'un couple peut être déterminée par rapport au partenaire qui gagne le plus d'argent (Lundberg et Pollack, 1996) ou qui a l'emploi le plus flexible (Presser, 1994). Cela étant, les salaires, les modalités de travail flexibles et autres facteurs sont eux-mêmes influencés par les normes de genre, et contribuent à les perpétuer (Chung, 2023). Les femmes sont plus susceptibles d'occuper des emplois moins bien payés (Van der Gaag *et al.*, 2023), et les secteurs majoritairement féminins sont généralement moins flexibles (Jacobi *et al.*, 2025), des facteurs qui peuvent contribuer au fait que ce sont majoritairement les femmes qui quittent le marché de l'emploi pour se charger du travail de soin non rémunéré. Par ailleurs, il est établi qu'occuper un emploi salarié donne nettement plus de poids aux femmes dans la prise de décisions au sein du ménage (UNFPA et Equimundo, 2022), ce qui signifie que les facteurs qui poussent les femmes à se charger du travail domestique non rémunéré peuvent également contribuer à un cycle de perte de pouvoir.

Quelles qu'en soient les causes, on sait que cette répartition inéquitable affecte les aspirations procréatives : de nombreuses femmes décident ainsi d'avoir moins d'enfants afin de concilier leurs responsabilités professionnelles et domestiques (Raybould et Sear, 2020 ; Channon et Harper, 2019). Même si les femmes désirent avoir plus d'enfants, il est souvent difficile pour elles de faire carrière, de garder un emploi à plein temps ou de suivre des formations professionnelles tout en assumant leurs responsabilités maternelles (Torres *et al.*, 2024 ; Parker, 2015). Souvent, les hommes se sentent moins contraints de modifier leur trajectoire professionnelle pour s'adapter aux besoins de leur famille (Barbar *et al.*, 2024). Selon plusieurs études, les couples dans lesquels les tâches domestiques sont réparties de manière équitable afficheraient généralement une fécondité supérieure à celle des ménages « inéquitables », où l'un des partenaires se charge prioritairement du travail domestique tandis que l'autre subvient aux seuls besoins financiers

(Raybould et Sear, 2020 ; Riederer *et al.*, 2019 ; Mencarini et Tanturri, 2004).

Certaines théories sur la fécondité et l'équité entre les genres avancent que dans les sociétés à revenu élevé, les femmes qui portent un « double fardeau » et doivent conjuguer travail rémunéré et responsabilités domestiques non rémunérées seraient celles qui enregistrent les taux de fécondité les plus faibles. Ces théories laissent également entendre qu'une participation active des partenaires masculins aux tâches domestiques et un partage plus équitable des responsabilités familiales pourraient accroître les taux de fécondité. Cela semble indiquer une relation en U, avec une forte fécondité à la fois dans les couples traditionnels où l'homme travaille pour nourrir sa famille tandis que la femme s'occupe du foyer et dans les couples parfaitement égaux où l'homme et la femme travaillent tous les deux (Raybould et Sear, 2020). Aujourd'hui, de nombreux experts prédisent que la fécondité restera faible tant que les sociétés ne seront pas parvenues à l'égalité des genres tant dans la sphère publique que privée (Esping-Andersen et Billari, 2015).

Les rôles de genre, au travail comme au sein des familles, sont en constante évolution, notamment avec l'essor du télétravail et des modèles de travail hybrides qui, pour de nombreuses femmes, ont transformé le rapport entre emploi et maternité (Minhas, 2024). Si ces nouvelles modalités de travail peuvent permettre aux femmes de mieux concilier la maternité avec un emploi rémunéré, elles peuvent aussi renforcer les normes de genre inégalitaires si les responsabilités liées à la garde des enfants continuent de leur incomber principalement. Des études indiquent par exemple que le télétravail peut brouiller les frontières entre travail et vie de famille, ce qui risque d'accroître les déséquilibres entre vie professionnelle et vie privée et de se répercuter négativement sur la carrière des femmes, réduisant en définitive leur fécondité (Osiewalska *et al.*, 2024) (voir la page 59 sur les politiques d'entreprise favorables aux familles).

Un investissement accru des pères

Les normes relatives à l'implication des pères dans les soins aux enfants, elles aussi, évoluent et transforment progressivement les dynamiques familiales. Un investissement accru des pères dans les responsabilités familiales et domestiques peut alléger la charge qui pèse sur les femmes, et donc avoir une influence positive sur leurs choix procréatifs et favoriser des relations plus équitables (Leocádio *et al.*, 2024 ; Fanelli et Profeta, 2021). Ces évolutions s'expliquent en partie par des attitudes plus égalitaires. Des travaux de recherche révèlent ainsi que les parents qui affichent une mentalité plus égalitaire à l'égard des rôles de genre et considèrent l'éducation des enfants comme une responsabilité commune s'investissent généralement davantage dans leur rôle de parents, ce qui a un effet positif sur le comportement social des enfants (Wang et Cheung, 2023). De même, c'est lorsque les femmes travaillent à l'extérieur et que les pères passent beaucoup de temps à s'occuper des enfants que les parents transmettent le plus de valeurs d'égalité des genres à leurs enfants (UNFPA et Equimundo, 2022).

Néanmoins, ces changements ne s'opèrent que progressivement. Dans le cadre de l'édition 2022 de l'enquête internationale sur les hommes et l'égalité des sexes, hommes et femmes ont été interrogés sur la participation de leur père aux soins qui leur ont été prodigués dans l'enfance, et sur la participation future des fils à ce type de tâches. Les réponses ne montrent qu'une légère augmentation de la contribution des pères aux responsabilités domestiques au fil du temps. Lorsqu'on les interroge sur leur propre contribution aux tâches domestiques, la participation des femmes s'avère quasi universelle dans 21 pays, tandis que dans 32 pays, moins de la moitié des hommes déclarent assumer en partie ces responsabilités, et 28 % reconnaissent n'en assumer aucune (UNFPA et Equimundo, 2022).

Ces tendances s'étendent également aux soins apportés aux enfants. Dans les 18 pays couverts par l'étude, une majorité de répondants affirme que ce sont « toujours ou habituellement » les femmes qui s'occupent des enfants au quotidien. On note également des disparités dans les déclarations concernant le type d'activités effectuées par les parents avec leurs enfants : les pères sont en effet beaucoup plus susceptibles de répondre avoir déjà joué avec leurs enfants que de déclarer leur avoir déjà donné un bain. On observe également une différence sensible au niveau des perceptions : dans tous les pays considérés, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à faire état d'un partage équitable des responsabilités dans ce domaine (UNFPA et Equimundo, 2022).

Il existe cependant des signes d'une véritable implication des hommes dans les soins aux enfants. Selon le rapport 2023 sur la situation des pères à l'échelle mondiale, près de 90 % des hommes de 15 pays « se sentent aussi responsables des soins aux enfants » que leur partenaire. Les hommes comme les femmes déclarent que s'occuper de leurs enfants leur procure un sentiment de bien-être. Les parents qui se disent satisfaits de leur degré d'implication parentale sont 1,5 fois plus susceptibles d'approuver l'affirmation « Je suis la personne que j'ai toujours voulu être ». Une majorité d'hommes et de femmes (plus de 80 % dans la plupart des pays) estime qu'il faut encourager les garçons à apprendre comment s'occuper d'un enfant (Van der Gaag *et al.*, 2023).

Illustration de Stina Persson



Pourquoi fait-on des enfants ?

Si les normes relatives au rôle des hommes et des femmes au sein de la famille évoluent, c'est également le cas des normes concernant les enfants et les raisons d'en avoir. Les chercheurs observent depuis longtemps des arbitrages entre le nombre d'enfants que l'on décide d'avoir et la qualité de l'investissement que l'on peut accorder à chaque enfant. Dans les sociétés où les taux de mortalité sont très élevés, une forte fécondité peut être un atout, dans la mesure où elle garantit la survie d'au moins certains enfants (quoique les taux de fécondité élevés vont généralement de pair avec des taux de mortalité maternelle et infantile élevés). Dans le cas contraire, une fécondité plus faible est plus avantageuse, car elle permet d'investir davantage dans chaque enfant (Page *et al.*, 2016).

Le nombre d'enfants souhaité peut également être lié au soutien dont les parents pensent avoir besoin en vieillissant. Dans certains endroits, le fait que le travail des enfants soit essentiel et l'absence de systèmes de retraite et de sécurité sociale adaptés peuvent faire pencher la balance en faveur d'une natalité accrue (OIT [ILO] et UNICEF, 2022). Les couples peuvent aussi décider d'avoir moins d'enfants que prévu après avoir calculé les investissements substantiels qu'ils devront consentir pour offrir une meilleure qualité de vie à leur descendance (Church *et al.*, 2023).

Ce raisonnement repose toutefois sur l'idée qu'on aurait des enfants pour des raisons essentiellement utilitaires, alors qu'il existe bien entendu de nombreuses autres raisons de faire des enfants, ou au contraire de ne pas en avoir. L'enquête UNFPA/YouGov a demandé à plus de 14 000 répondants d'évaluer l'importance de différentes raisons d'avoir des enfants ou de ne pas en avoir. Dans la plupart des cas, l'étude révèle des variations notables d'un pays à un autre.

Dans certains pays comme l'Indonésie et le Nigéria, les répondants considèrent la préservation du nom et des biens de la famille pour les générations suivantes et le soutien aux parents âgés comme des raisons relativement déterminantes. En Indonésie, au Maroc et au Nigéria, les obligations religieuses et sociales sont également présentées comme des raisons impérieuses d'avoir des enfants, tandis qu'elles revêtent une importance deux fois moindre pour les répondants d'Allemagne et de Suède.

Cependant, dans tous les pays, les répondants de tous horizons considèrent quasi unanimement la joie (le bonheur qu'apporte un enfant dans l'existence et la satisfaction de l'élever) comme la raison la plus importante d'avoir un enfant. De même, beaucoup s'accordent à dire que les coûts associés à la maternité (« Élever un enfant coûte trop cher » et « Élever un enfant demande trop de temps et d'énergie ») sont l'une des principales raisons de renoncer à avoir des enfants.

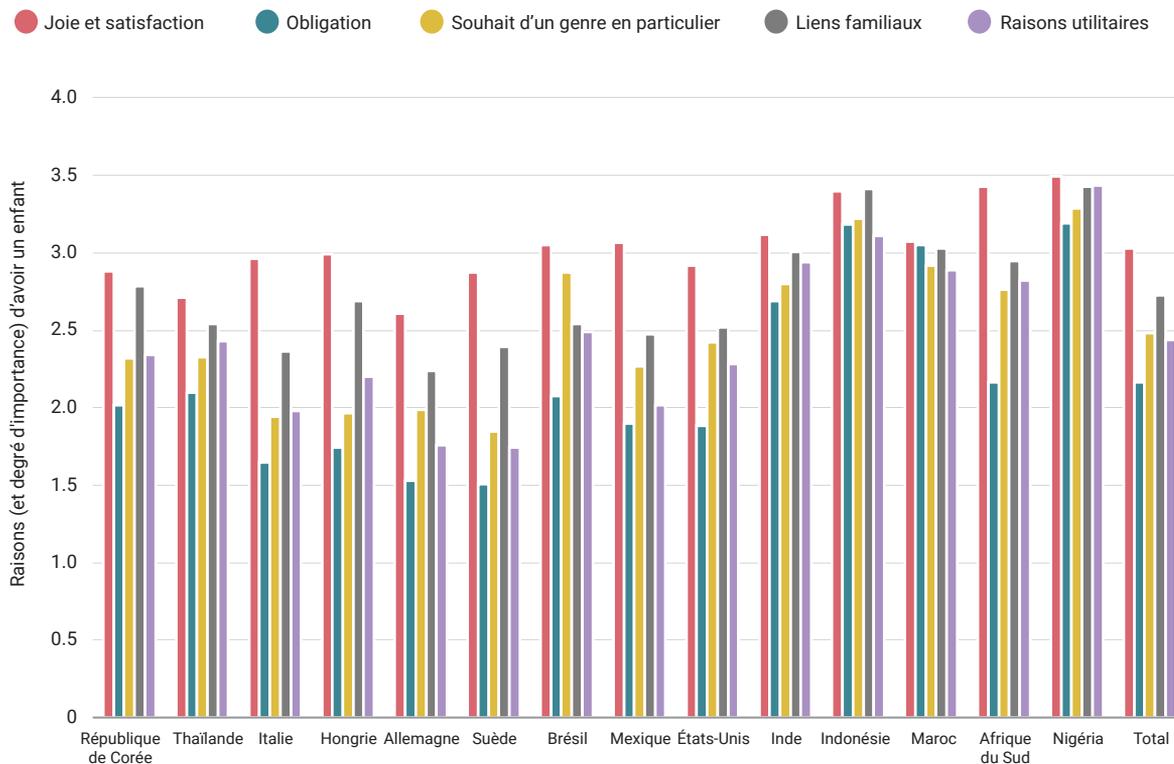
Le fait que les enfants soient universellement reconnus comme étant une source de joie pour leurs parents et que cet argument soit globalement jugé plus important que d'autres facteurs contredit l'argument utilitaire souvent invoqué par les décideurs politiques pour encourager les citoyens à avoir des enfants. Loin d'être motivées par des incitations financières ou sociales ou par la perspective d'avoir quelqu'un sur qui compter pour leurs vieux jours, les populations semblent plutôt se demander si le monde offre un environnement dans lequel des enfants pourront s'épanouir et si leurs conditions de vie leur permettraient d'élever leurs enfants dans la joie.

FIGURE 9

Raisons d'avoir des enfants

Les répondants ont été invités à noter sur une échelle de 1 à 10 l'importance accordée à différentes raisons d'avoir un enfant. Les raisons ont été réparties dans les catégories suivantes :

- 1 « Me combler de bonheur toute ma vie » et « Avoir la satisfaction d'accompagner le développement et les apprentissages d'un enfant », dans la catégorie « Joie et satisfaction » ;
- 2 « Respecter les valeurs religieuses relatives à la famille » et « Avoir un enfant constitue une obligation envers la société », dans la catégorie « Obligations » ;
- 3 « Vouloir un fils » et « Vouloir une fille », dans la catégorie « Souhait d'un genre en particulier » ;
- 4 « Renforcer la relation avec mon/ma partenaire » et « Donner un frère ou une sœur à mon enfant/mes enfants », dans la catégorie « Liens familiaux » ;
- 5 « Préserver le nom et les biens de la famille pour les générations futures » et « Pouvoir compter sur le soutien (pratique ou économique) de mon enfant quand je vieillirai », dans la catégorie « Raisons utilitaires ».



Remarque : pays classés de la fécondité totale la plus faible à la plus forte

Source : enquête UNFPA/YouGov.

L'intensification de la parentalité

Les responsabilités liées à la parentalité sont par ailleurs de plus en plus lourdes à porter, pas uniquement pour les femmes, mais de manière globale, tant pour les mères que pour les pères. Cela peut globalement être considéré comme une évolution positive, qui ferait suite aux récentes études démontrant l'importance de l'implication parentale dans le développement cognitif et émotionnel des enfants pour le bien-être et l'épanouissement futur de chaque enfant. C'est toutefois une responsabilité très exigeante, et rarement compensée par une diminution des autres contraintes auxquelles sont soumis les parents : des études réalisées en Europe et aux États-Unis, par exemple, révèlent une augmentation du temps passé par les femmes à interagir avec leurs enfants, alors que leur participation au marché du travail s'est également accrue (UNFPA, 2019). Cette intensification des exigences en matière de parentalité contribue à fragiliser la santé mentale des personnes qui s'occupent d'enfants (Bureau de l'administrateur de la santé publique des États-Unis, 2024 ; Faircloth, 2023), pas uniquement dans les pays du Nord ou occidentaux, mais partout sur la planète (Faircloth *et al.*, 2013).

Si 9 parents sur 10 affirment que s'occuper de leurs enfants est « l'une des activités qu'ils préfèrent », les avantages ne l'emportent pas toujours sur les inconvénients, d'après le rapport d'Equimundo sur la situation des pères à travers le monde (Van der Gaag *et al.*, 2023). Cette publication révèle en effet que 17 % des parents s'occupent de leurs enfants sans aucun soutien. Les familles à faible revenu sont les plus susceptibles d'être totalement livrées à elles-mêmes.

Les parents confrontés à cette situation ont davantage tendance à considérer que « s'occuper de [leurs] enfants est plus épuisant qu'agréable ». Sur l'ensemble des personnes interrogées par Equimundo, ce constat est partagé par 29 % des pères et 32 % des mères (Van der Gaag *et al.*, 2023), ce qui porte à croire que si les mères sont légèrement plus touchées, les pères aussi se heurtent aux difficultés et aux contraintes de la parentalité.

De l'avis général, la pandémie de COVID-19 a conduit les parents à s'occuper davantage de leurs enfants (Van der Gaag *et al.*, 2023), mais cette tendance à l'intensification de la parentalité (et des contraintes qui l'accompagnent) était déjà bien amorcée auparavant. Selon une mise en garde de l'administrateur de la santé publique des États-Unis, la proportion de parents indiquant résister « très bien » au stress de la parentalité a diminué entre 2016 et 2019, avant même les confinements liés à la pandémie. En 2023, 48 % des parents américains se sentaient complètement submergés par le stress presque tous les jours, contre 26 % des autres adultes (Bureau de l'administrateur de la santé publique des États-Unis, 2024).

Certaines études établissent un lien entre les difficultés de la parentalité et la baisse des taux de fécondité. Des femmes issues de familles nombreuses expriment par exemple des aspirations moins ambitieuses en matière de fécondité souhaitée, parce qu'elles savent à quel point les responsabilités liées aux enfants sont éprouvantes (Bimha et Chadwick, 2016). De même, les personnes vivant dans un environnement où le système éducatif est marqué par un fort esprit de compétition consacrent tant de temps et de moyens à la réussite scolaire de leurs enfants que cela peut les dissuader d'en avoir d'autres (Mackenzie, 2024) (pour en savoir plus, voir page 64).

La nécessité d'une aide à la garde d'enfants a des implications évidentes en matière de politiques à mener (comme nous l'avons vu dans le chapitre 2), mais également une dimension sociale : même lorsque les deux parents s'investissent, les familles peuvent être épuisées par les exigences de la parentalité moderne, en particulier si le stress de la précarité économique vient s'y ajouter. Les solutions doivent donc s'attacher à alléger en partie cette charge, afin que les personnes qui s'occupent d'enfants puissent connaître les satisfactions de la parentalité.

Les grands-parents à la rescousse

Quand Carina Persson a appris qu'elle pouvait utiliser le congé parental de sa fille pour s'occuper de son petit-fils, elle s'est réjouie de cette chance inespérée.

« Ça me donne la possibilité de passer du temps en tête à tête avec mon petit-fils, et en même temps, je suis contente de pouvoir décharger ma fille et son mari, qui travaillent tous les deux à plein temps », confie-t-elle.

Comme Mme Persson, conseillère principale dans le secteur public, de plus en plus de grands-parents suédois profitent d'une loi novatrice de 2024 qui permet aux parents de transférer jusqu'à 90 jours de congé parental rémunéré à des proches, grands-parents ou même amis de la famille. Dans un couple, chaque parent peut transférer jusqu'à 45 jours, tandis qu'une mère seule ou un père seul peut transférer l'intégralité des 90 jours, ce qui offre une flexibilité bien plus étendue aux parents qui travaillent. Mme Persson a ainsi pu prendre un congé durant lequel 80 % de son salaire était couvert par l'Agence suédoise de l'assurance sociale.

Un système fondé sur la flexibilité et l'égalité

Les politiques familiales progressistes ne sont pas

une nouveauté en Suède, un pays qui, depuis longtemps, encourage l'égalité des genres et soutient les structures familiales diverses. Sa politique de congé parental est l'une des plus généreuses au monde, avec la possibilité d'obtenir jusqu'à 480 jours de congé rémunéré par enfant.

Trude Warner, autrice d'un rapport provisoire sur cette nouvelle loi, constate une évolution des besoins en matière de garde d'enfants. « L'un des objectifs de la réforme est de permettre aux différentes familles, quelle que soit leur structure, d'utiliser plus facilement les prestations parentales, et cela semble avoir une certaine efficacité, tout du moins pour les familles monoparentales, surreprésentées parmi les bénéficiaires de ce dispositif. »

Si le rapport montre que le transfert des jours de congé bénéficie essentiellement aux grands-parents, en particulier aux grands-mères maternelles, la décision revient aux parents. « La loi ne dicte pas aux familles comment utiliser cette mesure. Elle se contente de proposer des options. » Mme Warner est analyste à la Försäkringskassan, l'Agence suédoise de la sécurité sociale.

De nombreuses familles suédoises, en particulier des mères célibataires, ont accueilli la loi avec satisfaction, et les entreprises, déjà habituées à la flexibilité des conditions de travail et aux politiques favorables aux familles, n'ont eu aucun mal à s'adapter. « Mon employeur s'est montré très bienveillant », rapporte Mme Persson. « Jusqu'à présent, nous n'avons pas rencontré de difficultés. »

Le modèle nordique des politiques familiales

La dernière réforme en date du congé parental suédois s'inscrit dans une tendance plus globale de soutien aux intentions procréatives dans les pays nordiques. En Norvège, les parents bénéficient de 12 mois de congé, et un système de quotas répartis entre les deux parents garantit le partage des responsabilités (Norden, n. d.). En Islande, depuis 2000, une loi accorde aux parents un quota de trois mois chacun, ainsi que trois mois supplémentaires à partager entre eux, ce qui a sensiblement accru la participation des pères à la garde des enfants. Au Danemark, en 2024, la gratuité des traitements contre l'infertilité a été élargie aux parents souhaitant un deuxième enfant (ministère danois de l'Intérieur et de la Santé, 2024),

conformément à une approche nordique bien établie qui permet aux citoyens de prendre leurs propres décisions en matière de procréation.

Les pays nordiques, l'Islande en tête, sont connus pour le faible coût de leurs crèches (Richardson, 2012), qui permet aux deux parents de travailler sans dépenser des sommes exorbitantes en garde d'enfants, et favorise l'insertion et le maintien des femmes sur le marché de l'emploi.

L'accès aux traitements contre l'infertilité s'est également accru dans cette région, si bien que des familles plus diverses peuvent désormais avoir des enfants et réaliser leurs aspirations procréatives. La fécondation *in vitro* (FIV) peut être prise en charge par l'État pour le premier enfant depuis 1986 au Danemark, et la gratuité des traitements de FIV a été élargie au deuxième enfant en 2024 (Anderson, 2021). En 2005, le système de santé publique suédois a commencé à proposer la prise en charge par les pouvoirs publics des FIV et des inséminations artificielles par don de sperme pour les couples de femmes, au même titre que pour les couples hétérosexuels. Cette possibilité a été étendue aux femmes célibataires quelques années plus tard. En 2019, la Suède a encore renforcé l'accès à la parentalité des personnes atteintes de problèmes de fertilité en autorisant le don d'embryon ainsi que l'utilisation conjointe de dons de sperme et d'ovocytes.

Perspectives

Aujourd'hui, la Suède, tout comme la majeure partie de l'Europe, est

© Mathilda Persson

confrontée à un recul des taux de natalité. Les législateurs espèrent que ces initiatives (parmi d'autres) auront pour effet de faciliter la vie des familles. De fait, le dernier World Fertility Report (rapport mondial sur la fécondité) révèle que parmi les pays qui affichent un taux de fécondité historiquement faible, ceux qui « dépensent le plus pour les familles et progressent tangiblement dans la réalisation de l'égalité des genres, notamment la France, la Norvège et la Suède, se distinguent généralement par une fécondité supérieure par rapport aux autres pays » (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025a).

Pour l'heure, les familles et les grands-parents comme Carina Persson se félicitent de ces changements. Pour Carina, « c'est un merveilleux privilège de pouvoir prendre un congé grand-parental avec [son] petit-fils ».

Cette réforme récente a en outre davantage de portée symbolique que les précédentes politiques familiales progressistes, car elle reconnaît que dans les familles modernes, élever les enfants n'est pas uniquement l'affaire des parents. En autorisant le partage du congé parental avec des proches de confiance, le système reflète la société actuelle, et contribue à la concrétisation des intentions procréatives.



Le choix de ne pas avoir d'enfants

L'évolution des normes et des raisons de fonder une famille se traduit également par une multiplication des personnes qui choisissent délibérément de ne pas avoir d'enfants. Dans certains endroits, les individus qui affirment ne pas s'attendre à devenir parents expliquent majoritairement cet état d'esprit par le simple fait qu'ils ne souhaitent pas d'enfants (Brown, 2021). Ce choix de vie semble en plein essor, de même que la tolérance à l'égard de l'absence d'enfant en tant que choix légitime (Ibisomi et Mudege, 2014 ; Noordhuizen *et al.*, 2010). Bien que ces choix de vie différents soient de mieux en mieux acceptés, les femmes et les hommes qui décident de ne pas avoir d'enfants restent confrontés à une forte stigmatisation sociale, au préjugé selon lequel leur choix serait égoïste, immature ou contre nature (Mandujano-Salazar, 2019), et à des pressions liées à des attentes culturelles et familiales.

Les raisons d'un tel choix sont complexes, et ne résultent pas nécessairement d'une aversion à l'égard des enfants. Des études montrent que de nombreuses femmes considèrent les normes relatives à la parentalité et les normes de genre inégalitaires comme des facteurs ayant contribué à leur décision de renoncer à la maternité (Salgado et Magalhães, 2024). D'autres expliquent que leur peur de l'avenir a joué un rôle décisif dans leur choix (Helm *et al.*, 2021). Face à ces constats, on peut se demander dans quelle mesure ne pas avoir d'enfants est toujours un choix véritablement libre. Si les conditions permettaient à chacune et chacun d'avoir les enfants qu'elle ou il désire sans craindre de devoir sacrifier la santé de la planète, ses objectifs de carrière ou son propre bonheur, ces personnes choisiraient-elles tout de même de s'abstenir de faire des enfants ? Cela étant, il faut également reconnaître que de nombreux individus savent dès leur plus jeune âge qu'ils ne désirent pas avoir d'enfants (Neal et Watling Neal, 2022),

et que les femmes qui n'ont volontairement pas eu d'enfants estiment ressentir, plusieurs années après, davantage de bien-être et moins de regrets (quoique les études se limitent essentiellement à l'Europe et aux États-Unis) (Jeffries et Konnert, 2002).

Dans certains contextes, la part de jeunes hommes et femmes qui affirment qu'ils ne voudront jamais d'enfants est en augmentation (Golovina *et al.*, 2024). Et de nouvelles normes culturelles encourageant les gens à avoir moins d'enfants, voire à ne pas en avoir du tout, semblent émerger. Des chercheurs pensent que la persistance d'une faible fécondité, par exemple, pourrait à terme modifier les normes au profit de familles moins nombreuses : « Moins des jeunes auront d'enfants dans leur environnement, plus le nombre d'enfants qu'ils jugeront normal dans le cadre d'une vie désirable sera faible » (Lutz *et al.*, 2006). Cela pourrait déjà bien être le cas dans des endroits où la fécondité est très faible. En République de Corée, pays qui affiche le taux de fécondité le plus faible au monde, on voit se multiplier les zones « no kids » (sans enfants) dans les restaurants et dans d'autres lieux (Lau *et al.*, 2023). Cette préférence pour les espaces sans enfants impose aux personnes qui s'occupent d'enfants (généralement des femmes) de ne plus fréquenter ces lieux au moins une partie du temps, ce qui pourrait renforcer la décision des femmes de ne pas devenir mères.

Ce qui est indiscutable, en revanche, c'est que le choix de renoncer à la parentalité est intimement lié à l'autonomie procréative, et que contraindre une personne à donner la vie fait du tort aux individus comme aux familles. Malheureusement, certains décideurs politiques cherchent à rendre illégitime le choix de la non-maternité, notamment en interdisant la « propagande en faveur d'un mode de vie sans enfant » (Euronews et Associated Press, 2024). Comme nous l'avons déjà mentionné dans le présent rapport, les efforts visant à restreindre le pouvoir de décision en matière de procréation sont souvent inefficaces, si ce n'est contreproductifs.

Structure familiale et aspirations en matière de fécondité

Les structures familiales peuvent également avoir une forte influence sur les aspirations en matière de fécondité, dans le sens où les décisions procréatives ne seront pas les mêmes dans une famille nucléaire, une famille élargie ou une famille recomposée. Pourtant, les décideurs politiques sont souvent réticents à tenir compte des dynamiques complexes des différentes structures familiales, car cela pourrait susciter de vifs débats idéologiques sur la définition même de la « famille » (Sanders, 2018).

Néanmoins, il est important de reconnaître qu'il existe et qu'il a toujours existé différentes structures familiales : le principe 9 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, adopté par consensus en 1994, indique « qu'il existe diverses formes de famille dans les différents systèmes sociaux, culturels et politiques » (UNFPA, 2014). Il est essentiel de reconnaître la diversité des structures familiales, car certaines d'entre elles, notamment « les foyers monoparentaux, les foyers ayant à leur tête un enfant, les familles comptant une ou plusieurs personnes handicapées et les foyers rassemblant plusieurs générations risquent d'être particulièrement vulnérables à la pauvreté et à l'exclusion sociale », comme le souligne une résolution du Conseil des droits de l'homme (Conseil des droits de l'homme [Human Rights Council], 2017).

Les aspirations en matière de fécondité – et la capacité à prendre des décisions en la matière – peuvent être fortement influencées par la composition du foyer et par le soutien dont peuvent bénéficier les différentes structures familiales. Par exemple, dans une famille nucléaire biparentale, les responsabilités liées à la garde des enfants et aux tâches ménagères sont souvent assumées par les parents. Ce type d'arrangements peut faire évoluer la planification de la fécondité vers un modèle privilégiant la qualité plutôt que la quantité, qui se traduit par une diminution du nombre

d'enfants et une augmentation des investissements consentis pour chaque enfant. Dans les pays à revenu élevé tels que l'Allemagne, le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède, l'accès à des services de garde d'enfants et à une éducation de qualité, ainsi que des congés parentaux généreux (UNICEF, 2019 ; Rostgaard, 2014), permettent aux parents de concentrer leurs ressources sur un nombre plus restreint d'enfants (Melhuish, 2016).

En revanche, les pays à faible revenu ne sont souvent pas en mesure de proposer des systèmes complets de garde d'enfants, entraînant dès lors une plus grande dépendance à l'égard des réseaux familiaux élargis pour la prise en charge des enfants. De fait, la structure familiale la plus répandue dans le monde est la famille élargie, qui concerne 38 % de la population mondiale (Kramer *et al.*, 2019). Les familles élargies et les foyers multigénérationnels peuvent en réalité encourager l'agrandissement des familles, car ils permettent de répartir les responsabilités familiales et envisagent les enfants comme autant de contributeurs au système de soutien familial.

La polygamie influence également les décisions en matière de fécondité. Les femmes engagées dans de telles unions aspirent généralement à une fécondité plus élevée que les femmes ayant contracté un mariage monogame, en particulier en Afrique de l'Ouest, où les familles nombreuses sont valorisées (Millogo *et al.*, 2022 ; Bahari *et al.*, 2021). Dans les ménages polygames, les hommes peuvent satisfaire leur désir d'une fécondité élevée en ayant plusieurs épouses. En outre, dans les communautés où la polygamie est acceptée, cette pratique est susceptible d'influencer les choix des couples monogames en matière de fécondité. Certaines publications suggèrent que les femmes issues de ces communautés pourraient chercher à avoir davantage d'enfants afin d'éviter que leur conjoint ne cherche une autre épouse (Church *et al.*, 2023).

Les familles recomposées, formées à la suite de remariages, interagissent également de manière

complexe avec les aspirations des individus en matière de fécondité. Les difficultés liées à la cohabitation d'enfants issus de foyers différents peuvent dissuader les familles recomposées d'avoir d'autres enfants. Cependant, certaines publications laissent entendre que les femmes qui se remarient ont en réalité tendance à avoir des aspirations plus fortes en matière de fécondité, car elles souhaitent concevoir des enfants avec leur nouveau conjoint (Assaf et Moonzwe Davis, 2022 ; Myong *et al.*, 2021 ; Vohra, 2014).

Il est donc essentiel de disposer de politiques qui reconnaissent que diverses structures familiales peuvent exister, existent et ont toujours existé afin de faciliter la garde d'enfants et de soutenir les parents. Ainsi, si certaines structures familiales, à l'instar des foyers rassemblant plusieurs générations, sont susceptibles d'offrir un soutien supplémentaire aux futurs parents, elles peuvent également présenter des besoins supplémentaires ou plus complexes, tels que la prise en charge des personnes âgées. D'autres familles encore doivent être reconnues comme particulièrement vulnérables et nécessitant un soutien supplémentaire, par exemple les ménages dirigés par une femme, qui sont plus touchés par la pauvreté (Conseil des droits de l'homme, 2017).

Les normes relatives au couple et l'« épidémie de solitude »

La diminution du nombre de couples, la baisse du taux de mariage et la propagation de l'« épidémie de solitude » (King, 2018) ont fait couler beaucoup d'encre. Ces phénomènes culturels et sociaux sont liés au déclin des aspirations en matière de fécondité (Karsit, 2023). Cette situation résulte en partie de la conjonction de plusieurs facteurs indépendants. À titre d'exemple, le concubinage apparaît de plus en plus comme une alternative au mariage (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2016) – cette tendance s'observe principalement dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), où 42 % des

naissances ont désormais lieu hors mariage (OCDE, 2022). Or, dans les sociétés où la maternité hors mariage est moins stigmatisée, les femmes vivant en concubinage sont tout aussi susceptibles de désirer un enfant que les femmes mariées (Guzzo et Hayford, 2012). En outre, de nombreux mariages, en particulier dans les pays à faible revenu, ne sont pas officiellement enregistrés, ce qui complique l'évaluation des tendances mondiales en matière de mariage.

Néanmoins, les données montrent que dans de nombreux pays, l'évolution des modes d'union influe sur les intentions en matière de fécondité et sur la capacité des individus à réaliser leurs aspirations en la matière. En Asie de l'Est, par exemple, où le mariage et la procréation sont étroitement liés (Kramer *et al.*, 2019), les taux de mariage diminuent, et ce phénomène s'accompagne d'une baisse des taux de fécondité. Au Japon, la fécondité des couples mariés stagne autour de deux enfants, et les naissances hors mariage sont rares (Raymo *et al.*, 2021). D'autres régions connaissent une augmentation du nombre de célibataires. Ainsi, l'Union européenne a enregistré une augmentation de 21 % du nombre de ménages composés d'une seule personne sans enfant entre 2013 et 2023 (Eurostat, 2024). Dans certaines régions, des chercheurs ont également relevé une baisse de l'activité sexuelle, toutes tranches d'âge confondues (Jing *et al.*, 2023 ; Willingham, 2022).

Face à cette situation, de nombreuses personnes ont accusé les femmes de « refuser » le mariage ou la vie de couple (Rich, 2019), tandis que d'autres ont reproché aux jeunes leur « incapacité à se lancer » (Fry, 2023). Toutefois, les causes de ces phénomènes sont probablement plus complexes et moins blâmables. Alors que l'évolution des rôles attribués aux femmes et aux hommes affecte les modèles matrimoniaux dans le monde entier et que la remise en question des structures familiales traditionnelles contribue à l'augmentation du célibat et au report de la fondation d'une famille (Miettinen *et al.*, 2015 ; Raymo *et al.*, 2015), les hommes comme les femmes déclarent,

dans leur grande majorité, ne pas choisir de vivre sans partenaire. Des travaux de recherche menés au Japon, par exemple, révèlent que la plupart des adultes se sentent perdus, ne ressentant aucune motivation particulière pour se marier ou rester célibataires, tandis que d'autres affirment vouloir se marier, sans y être parvenus jusqu'alors, mais seule une minorité refuse catégoriquement la perspective d'un mariage (Raymo *et al.*, 2021).

Pourquoi tant de personnes peinent-elles à bâtir une relation durable ? Cette situation s'explique en partie par des facteurs économiques et éducatifs : dans de nombreux pays, les adultes célibataires, et plus particulièrement les hommes célibataires, sont plus susceptibles d'avoir de faibles revenus et un niveau d'éducation moins élevé (Fry, 2025 ; Raymo et Park, 2020). Il est souvent avancé que l'augmentation du niveau d'éducation et d'indépendance économique des femmes favorise le célibat tant chez les hommes ayant un faible niveau d'éducation que chez les femmes

ayant un haut niveau d'instruction, et certains éléments semblent corroborer cette hypothèse (Raymo et Park, 2020 ; Raymo et Iwasawa, 2005).

Il importe toutefois de ne pas considérer l'éducation et l'épanouissement des femmes comme des freins à la fécondité. En réalité, les inégalités persistantes entre les genres contribuent probablement de manière significative aux tendances négatives observées au niveau des relations de couple chez les hommes moins éduqués et disposant de faibles revenus.

Les données probantes recueillies dans différents pays européens montrent que le ralentissement des progrès en matière d'égalité entre les genres a des répercussions négatives sur la formation des couples (Bellani *et al.*, 2017). Cette étude contredit également les idées reçues sur le prétendu « marché du mariage », qui veut que les hommes aux revenus modestes soient moins attractifs à mesure que les femmes acquièrent un niveau d'éducation et des revenus plus élevés.

Éducation et fécondité

Les études réalisées en Afrique subsaharienne mettent en évidence la corrélation entre le niveau d'éducation des femmes et le report ou la baisse de la fécondité (Institut Max Planck de recherche démographique [MPIDR], 2024), en particulier dans les sociétés qui ne disposent pas de systèmes solides leur permettant de trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale (Channon et Harper, 2019). Bien que cette interaction puisse varier d'un contexte à l'autre, il apparaît clairement que les femmes qui poursuivent des études supérieures et aspirent à une carrière professionnelle doivent concilier ces objectifs avec leurs intentions en matière de procréation. Les données recueillies dans les contextes caractérisés par une faible fécondité mettent en évidence un paradoxe intéressant : si les femmes disposant d'un haut niveau d'instruction souhaitent souvent avoir plus d'enfants que les autres femmes, elles ont toutefois plus de difficultés à réaliser leur projet parental. En effet, non seulement elles procréent à un âge plus avancé, mais leur projet de carrière les conduit généralement à avoir moins d'enfants, même si elles avaient initialement prévu d'avoir une famille nombreuse (Beaujouan et Berghammer, 2019 ; Testa et Stephany, 2017).

Le rapport sur *l'État de la population mondiale 2023* souligne ce constat, et suggère que l'écart entre la fécondité souhaitée et la fécondité effective pourrait être influencé par des politiques inadéquates qui échouent à soutenir les femmes qui assument à la fois un rôle professionnel et parental. Il est d'autant plus pressant de se pencher sur cette question que certaines personnes invoquent l'augmentation du niveau d'instruction pour expliquer la faible fécondité (Greene et Burke, 2024). L'éducation reste un levier essentiel pour permettre à chaque personne de parvenir à la sécurité économique, de s'épanouir professionnellement et d'améliorer son statut social. Le milieu du travail et l'enseignement supérieur doivent désormais s'adapter à l'augmentation du nombre de femmes hautement qualifiées et de parents sur le marché du travail.

Au Nigéria, les prestataires de services de planification familiale au secours des intentions procréatives des couples

Au Nigéria, plus d'une personne sur 10, hommes et femmes confondus, a plus d'enfants qu'elle l'aurait souhaité, selon l'enquête menée par YouGov et l'UNFPA. La plupart des répondants attribuent cette situation à la pression sociale ou au manque d'accès aux services de santé procréative, et en particulier de planification familiale.

Dans ce pays comme ailleurs dans le monde, la planification familiale est souvent indisponible ou inaccessible pour les personnes en situation de pauvreté. Toutefois, dans certaines des communautés les plus pauvres d'Abuja, des prestataires de services se mobilisent pour aider les femmes à se procurer les moyens de contraception de leur choix et à exercer leur droit à avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent, au moment où elles le souhaitent.

« J'ai trois enfants », témoigne Hawa. Après la naissance de son deuxième enfant, Hawa a utilisé des contraceptifs oraux, mais à la suite de quelques oublis, elle est tombée enceinte une troisième fois. « Au départ, mon mari en voulait deux. Nous avons atteint notre limite. » Elle confie utiliser désormais un contraceptif injectable à longue durée d'action, qu'elle se procure auprès du centre de planification familiale du Kuje General Hospital, près de chez elle.

Talatu Yakubu, prestataire de soins de santé au Kuje General Hospital, affirme que les services de planification familiale se multiplient, non seulement à Abuja, mais également dans le reste du pays. « Chaque communauté dispose d'un centre de santé ou d'un dispensaire doté d'agents formés à la planification familiale », explique-t-elle. « Ainsi, aucune communauté n'est laissée pour compte. »

Cependant, elle reconnaît que si les femmes sont de plus en plus nombreuses à recourir à la planification familiale, il en reste encore beaucoup qui aimeraient éviter ou retarder une grossesse, mais n'utilisent pas de contraceptifs modernes, soit parce qu'elles ne savent pas très bien comment les utiliser de façon sûre, soit parce que leur mari ou partenaire le leur interdit. Au Nigéria, environ 16 % des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent actuellement une méthode moderne de contraception, alors que la moyenne mondiale s'établit à 44 % (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025).

« Les idées fausses sont très répandues », déplore Mme Yakubu. Certaines femmes croient par exemple que les contraceptifs injectables qui agissent pendant trois mois entraînent une infertilité permanente. D'autres pensent qu'elles ne sont pas censées

recourir à la planification familiale avant d'avoir trois ou quatre enfants.

Mme Yakubu estime que les hommes doivent être parties prenantes des solutions. « Il est temps qu'ils accompagnent leur épouse en consultation. » Et s'ils enseignent à d'autres hommes ce qu'ils ont appris, cela permettra de davantage faire connaître le fonctionnement de la planification familiale. « L'information, c'est le pouvoir, et les connaissances dans ce domaine peuvent être appliquées rapidement. »

Au Nigéria, les femmes ont cinq enfants en moyenne. Pourtant, selon l'enquête YouGov, la majorité des répondants considère que la famille idéale se limite à deux enfants. Les agents de santé devraient davantage promouvoir la planification familiale dans les communautés et les centres religieux, selon Mme Yakubu. « Certaines organisations confessionnelles vous diront que c'est mal. Il faut intensifier le plaidoyer auprès d'elles afin que ces pratiques soient acceptées. »

© Adewole Ajao



Elle constate plutôt que l'égalité des genres est associée à des *niveaux de célibat plus faibles* chez les hommes ayant de faibles revenus, probablement parce que «les sociétés accordent davantage d'importance à d'autres caractéristiques que la capacité de subvenir aux besoins du ménage chez les partenaires potentiels» (Bellani *et al.*, 2017). En d'autres termes, lorsque les hommes ne sont pas uniquement jugés à l'aune de leur contribution économique et que les femmes ne sont pas réduites à leur rôle de mère et d'épouse, des relations peuvent se nouer et perdurer, portées par d'autres qualités et d'autres intérêts. «Il semblerait que les femmes aient davantage tendance à juger les hommes en fonction de leur adhésion au principe d'égalité des genres», affirment les chercheurs.

Autrement dit, les taux de célibat continu sont plus élevés dans les contextes où les femmes gagnent en autonomie sans pour autant parvenir à une égalité complète. En effet, dans de tels contextes, les femmes et les filles n'ont plus besoin de se marier et d'avoir des enfants pour assurer leur survie économique (cela reste toutefois le cas dans de nombreux contextes fragiles et situations de conflit [Madsen et Finlay, n. d.]).

La diminution du nombre de couples dans certains contextes peut également s'expliquer, selon certaines études, par le fait que les attentes liées au genre évoluent plus rapidement chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes. L'enquête internationale sur les hommes et l'égalité des sexes s'est intéressée aux attitudes des jeunes hommes et des jeunes femmes à l'égard du pouvoir, des rôles dévolus à chaque genre et de la tolérance à l'égard de la violence basée sur le genre, en leur demandant s'ils étaient d'accord avec les affirmations suivantes : «l'homme doit avoir le dernier mot sur les décisions prises dans son foyer», «le rôle le plus important de la femme est de s'occuper de la maison et de faire la cuisine pour la famille» et «une femme doit tolérer la violence pour maintenir la cohésion familiale». Les jeunes femmes ont systématiquement exprimé des opinions nettement plus favorables à l'égalité des genres que les femmes plus âgées, rejetant les dynamiques de

Le ralentissement des progrès en matière d'égalité entre les genres a des répercussions négatives sur la formation des couples.

pouvoir fondées sur le genre, la répartition genrée des rôles au sein du foyer et la tolérance à l'égard de la violence, tandis que les jeunes hommes ont rarement été plus favorables à l'égalité des genres que leurs aînés (UNFPA et Equimundo, 2022).

De fait, la plus jeune cohorte d'hommes interrogés présentait des attitudes plus proches de celles des hommes les plus âgés, tandis que les jeunes trentenaires exprimaient des opinions légèrement plus égalitaires. Les auteurs de l'étude émettent l'hypothèse que les jeunes hommes sont exposés à des messages antiféministes et masculinistes, en particulier en ligne, et que nombre d'entre eux n'ont encore jamais eu de relation de couple et se forment donc des représentations abstraites, qui ne reposent sur aucune expérience réelle.

La monoparentalité étant encore stigmatisée dans de nombreuses régions du monde, toute baisse du nombre de couples est susceptible d'avoir un impact significatif sur les intentions en matière de procréation, ainsi que sur la capacité des individus à fonder une famille conforme à leurs aspirations. Selon l'enquête menée par YouGov et l'UNFPA, quelque 14 % des personnes qui souhaitaient avoir des enfants ont déclaré en avoir moins que prévu ou être susceptibles d'en avoir moins que prévu faute de partenaire ou de partenaire qui leur convienne.

Violence, coercition et aspirations en matière de fécondité

La violence basée sur le genre, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du foyer, influence considérablement les choix des femmes en matière de fécondité. Qu'elle soit perpétrée par des partenaires intimes, des membres de la famille, des agents de santé ou les institutions étatiques elles-mêmes, la violence basée sur le genre – et plus particulièrement la violence procréative – affecte la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur fécondité.

Des études indiquent que la violence exercée par un partenaire intime est associée à des taux plus élevés de grossesses non désirées et à un moindre recours à la contraception (Han *et al.*, 2024 ; Castro Lopes *et al.*, 2022). Les femmes qui subissent des violences, qu'elles soient physiques, émotionnelles, sexuelles et/ou psychologiques, ont moins d'autonomie et de choix en matière de procréation (Aboagye *et al.*, 2024). Par exemple, certaines femmes peuvent se sentir contraintes de se conformer aux préférences de leur partenaire en matière de fécondité, qu'il s'agisse d'avoir plus ou moins d'enfants, par crainte de violences. Les partenaires et les membres de la famille violents recourent souvent à la coercition reproductive pour affirmer leur pouvoir et exercer un contrôle sur les femmes et les filles. Ils utilisent à cet effet des tactiques violentes qui visent à restreindre leur autonomie procréative et leur libre arbitre en matière de fécondité, notamment concernant la maternité, le recours à la contraception ou l'avortement. Par ailleurs, les relations violentes génèrent souvent une instabilité qui complique encore davantage les décisions en matière de fécondité et restreint l'autonomie des femmes concernant leurs choix en matière de procréation.

La violence basée sur le genre peut également décourager la formation de couples et, partant, faire obstacle à la réalisation des projets de procréation.

Par exemple, la violence basée sur le genre facilitée par la technologie, à l'instar du harcèlement en ligne, du cyberharcèlement ou encore de la diffusion non consentie de photos intimes, peut dissuader les femmes de fréquenter les espaces virtuels (UNFPA, 2025c), où s'organisent pourtant souvent les réseaux de soutien social et où se forment de plus en plus de couples (Hogan *et al.*, 2011). De nombreuses femmes déclarent avoir été confrontées à du harcèlement et à des menaces de violence sur les plateformes de rencontres en ligne (Anderson *et al.*, 2020).

Comme indiqué dans d'autres parties du présent rapport, les États peuvent exercer et exercent effectivement des violences qui ont une incidence directe sur les intentions des femmes en matière de fécondité. Ces violences comprennent, entre autres, la stérilisation forcée, l'avortement forcé ou la criminalisation des services liés à l'avortement. Cependant, les normes sociales coercitives influencent et façonnent également les aspirations en matière de fécondité et restreignent le libre arbitre en matière de procréation. Ainsi, les normes relatives à la maternité, les rôles dévolus aux hommes et aux femmes et la valeur accordée aux enfants dans la société peuvent être renforcés de manière coercitive, par exemple lorsque les parents ou les membres plus âgés de la communauté définissent les comportements attendus des jeunes et des couples. Dans certains pays, les politiques en matière de fécondité sont influencées par des considérations culturelles et religieuses. Dans de nombreuses sociétés d'Afrique subsaharienne, les femmes subissent parfois des pressions familiales et sociales qui les poussent à concevoir de nombreux enfants pour prouver leur valeur. En effet, les normes collectives relatives au genre et à la fécondité ont une incidence considérable sur le recours à la contraception (Riese *et al.*, 2023). En Inde et dans d'autres pays, la préférence pour les garçons a donné lieu à l'exercice de pressions pour que les femmes continuent à procréer jusqu'à ce qu'elles accouchent d'un garçon (Watts, 2024).

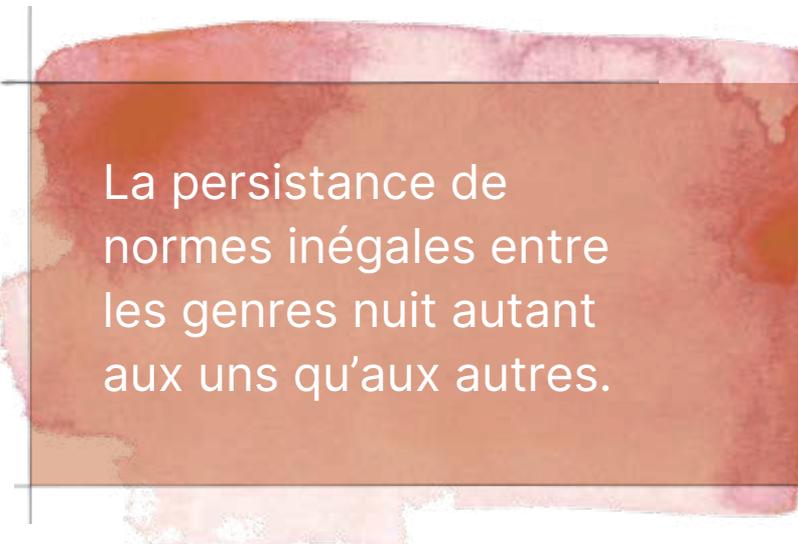
D'après l'enquête menée par YouGov et l'UNFPA, les pressions sociales, notamment les attentes communautaires, religieuses ou sociales et, dans une moindre mesure, celles des médecins et professionnels de santé, ont été citées par 11 % des répondants comme la raison pour laquelle ils prévoyaient d'avoir ou avaient eu plus d'enfants qu'ils ne le souhaitaient. Dans certains pays, ces pressions étaient beaucoup plus marquées : au Maroc, en Inde et au Nigéria, respectivement 20 %, 22 % et 35 % des répondants ont déclaré que ces pressions étaient susceptibles de les amener à aller au-delà de leurs objectifs en matière de fécondité, ou les avaient déjà amenés à le faire. Il a également été établi que la pression exercée par les agents de santé avait une incidence sur la non-réalisation des objectifs en matière de fécondité, 5 % des répondants déclarant que cela les avait conduits ou était susceptible de les conduire à avoir un nombre d'enfants inférieur à celui souhaité. Ce phénomène était particulièrement marqué en Inde, où 14 % des répondants ont déclaré que la pression exercée par les médecins ou les agents de santé les avait amenés ou les amènerait à avoir moins d'enfants qu'ils l'auraient souhaité.

Les groupes défavorisés et marginalisés, notamment les minorités ethniques, les populations démunies sur le plan économique, les personnes victimes de discrimination en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre et les personnes handicapées, sont plus exposés aux violences sexuelles et à la coercition reproductive. En outre, les personnes LGBTQIA+ et les personnes handicapées sont plus susceptibles d'être victimes de violences sexuelles et de voir leur accès à la contraception entravé, ainsi que d'être jugées et stigmatisées par les systèmes de santé. Cette situation contribue, par exemple, à la survenue de grossesses non désirées (UNFPA, 2022a) au sein de ces populations alors même qu'elles sont également exclues des technologies d'aide à la procréation et des systèmes d'adoption (He *et al.*, 2024 ; ILGA World Database, n. d.), limitant ainsi leur capacité à maîtriser leur fécondité.

La crise de la masculinité et le dividende de l'égalité des genres

À l'heure où les progrès en matière d'égalité des genres sont remis en cause dans de nombreux pays, le concept de masculinité est de plus en plus politisé et instrumentalisé. Cette tendance s'explique en partie par une incapacité systémique à associer les hommes et les garçons aux initiatives visant à instaurer l'égalité des genres. Pourtant, l'égalité des genres profite *tant* aux hommes *qu'aux* femmes, et la persistance de normes inégales entre les genres nuit autant aux uns qu'aux autres. Comme le souligne une étude sur l'adolescence menée dans 15 pays répartis sur cinq continents, « les garçons ne sont pas épargnés » par les stéréotypes de genre dominants (Blum *et al.*, 2017).

Les pays de l'OCDE constatent ainsi depuis des décennies un écart de réussite entre les garçons et les filles à presque tous les niveaux de la scolarité (Cappon, 2011). Les étudiants inscrits à l'université comptent désormais davantage de femmes que d'hommes dans 75 % des pays à revenu intermédiaire et 95 % des pays à revenu élevé, et les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à obtenir un diplôme universitaire (Welmond et Gregory, 2021). Cependant, tous



La persistance de normes inégales entre les genres nuit autant aux uns qu'aux autres.

les garçons ne sont pas concernés par cette disparité ; elle touche généralement ceux qui cumulent une ou plusieurs formes de désavantage, telles que la pauvreté, la discrimination fondée sur l'origine ethnique ou d'autres formes de marginalisation. Pour quelles raisons ? Les chercheurs de la Banque mondiale ont notamment établi que les normes sociales minorent l'importance de l'éducation pour les hommes et les garçons issus de milieux défavorisés, et que les emplois qui ne nécessitent pas de formation particulière sont plus accessibles aux hommes et aux garçons qu'aux femmes et aux filles (Welmond et Gregory, 2021).

Les normes de genre traditionnelles découragent également les hommes d'adopter des comportements de recours aux soins, un phénomène observable dans un large éventail de domaines de la santé, tels que la santé sexuelle et procréative ou la santé mentale. Ces conclusions sont corroborées par des études menées dans différentes régions et aires culturelles (Chitando, 2024 ; Narasimhan *et al.*, 2021 ; Gough et Novikova, 2020 ; Leichter *et al.*, 2011). À l'échelle mondiale, les hommes et les garçons sont 2,3 fois plus susceptibles de se suicider que les femmes et les filles (OMS, 2021), quatre fois plus susceptibles d'être victimes d'un homicide (ONU DC [UNODC], 2019), et neuf fois plus susceptibles de commettre un homicide (ONU DC, 2019). En réalisant l'égalité des genres pour toutes et tous, il serait possible d'éliminer les normes qui considèrent la violence et le fait de négliger sa santé comme des qualités masculines. Cela permettrait de remédier aux inégalités entre les genres sur le marché du travail, au sein des systèmes éducatifs, dans la division du travail et dans les modes d'expression de soi, en favorisant l'épanouissement de la population dans son ensemble, plutôt qu'en laissant pour compte des pans entiers de la société.

En effet, l'Organisation mondiale de la Santé a constaté que le fait de vivre dans un pays plus égalitaire améliore la santé des hommes, réduit de moitié leur risque de développer une dépression,

diminue leur probabilité de se suicider et réduit de 40 % leur risque de connaître une mort violente (OMS, 2018). Ces avancées sont généralement désignées par l'expression « dividendes de l'égalité des genres ». Les hommes tirent des avantages considérables de cette situation, notamment des relations de couple et des conditions de travail équitables qui leur permettent de profiter pleinement de leur rôle de parent. Selon les chercheurs, ces dividendes pourraient également contribuer à augmenter la fécondité dans les pays à faible fécondité et à revenu élevé (Anderson et Kohler, 2015).

Malheureusement, de nombreuses communautés s'engagent dans la direction opposée : les comportements misogynes et agressifs, tant sur Internet que dans le monde réel, incitent de nombreux jeunes hommes défavorisés à considérer l'égalité des genres comme une avancée pour les femmes au détriment des hommes (ONU Femmes, 2025a). En outre, les politiques sont souvent influencées, sciemment ou non, par les normes sociales. Par conséquent, les dispositions les plus bienveillantes, telles que des congés de maternité généreux, peuvent produire des inégalités considérables si elles ne tiennent pas compte des normes et des pratiques culturelles en vigueur au sein des communautés.

Les réglementations ne permettront probablement pas à elles seules de réaliser les aspirations des populations en matière de fécondité. Il convient donc de les assortir de mesures visant à promouvoir les valeurs et les normes définies par la communauté internationale comme des objectifs mondiaux, à savoir l'égalité des genres, l'élimination de toutes les formes de discrimination, ainsi que le respect de la dignité et des droits de toutes et tous. Ces ambitions ne sauraient être satisfaites par le retour à un passé largement idéalisé dans lequel les hommes subvenaient aux besoins de leur famille et les femmes se consacraient à l'éducation des enfants. La seule option raisonnable consiste à aller de l'avant.

Stigmatisation et traitement de l'infertilité en Afrique subsaharienne

D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, les pays d'Afrique subsaharienne accusent les taux de prévalence de période de l'infertilité les plus élevés au monde (OMS, 2023). Paradoxalement, l'Afrique subsaharienne a également été identifiée comme la région présentant le taux de fécondité le plus élevé (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024). Cependant, la concomitance de taux élevés de fécondité et d'infertilité ne devrait guère être surprenante, d'autant plus qu'elle peut s'expliquer par une même cause, à savoir un accès limité aux services et produits de santé sexuelle et procréative. En Afrique, le recours à la contraception, de l'ordre de 25,4%, est inférieur à la moyenne mondiale (65%) car les contraceptifs sont généralement considérés, à tort, comme un facteur d'infertilité (Sedlander *et al.*, 2021 ; Sedlander *et al.*, 2018). Par ailleurs, des données recueillies depuis de nombreuses années indiquent que cette infertilité résulte principalement d'infections des voies génitales, tant chez les hommes que chez les femmes (OMS, 1987).

C'est pourquoi les professionnels de la santé procréative en Afrique ont souligné à maintes reprises que la tendance des législateurs à concentrer les politiques et législateurs sur le seul contrôle de la fécondité sans s'attaquer au problème de l'infertilité, pourtant tout aussi important, était très préoccupante. En outre, les experts signalent que les approches axées sur la prévention des infections (infections sexuellement transmissibles, infections puerpérales, infections post-avortement, etc.) seraient plus efficaces à grande échelle pour réduire la prévalence de l'infertilité. De fait, l'infertilité est le principal motif de consultation gynécologique dans de nombreux pays africains. Pourtant, l'approche préventive primaire, qui s'attaque aux causes profondes, a été largement négligée lors de l'élaboration des politiques et des programmes de lutte contre l'infertilité dans de nombreux pays du continent. Au lieu de cela, la plupart des programmes visant à lutter contre l'infertilité en Afrique privilégient les traitements secondaires

faisant appel à des techniques de procréation assistée conventionnelles et coûteuses, telles que la fécondation *in vitro* et le transfert d'embryons (Okonofua, 2003). Les systèmes de santé africains, bien souvent inadéquats, ne disposent que de moyens limités pour traiter l'infertilité, si bien que seul un nombre très limité de couples infertiles (moins de 2%) peuvent bénéficier d'un traitement efficace. Cette situation est considérée comme une atteinte aux droits fondamentaux et à l'équité sociale, car les couples infertiles sont principalement issus de milieux défavorisés et n'ont pas les moyens nécessaires pour bénéficier de traitements coûteux (Okonofua, 1996).

En conséquence, la plupart des couples infertiles du continent reportent leur traitement (Dierickx *et al.*, 2019). Dès lors, de nombreux couples restent infertiles au terme de leur vie reproductive. Les conséquences sociales de l'infertilité constituent également un défi majeur en Afrique subsaharienne, qui a été largement ignoré jusqu'à présent. Les données probantes disponibles montrent que les femmes infertiles (et, dans une moindre mesure, les hommes infertiles) font l'objet d'une stigmatisation et de représailles considérables à cause de leur infertilité. Bien que l'infertilité concerne à peu près autant les hommes que les femmes, ce sont ces dernières qui supportent le plus lourd fardeau lorsqu'elle entraîne un divorce, des violences basées sur le genre, une séparation ou une exclusion sociale (Dimka et Dein, 2013 ; Okonofua *et al.*, 1997).

Compte tenu de ce qui précède, l'adoption d'approches qui accordent une importance égale à la prévention et à la gestion de la fécondité et de l'infertilité en Afrique subsaharienne sera plus efficace pour répondre aux besoins de la population que l'approche actuelle, qui met l'accent sur la prévention des grossesses non désirées et le traitement secondaire de l'infertilité.

Texte rédigé avec le concours du Dr Friday Okonofua, professeur émérite d'obstétrique, de gynécologie et de santé reproductive à l'université de Benin, à Benin City au Nigéria.

Faire confiance aux femmes : mesurer les enjeux essentiels de la planification familiale

Plusieurs indicateurs ont longtemps prévalu au niveau mondial dans le domaine de la planification familiale : le taux de recours à des méthodes de contraception modernes, qui indique le nombre de femmes utilisant une méthode de contraception moderne ; les besoins non satisfaits en matière de contraception, un indicateur qui identifie les femmes ne recourant pas à la contraception mais en ayant besoin ; et les besoins satisfaits, une variable qui combine les deux mesures précédentes pour exprimer le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits et recourant à la contraception. Ces indicateurs sont largement utilisés par les gouvernements, les bailleurs de fonds et les organisations internationales du secteur de la santé pour mesurer les progrès accomplis et fixer des objectifs. Malheureusement, ces indicateurs ne reflètent pas réellement les aspirations et les besoins des femmes.

Ainsi, le taux de recours à des méthodes de contraception modernes se concentre davantage sur l'utilisation que sur l'autonomie. Il ne nous apprend donc rien sur les *intentions* des femmes en matière de contraception, sur la diversité des méthodes disponibles ou sur la possibilité d'accéder à leur méthode préférée. L'indicateur relatif aux besoins non satisfaits, quant à lui, n'interroge pas les femmes sur leurs intentions en matière de contraception, mais déduit leurs besoins à l'aide d'un algorithme complexe intégrant des facteurs tels que la situation matrimoniale, le désir d'avoir d'autres enfants et la fertilité. Enfin, l'indicateur relatif à la demande satisfaite présuppose l'identité des personnes qui doivent recourir à la contraception, et néglige de recueillir directement l'avis des femmes sur leurs choix en matière de contraception.

Ces indicateurs se livrent en fin de compte à des spéculations sur les dynamiques qui régissent des comportements procréatifs profondément intimes. Ce faisant, ils risquent de donner une image erronée des besoins des femmes, de surestimer la demande, voire même d'encourager l'utilisation de mesures coercitives au nom de la « réalisation des objectifs ».

Une idée si simple et pourtant si sensée : demander leur avis aux femmes

Un nombre croissant de travaux de recherche suggèrent l'existence d'une approche plus pertinente (Holt, 2023 ; Sarnak *et al.*, 2023 ; Rothschild *et al.*, 2023 ; Senderowicz, 2020), qui suppose, en premier lieu, de poser une simple question aux femmes : avez-vous l'intention de recourir à la contraception dans un avenir proche ?

Plutôt que de concentrer les efforts sur le seul accroissement du taux de recours à des méthodes de contraception modernes ou sur la simple satisfaction de la demande, il serait plus judicieux de répondre aux besoins des femmes en s'alignant sur leurs intentions affichées et en les aidant à les réaliser. Afin d'optimiser leur impact et de respecter l'autonomie des femmes, les programmes de planification familiale peuvent accorder la priorité aux femmes qui expriment clairement leur intention de recourir à la contraception. En canalisant les ressources vers les femmes qui sont prêtes et disposées à utiliser des moyens de contraception, les programmes gagnent en efficacité, répondent mieux à la demande et évitent de disperser leurs efforts auprès de femmes qui n'ont, pour l'heure, aucune intention d'y recourir.

Les analyses menées récemment par l'Institut de modélisation des maladies de la Fondation Bill et Melinda Gates (Lin *et al.*, 2024) à partir des données recueillies auprès de plus de 38 000 femmes dans dix pays à revenu faible ou intermédiaire montrent que l'intention affichée par une femme de recourir à la contraception dans un délai de douze mois (l'« intention d'utilisation ») permet de mieux appréhender le profil des femmes qui souhaitent recourir à la contraception et d'améliorer leur accompagnement par les programmes. Il s'agit également d'un moyen efficace de mesurer la capacité des femmes à concrétiser leurs intentions au fil du temps. L'intention d'utilisation permet aux femmes de s'exprimer avec leurs propres mots, selon leur propre rythme. Les recherches de l'Institut de modélisation des maladies ont livré plusieurs conclusions qui bousculent nos raisonnements habituels :

- **L'intention annonce l'action** : les femmes qui avaient l'intention de recourir à la contraception dans un délai d'un an étaient plus susceptibles de commencer à le faire que les femmes identifiées comme ayant un besoin non satisfait.
- **Les besoins non satisfaits ne permettent pas de catégoriser correctement les femmes** : environ 25% des participantes n'ont pas été rattachées à la catégorie correspondant à leurs intentions réelles. Certaines ont été identifiées comme ayant des besoins non satisfaits alors qu'elles n'avaient pas l'intention de recourir à la contraception, tandis que d'autres ont été écartées en dépit de leur volonté d'utiliser une méthode de contraception dans un avenir proche. Puisque les besoins non satisfaits sont utilisés pour calculer la demande satisfaite, le nombre de femmes qui souhaitent recourir à la contraception mais qui ne le font pas est également surestimé.
- **Les besoins des femmes en matière de contraception sont dynamiques** : près de 60% des femmes ont modifié leur comportement ou leurs intentions au cours de la période de suivi. Ces changements s'expliquent par l'évolution des désirs, des normes culturelles et sociales, des obstacles à l'accès et des besoins perçus.
- **Les obstacles à l'utilisation ne sont pas déterminés par des facteurs démographiques** : les femmes qui avaient l'intention de recourir à la contraception dans un délai d'un an mais qui ne l'ont pas fait (« utilisatrices potentielles ») ne différaient pas fondamentalement de celles qui y ont effectivement recouru (« utilisatrices effectives »). Ces résultats mettent en évidence les limites associées à l'utilisation de données démographiques pour classer les femmes, comme le font certains indicateurs, à l'instar de celui relatif aux besoins non satisfaits.

Mesurer et interpréter

Afin de mettre en place des programmes de planification familiale qui promeuvent les droits, soutiennent l'autonomie et favorisent l'accès aux services, il convient en premier lieu de consulter les femmes pour connaître leurs aspirations et de donner du crédit à leurs réponses. Les indicateurs axés sur l'intention, tels que l'intention d'utilisation, fournissent des informations plus précises et plus pertinentes.

Ces indicateurs doivent s'accompagner de questions visant à comprendre pourquoi les femmes qui souhaitent recourir à la contraception ne le font pas et à identifier les obstacles qui les empêchent d'accéder à la méthode de leur choix, de sorte que les programmes puissent remédier aux véritables problèmes des femmes et ajuster leur approche en fonction de leurs expériences.

Intégrer l'intention d'utilisation dans les systèmes de suivi nationaux et mondiaux permettrait de redéfinir les critères de réussite des programmes. Ainsi, le succès ne serait plus mesuré à l'aune du nombre de contraceptifs utilisés, mais en fonction de la capacité des femmes à atteindre leurs objectifs en matière de contraception et de fécondité. Cela éviterait de surestimer ou de sous-estimer le succès d'un programme sur la base des seules statistiques d'utilisation. En outre, reconnaître les obstacles concrets identifiés par les femmes et la variabilité des besoins en matière de procréation permettrait de concevoir des programmes à même d'accompagner les femmes dans leurs choix, selon leurs préférences.

Nous avons l'opportunité, alors que nous définissons les futurs objectifs de développement mondiaux, de moderniser les modalités d'évaluation des progrès réalisés en matière de planification familiale. S'ils sont utiles, les indicateurs habituels tels que le taux de recours à des méthodes de contraception modernes et les besoins non satisfaits ne sont pas exempts de limites. Une approche plus nuancée, centrée sur les femmes – fondée sur des principes tels que l'autonomie, l'intention et l'accès – constituerait une modalité plus efficace et plus équitable. Un tel changement requiert d'interroger directement les femmes sur leurs intentions, de respecter leurs préférences et d'accorder la même attention à celles qui répondent par l'affirmative qu'à celles qui préfèrent ajourner leur décision.

Texte rédigé avec le concours de Michelle O'Brien, Ying-Yi Lin, Marita Zimmerman et Elisabeth Root, de l'Institut de modélisation des maladies de la Fondation Bill et Melinda Gates



A horizontal watercolor brushstroke in shades of green and yellow, with a soft, painterly texture. The colors transition from a light green on the left to a darker green in the middle, and then to a pale yellow on the right.

CHAPITRE 4

Les leçons de l'histoire... et des lueurs d'espoir

Les preuves sont irréfutables : après avoir connu une période d'expansion démographique rapide au milieu du XX^e siècle, nous entrons à présent dans une période de déclin des taux de fécondité. Nous vivons dans un monde marqué par une grande diversité démographique. Pourtant, comme par le passé, les discours et les argumentaires prennent un ton catastrophiste, le déclin des taux de natalité alimentant les craintes d'un effondrement économique et d'un « suicide démographique » (Pritchett et Viarengo, 2013). Parallèlement, de nombreux pays restent préoccupés par une « croissance démographique incontrôlée », principalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où les taux de fécondité restent relativement élevés (Modebadze, 2021). Ces craintes sont trop souvent présentées sous un angle

Dans *tous* les pays et *toutes* les régions et indépendamment du taux global de fécondité, [il existe] une prévalence importante des grossesses non désirées et des projets de procréation non réalisés.

accusateur jetant le blâme sur les populations les plus pauvres et les plus marginalisées (UNFPA, 2023).

Force est de constater que ces préoccupations, qui justifient sans doute l'apport de solutions politiques, sont ancrées dans des conceptions dépassées concernant le profil des personnes jugées aptes à procréer et les fondements de ces choix, ainsi que dans la certitude que la sécurité économique et politique d'un pays est inextricablement liée à son taux de natalité. Cependant, diviser le monde en zones à forte ou faible fécondité donne lieu à des approches dichotomiques qui négligent l'existence, dans *tous* les pays et *toutes* les régions et indépendamment du taux global de fécondité, d'une prévalence importante des grossesses non désirées *et* des projets de procréation non réalisés. Comme souligné tout au long de ce rapport, une véritable crise se dessine : celle des conditions, des environnements et des choix politiques qui, partout, entravent la capacité des individus et des couples à réaliser leurs projets familiaux, quels qu'ils soient.

Faute de politiques holistiques et inclusives couvrant l'ensemble des besoins de la population, les décideurs risquent de donner l'impression, à tort ou à raison, qu'ils privilégient les objectifs de l'État en matière de fécondité plutôt que ceux des citoyens.

Le présent chapitre résume nombre des conclusions et recommandations formulées au chapitre 1 sur les résultats de l'enquête menée par l'UNFPA et YouGov, au chapitre 2 sur les obstacles politiques et les solutions en matière de liberté procréative et au chapitre 3 sur les normes sociales et de genre susceptibles de favoriser des familles et des vies plus saines et plus heureuses. Enfin, ce chapitre examine attentivement l'enjeu complexe mais crucial du libre arbitre en matière de procréation et la manière dont les décideurs politiques, la société civile et l'ensemble des citoyens peuvent le mesurer, l'évaluer, le préserver et le promouvoir.

Dissonance démographique : quand les perceptions se heurtent à la réalité

Les tendances démographiques, qu'elles soient haussières ou baissières, sont généralement décrites en des termes catastrophistes, qui s'alarment souvent de la faible natalité au sein d'un groupe national ou ethnique donné, tout en s'inquiétant de la fécondité élevée des autres groupes. Il y a plus de cinquante ans, des auteurs influents mettaient déjà en garde contre l'explosion imminente d'une « bombe démographique » dans les pays en développement (Ehrlich et Ehrlich, 1968). Cette crainte a conduit les gouvernements à prendre des mesures visant à réduire le taux global de fécondité, mesures qui ont parfois donné lieu à des violations des droits fondamentaux, notamment par la mise en place de campagnes de stérilisation forcée et de programmes de planification familiale ciblant les populations vulnérables et marginalisées (UNFPA, 2023). En fin de compte, la « bombe démographique » n'a pas explosé et, au cours des décennies qui ont suivi, tous les pays, même ceux qui affichaient les taux globaux de fécondité les plus élevés et disposaient des ressources les plus limitées, ont enregistré des progrès en matière de santé, de nutrition et de survie (Lam, 2023 ; Lam, 2011). Malheureusement, les craintes d'un surpeuplement imminent subsistent, ravivées par de nouvelles prophéties tout aussi pessimistes, selon lesquelles le déclin des taux de fécondité entraînerait « l'extinction massive de nations entières » (Musk, 2024).

Lorsque la population mondiale a franchi le cap des 8 milliards d'individus, certains médias ont clamé que le monde sombrerait dans la surpopulation, *alors même* que d'autres prédisaient l'effondrement de certains pays sous le poids de la dépopulation. Le rapport sur *l'État de la population mondiale 2023* s'est penché sur la perplexité que ce jalon a suscitée chez les décideurs, les universitaires et le grand public. Des enquêtes menées dans huit pays ont révélé que la plupart des citoyens ordinaires estimaient que la population mondiale était trop importante. En outre, dans six de ces pays, l'opinion la plus répandue au sein du grand public était que le taux de fécondité mondial était trop élevé. Et pourtant, dans la moitié des pays visés par ces enquêtes, les répondants estimaient que les effectifs de la population et le taux de fécondité étaient trop faibles ou tout juste suffisants *dans leur pays*. Il convient de noter que les hommes étaient plus enclins que les femmes à considérer les taux de fécondité comme des problèmes à résoudre (UNFPA, 2023). L'enquête sur la population et le développement menée auprès des gouvernements – une étude conduite par l'Organisation des Nations Unies sur les politiques gouvernementales – révèle que les États partagent des préoccupations similaires concernant les taux de fécondité. En comparant les réponses recueillies dans le cadre des enquêtes menées par les Nations Unies entre 1976 et 2015, il apparaît que le nombre de pays adoptant des politiques en matière de fécondité visant expressément à augmenter, réduire ou maintenir les taux de fécondité a considérablement augmenté. En revanche, les pays qui *ne* manifestaient aucune intention d'influencer les taux de fécondité de leur population affichaient, en moyenne, des niveaux plus élevés de démocratie, de liberté individuelle et de développement humain.

Le rapport de 2023 a également établi, sur la base des informations fournies par les pays lors de l'enquête de 2021, que les adolescents se heurtaient à des contraintes de plus en plus lourdes pour accéder à la contraception, et que les pays concernés avaient également tendance à restreindre l'accès aux soins de maternité et à entraver leur fourniture. D'une manière générale, l'analyse suggère que l'anxiété démographique nourrit une propension à considérer les taux de fécondité comme des outils permettant de « corriger » les tendances démographiques, alors même que ces efforts sont souvent vains et, à bien des égards, corrélés à une régression des droits, des libertés et de la santé des femmes comme des hommes.



Illustration de Stina Persson

Des mesures plus judicieuses en matière de fécondité

Le chapitre 1 a montré que, trop souvent, les gouvernements mesurent le succès ou l'échec de leurs politiques en fonction de l'augmentation, de la diminution ou de la stabilité des taux de fécondité. Des slogans ou des accroches tels que « Un, c'est bien » (Kumar, 2001) ou « Favoriser le réarmement démographique » (France24, 2024) témoignent clairement de la volonté affichée des dirigeants d'influencer la fécondité de leur population. Quels que soient leurs objectifs en matière de taux de fécondité, les décideurs se fondent souvent sur le taux global de fécondité dit « de renouvellement », qui s'élève à 2,1 enfants par femme. Cependant, cette pratique soulève de nombreux problèmes.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle un taux de fécondité de 2,1 enfants par femme se traduira par une stabilité démographique – un choix déjà discutable en soi – suppose implicitement un scénario de migration nulle (absence d'immigration ou d'émigration), une faible mortalité infantile et un équilibre normal du ratio garçons-filles à la naissance. Or, rares sont les pays, si tant est qu'il y en ait, qui remplissent toutes ces conditions. De fait, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la France, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la Suède affichent depuis longtemps des taux de fécondité inférieurs à 2,1 enfants par femme, et pourtant leur population devrait continuer à croître après 2054 grâce à l'immigration (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025a).

Même lorsqu'il n'est pas question d'atteindre un taux de fécondité de 2,1 enfants par femme, le taux global de fécondité se révèle bien souvent être un outil peu fiable pour apprécier le nombre d'enfants qu'une femme aura au cours de sa vie. (Pour cela, il suffit d'examiner le nombre total de naissances vivantes d'une femme à la fin de sa vie reproductive.) Malheureusement, les décideurs s'intéressent souvent davantage aux effets à court terme, voire

uniquement à ceux qu'ils pourront exploiter en vue des prochaines élections, plutôt que d'adopter une vision à long terme fondée sur des données tangibles. Selon diverses études, bien souvent, les femmes choisissent un autre moment pour donner naissance, mais ne changent pas d'avis quant au nombre total d'enfants qu'elles auront au cours de leur vie (Lutz *et al.*, 2024).

Malgré tout, les décideurs ont absolument besoin de surveiller les tendances démographiques. En effet, il est essentiel de bien comprendre les changements démographiques pour prendre des décisions éclairées sur des questions aussi diverses que le financement des hôpitaux, le développement des infrastructures, la planification des retraites et le recrutement des enseignants. De fait, les changements démographiques ont des répercussions sur tous les secteurs, et les experts soulignent qu'« il n'existe, pour ainsi dire, aucun autre domaine des sciences sociales où l'on puisse faire des projections aussi fiables sur plusieurs décennies » (UNFPA, 2024).

Une solution serait d'examiner d'autres mesures macroéconomiques de la fécondité. Dès lors, le taux de fécondité total ajusté en fonction de l'effet tempo et de la parité, ainsi que la descendance finale pour une cohorte, peuvent constituer des mesures plus appropriées. En outre, des indicateurs tels que le « taux global de fécondité de renouvellement incluant les migrations actuelles » peuvent être conjugués aux données relatives à la mortalité et à la migration nette pour anticiper l'évolution démographique. Ainsi, cet indicateur, après avoir été appliqué à 22 pays affichant tous un taux de fécondité inférieur à 2,1 enfants par femme, prévoit une augmentation de la population dans plus de la moitié d'entre eux (Parr, 2020).

Par ailleurs, il importe que ces indicateurs soient complétés par des données microéconomiques nouvelles et émergentes sur les aspirations, les intentions et l'autonomisation des individus. À cette fin, il convient de collecter de manière

Il est essentiel de bien comprendre les changements démographiques pour prendre des décisions éclairées sur des questions aussi diverses que le financement des hôpitaux, le développement des infrastructures, la planification des retraites et le recrutement des enseignants.

plus systématique des données sur les aspirations en matière de fécondité, de mener des recherches complémentaires pour évaluer le degré de réalisation de ces aspirations et d'identifier les obstacles et les facteurs favorables à leur réalisation. Il sera également nécessaire de mieux comprendre la notion de libre arbitre en matière de procréation (voir page 112).

Enfin, et il s'agit probablement là de l'aspect le plus important, les objectifs en matière de fécondité sont en eux-mêmes peu judicieux et produisent souvent des effets préjudiciables inattendus. Les parties au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 sont convenues que « les objectifs des pouvoirs publics en matière de planification familiale devraient être exprimés en termes de besoins à satisfaire dans les domaines de l'information et des services », sans pour autant être « imposés au personnel des services de planification familiale sous forme de quotas ou de « clients » à recruter » (UNFPA, 2014). Si cet énoncé fait l'objet d'un consensus mondial depuis trois décennies, c'est parce qu'il met en garde contre les atrocités qui pourraient découler de la poursuite d'une faible fécondité. En effet, atteindre un tel objectif nécessiterait non seulement la mise en place de programmes de contrôle démographique

et de campagnes de stérilisations et d'avortements forcés, mais aussi l'imposition de pressions coercitives et de mesures stigmatisantes, aussi bien à l'encontre des hommes que des femmes.

Il convient à présent d'étendre cette réflexion aux objectifs gouvernementaux visant à augmenter les taux de natalité. Ces mesures ne doivent pas non plus être imposées sous forme de quotas ou de « clients » à recruter, mais plutôt être définies en fonction des intentions et des souhaits des couples et des personnes qui décident d'avoir des enfants. Les enfants sont-ils désirés ? Les accouchements se déroulent-ils dans de bonnes conditions ? Les parents sont-ils en mesure d'élever leur(s) enfant(s) en leur offrant la sécurité, les soins et le bien-être auxquels ils aspirent ? Afin de prévenir toute violation future, ces objectifs doivent être aussi inclusifs que possible. Ils doivent par conséquent faciliter la prévention des grossesses et la fondation de familles pour l'ensemble de la population, indépendamment de

l'origine ethnique, du statut migratoire, du genre ou de l'orientation sexuelle.

De meilleures politiques

Selon un récent rapport d'ONU-Femmes (ONU-Femmes, 2025a), le monde entre malheureusement dans une « ère marquée par l'avancée de la misogynie », où « près d'un quart des pays ont signalé que cette hostilité entravait la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing ». Ces tendances s'ajoutent aux craintes suscitées par la dépopulation. Ainsi, dans certains pays, le déclin de la natalité est ouvertement imputé à l'égalité des genres et au féminisme (Wilkins *et al.*, 2025).

Pourtant, l'enquête menée par YouGov et l'UNFPA (telle que présentée dans ce rapport), corroborée par d'autres études, montre que la plupart des gens souhaitent effectivement avoir des enfants (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2025a ; OCDE, 2016), en premier lieu parce que ceux-ci sont une source de joie et de satisfaction. Certaines personnes, quant à elles, ne souhaitent pas avoir d'enfants – un choix profondément personnel, tout à fait légitime et susceptible de progresser au sein de la population (Gouni *et al.*, 2022). Parallèlement, les travaux mentionnés dans les chapitres 2 et 3 mettent en évidence une série de facteurs qui limitent la capacité de nombreuses personnes à réaliser leurs projets familiaux, quels qu'ils soient.

Les contraintes financières sont l'un des principaux obstacles à la parentalité. Il est attendu des deux parents, mais plus particulièrement des mères, qu'ils s'impliquent davantage dans l'éducation de leurs enfants. Cependant, alors que les pères souhaitent s'impliquer davantage, les attentes sociales et professionnelles n'ont pas évolué pour faciliter une répartition plus équitable des tâches ou libérer du temps afin que les pères puissent assumer leur rôle. Que ce soit dans les pays à revenu élevé en



Illustration de Cyan Haribhai

général ou dans les pays à faible revenu en voie d'urbanisation, le modèle de la famille nucléaire se généralise, tandis que le soutien de la famille élargie tend à s'amenuiser (Reyes, 2018). La garde d'enfants, lorsqu'elle est assurée dans un cadre formel, peut être particulièrement onéreuse ou difficile d'accès, et l'organisation des tâches professionnelles et domestiques peut constituer un lourd fardeau, en particulier pour les femmes, qui s'acquittent généralement d'une part plus importante des travaux ménagers.

Par ailleurs, il reste encore beaucoup à faire pour mettre fin aux grossesses non désirées et permettre à chacune et chacun d'exercer pleinement son libre arbitre en matière de procréation. L'enquête menée par YouGov et l'UNFPA, qui fait état de 31 % de grossesses non désirées parmi les personnes interrogées, corrobore les nombreuses études soulignant que les grossesses non désirées sont non seulement très répandues, mais qu'elles aboutissent souvent à un avortement, que cette procédure soit légale ou non. De fait, les estimations mondiales les plus fiables avancent que près de la moitié des grossesses ne sont pas désirées, et que 61 % d'entre elles se concluent par un avortement (Bearak *et al.*, 2020).

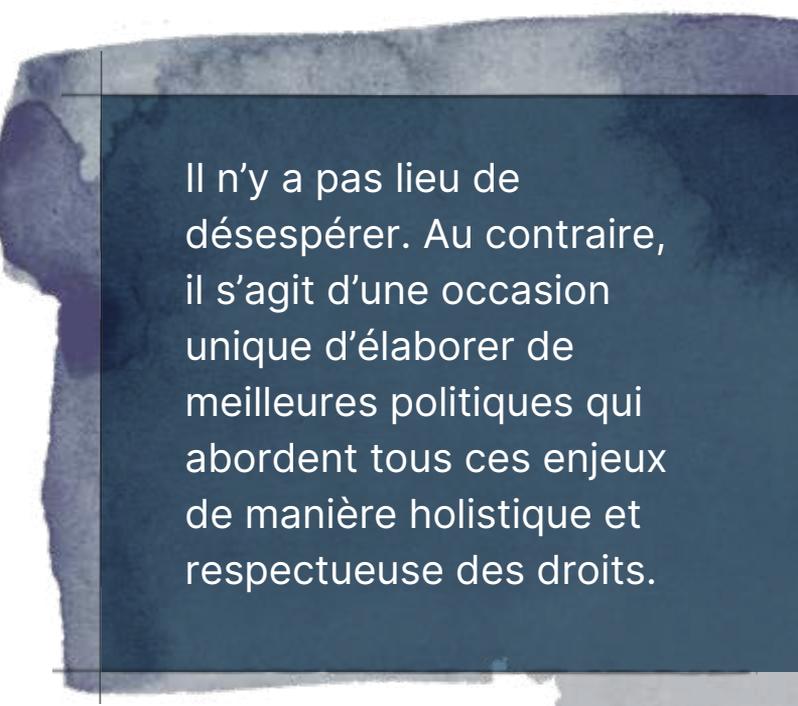
Il n'y a toutefois pas lieu de désespérer. Au contraire, il s'agit d'une occasion unique d'élaborer de meilleures politiques qui abordent tous ces enjeux de manière holistique et respectueuse des droits. Bien que le chapitre 2 détaille déjà de nombreux obstacles et leurs solutions politiques, nous mettons ci-dessous l'accent sur certains domaines politiques qui, selon nous, devraient faire l'objet d'une attention particulière en vue de soutenir les droits procréatifs des hommes et des femmes partout dans le monde.

Garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pour toutes et tous

Les établissements de santé communautaires doivent proposer des services de santé sexuelle et procréative complets, de qualité et abordables, idéalement intégrés aux services de santé existants. Dans cette

perspective, il convient d'assurer en priorité la disponibilité des soins cliniques liés à la procréation et à la santé maternelle, ainsi que la présence de prestataires de soins de santé dans les zones à faible revenu et à faible densité de population. En outre, des fonds doivent être engagés pour renforcer la capacité des services de santé à atteindre les populations les plus exposées aux problèmes de santé sexuelle et procréative, et plus particulièrement à la morbidité et la mortalité maternelles.

Cet objectif suppose d'abandonner, indépendamment du taux global de fécondité, toute politique susceptible d'empêcher les prestataires d'atteindre les populations dans le besoin ou d'entraver la prestation d'un quelconque service de santé sexuelle et procréative. Il s'agit donc, entre autres, de proposer des services de conseil en matière de planification familiale, des soins maternels, des services d'accouchement en toute sécurité, des soins postnatals et néonataux, d'assurer l'accès à des services d'avortement sécurisé dans le respect de la législation en vigueur, et de prévenir et traiter l'infertilité. Cela implique également d'éliminer les obstacles



Il n'y a pas lieu de désespérer. Au contraire, il s'agit d'une occasion unique d'élaborer de meilleures politiques qui abordent tous ces enjeux de manière holistique et respectueuse des droits.

qui entravent l'accès à ces services, notamment les restrictions liées à l'âge, les lois exigeant le consentement du conjoint ou des parents, et le refus de la stérilisation volontaire pour les adultes ayant donné leur consentement éclairé.

Compte tenu des difficultés auxquelles ont été confrontés et continuent d'être confrontés les groupes de personnes contraints d'avoir des enfants ou empêchés d'en avoir, il importe également de veiller à ce que l'approche adoptée soit pleinement inclusive. Il ne s'agit pas simplement de mettre fin, pour des raisons éthiques et en vertu des droits fondamentaux, aux discriminations dans le secteur de la santé. En effet, comme expliqué au chapitre 1, lorsque les citoyens doutent des raisons qui sous-tendent les politiques publiques et s'interrogent sur leur fiabilité à long terme, ils peuvent être souvent amenés à reconsidérer la décision d'avoir un enfant et le moment opportun à cet effet.

S'il est essentiel que ces services cruciaux soient accessibles à tous, cela ne signifie pas pour autant que les programmes et les politiques doivent adopter une approche standardisée. Les données disponibles montrent que les obstacles entravant l'accès à la parentalité et la prévention des grossesses non désirées résultent de nombreux facteurs propres à chaque communauté et à chaque personne. Après tout, le partenaire intime, la famille, le système de santé et le système législatif sont tous susceptibles d'exercer une coercition procréative selon des modalités qui leur sont propres (Silverman et Raj, 2014).

Des avancées prometteuses ont été réalisées dans ce domaine, notamment en ce qui concerne l'accès équitable à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'infertilité. Par exemple, l'année dernière, l'Europe a vu émerger la Coalition pour la fécondité, une initiative qui rassemble un large éventail d'acteurs de la société civile, d'associations médicales et de groupes de défense des droits en matière de procréation afin de promouvoir des politiques globales,

inclusives et respectueuses des droits (Coalition pour la fécondité [Coalition for Fertility], n. d.).

Une éducation complète à la sexualité

Il est indispensable que les systèmes scolaires prévoient une éducation complète à la sexualité. Le chapitre 2 du présent rapport souligne l'utilité d'adopter, dans les programmes d'éducation complète à la sexualité, une approche qui embrasse l'ensemble du cycle de vie et qui transmette, entre autres, des informations objectives sur la fécondité. De telles informations, lorsqu'elles sont suffisamment précises, peuvent aider les adolescents à se protéger contre les causes évitables de l'infertilité et à comprendre les avantages et les inconvénients du report de la fécondité, un phénomène qui prend de l'ampleur dans le monde entier (Beaujouan, 2020).

Malheureusement, il est de plus en plus difficile d'obtenir des informations fiables sur la santé sexuelle, tant du fait de l'action des pouvoirs publics (Nations Unies, 2023) qu'en raison d'une désinformation florissante (Pagoto *et al.*, 2023). Il s'agit d'une tendance inquiétante contre laquelle les législateurs doivent s'efforcer de lutter.

Renforcer la sécurité sociale et économique pour tous

Un certain nombre de domaines gagneraient à être réglementés afin de garantir aux femmes et aux hommes une réelle liberté de choix en matière de procréation, quelles que soient leurs aspirations. Parmi les politiques souhaitables, certaines, déjà détaillées au chapitre 2, méritent d'être rappelées ici brièvement.

En premier lieu, il est indispensable de faciliter l'accès des familles à des services de garde abordables, accessibles et de qualité. Selon le niveau de revenu des pays, plusieurs approches peuvent être envisagées : le subventionnement public des structures d'accueil, les coopératives communautaires, les modèles non lucratifs ou encore le soutien financier aux proches assurant la garde sont autant de solutions qui ont fait leurs preuves (Chaturvedi, 2019).

De même, l'instauration de politiques de congé parental plus équitables, encourageant voire imposant un congé paternité d'une durée équivalente à celle du congé maternité, pourrait considérablement améliorer la participation des femmes au marché du travail et l'implication des hommes dans les soins donnés aux enfants, engendrant des bénéfices significatifs pour les deux parties (Van der Gaag *et al.*, 2023; Sobotka *et al.*, 2019). Le fait de proposer des mesures flexibles et facilitatrices aux femmes et aux hommes n'ayant pas d'enfants pourrait aussi permettre d'aider les plus jeunes, dont les aspirations parentales sont trop souvent compromises par des cultures du travail exigeantes, à concrétiser leur désir de famille (Kim, 2023).

Dans un même temps, il est urgent de mettre fin aux violences basées sur le genre, sous toutes leurs formes, notamment aux violences domestiques et aux violences exercées par un partenaire intime, qui affectent la fécondité des femmes et entravent leur liberté en matière de procréation. La violence et la coercition sexuelles sont en effet à l'origine d'un nombre intolérable de grossesses non intentionnelles, lesquelles viennent accentuer le traumatisme et le sentiment de dépossession corporelle déjà ressenti par les survivantes (UNFPA, 2022a). Il est par exemple fréquent que les femmes exposées à des violences de la part d'un partenaire intime renoncent à la contraception en raison des pressions exercées par celui-ci (Oni *et al.*, 2021).

De fait, les violences constituent souvent un frein à la réalisation des objectifs des femmes en matière de fécondité. Ainsi, des recherches menées au Honduras ont révélé que les femmes subissant des violences de la part d'un partenaire intime étaient moins enclines à désirer d'autres enfants (Kuhlmann *et al.*, 2019).

Le libre arbitre en matière de procréation étant étroitement dépendant de la situation économique, il est en outre indispensable de déployer des

programmes de lutte contre la pauvreté et la précarité. Cela pourra supposer des réformes, plus au moins profondes, du marché du travail, ainsi que des systèmes de retraite et de sécurité sociale. Dans un contexte de baisse de la productivité économique et de pénurie de main-d'œuvre, le renforcement de l'accès des femmes et des jeunes à des emplois décents ainsi que la mise en œuvre de politiques migratoires favorables constitueront des leviers incontournables, quoique potentiellement impopulaires (UNFPA, 2019). Les solutions choisies pour répondre à ces enjeux sont toutefois susceptibles de varier d'un pays à l'autre. L'établissement de comptes de transferts nationaux pour l'analyse des populations vieillissantes (UNFPA, n. d. b) ou l'introduction de réformes du marché du logement (UNFPA, 2019) font partie des nombreuses possibilités.

Les politiques de lutte contre la pauvreté et la précarité devront être inclusives et conçues en collaboration avec les principaux concernés. Les femmes actives devront ainsi être associées à la réflexion sur les politiques d'emploi, les pères à la planification des congés paternité, et les jeunes aux discussions autour du logement. Bien que la composition des assemblées légiférantes puisse varier en fonction du contexte, il conviendra d'inclure des représentants des différentes communautés (mères célibataires, minorités ethniques, personnes LGBTQIA+, etc.) afin de s'assurer que les stratégies mises en place bénéficient à chacun.

Enfin, il est impératif de ne pas se contenter de légiférer au niveau national. Les dynamiques régionales et infranationales ainsi que les approches adoptées par les employeurs eux-mêmes façonnent l'environnement des individus. Elles ont donc une influence considérable sur leurs choix de parentalité ou de non-parentalité. De plus, les obstacles auxquels sont confrontés les ménages dans l'accès aux services de garde d'enfants et de santé sexuelle et procréative diffèrent significativement entre zones rurales et zones urbaines. Ces disparités se reflètent aussi bien dans le taux de natalité que le taux de

stérilisation volontaire (Clark et Levy, 2025). C'est pourquoi, en Italie (Horowitz et Pianigiani, 2024) comme en République de Corée (Yoon, 2023), des mesures ciblées et favorables aux familles ont été déployées au niveau régional.

Des garde-fous doivent cependant être instaurés afin de prévenir toute dérive coercitive des autorités infranationales. En effet, en Inde du Sud, certains États sont allés jusqu'à proposer de conditionner l'éligibilité locale à un nombre minimal d'enfants (*The Hindu*, 2025), invoquant une perte de représentation parlementaire liée au faible taux de fécondité de la région (Chauhan, 2024). De même, aux États-Unis et au Mexique, plusieurs États ont fait le choix de criminaliser l'avortement (CRR, n. d.).

Face à ce constat, il est recommandé de renforcer les efforts de surveillance des politiques publiques, de sorte à pouvoir analyser leur impact sur le libre arbitre en matière de procréation. Comme le rappelle le présent rapport, le libre arbitre en matière de procréation peut se trouver amoindri par des politiques n'ayant initialement aucun but coercitif, voire n'étant pas liées de manière évidente à la question de la natalité. C'est le cas notamment des régimes successoraux différenciés selon le genre (Sage, 2025) et des lois régissant la nationalité (Levine et Peden, 2021). L'absence de politiques bien pensées peut ainsi fortement accroître la vulnérabilité des individus face à la coercition reproductive. C'est pourquoi les politiques et réglementations qui menacent le libre arbitre des individus en matière de procréation doivent absolument être identifiées, puis surveillées pour s'assurer de l'adoption de mesures correctives. Ainsi, bien que les politiques en matière de santé sexuelle et procréative fassent l'objet d'une vigilance accrue de la part de société civile (CRR, n. d. ; EPF, n. d. ; Fertility Europe, n. d) et des acteurs internationaux (Réseau des solutions pour le développement durable, 2024), il convient de ne pas négliger les autres domaines, où des mesures indirectement néfastes à la liberté procréative sont susceptibles de voir le jour.

Outre les politiques gouvernementales, les pratiques des employeurs constituent un levier d'action majeur pour garantir la liberté en matière de procréation. Selon qu'elles soient favorables ou non, celles-ci sont en effet en mesure d'encourager ou de décourager les aspirations parentales, parfois plus encore que les législations nationales. En effet, tel qu'expliqué au chapitre 2, les horaires de travail éprouvants, la discrimination sexiste à l'embauche et l'inégalité des congés parentaux peuvent conduire les individus à repousser ou à abandonner leur projet d'enfant. L'influence de l'employeur peut également s'exercer dans le sens inverse, à l'instar de cette entreprise ayant récemment menacé de licencier ses employés à moins qu'ils « ne se marient et ne fondent une famille au cours des neuf prochains mois » (Wang, 2025).

Heureusement, de nombreux employeurs à travers le monde s'efforcent de mettre en place des politiques favorables à la liberté procréative. La Coalition pour la justice reproductive dans les entreprises, portée par l'UNFPA, incite les sociétés à investir dans des programmes visant à promouvoir la santé sexuelle et procréative sur le lieu de travail et tout au long de leurs chaînes d'approvisionnement. Elle fournit à cet effet des outils de suivi, notamment un tableau bord et des indicateurs, pour évaluer les progrès réalisés sur un ensemble de questions clés, comme le congé maternité, l'accès aux traitements contre l'infertilité et la lutte contre le harcèlement sexuel (UNFPA, 2024c).

Faire évoluer les normes sociales

S'il est bien sûr fondamental de légiférer pour asseoir la liberté procréative des individus, les politiques à elles seules ne sauraient garantir l'exercice effectif de ces droits si elles ne s'accompagnent pas d'une transformation profonde des normes sociales, tel qu'expliqué au chapitre 3. Malheureusement, les femmes continuent d'être démesurément tenues responsables du recul des mariages et

de la natalité, sans que ne soient reconnus les fardeaux liés, qu'elles doivent endosser de façon disproportionnée. Comme le rapporte l'enquête réalisée par l'UNFPA en collaboration avec YouGov, près d'une femme sur huit (13 %) déclare avoir revu son désir d'enfants à la baisse en raison du manque d'implication de leur partenaire masculin dans les responsabilités domestiques relatives à l'arrivée d'un enfant.

Il convient toutefois de noter que les hommes et les garçons, particulièrement les plus défavorisés, sont également victimes de ces normes sociales inégalitaires. Un nombre croissant d'hommes affirme en effet vouloir s'investir davantage dans la vie domestique, en tant que partenaire ou que père (Van der Gaag *et al.*, 2023), mais en être empêché par les normes et la pression sociétales. Pire encore, les progrès dans ce domaine provoquent des réactions très vives à l'encontre des hommes et des femmes qui les embrassent, et se heurtent à l'opposition de mouvements virulents et organisés, plaçant pour un retour à des normes régressives. Sous couvert de protéger l'institution du mariage et les valeurs de la famille, ces derniers restreignent en réalité les droits et la liberté des ménages et des individus, menaçant par là leur santé et leur bien-être (EPF, 2021).

Afin d'opérer un changement durable, il sera indispensable de promouvoir auprès des garçons, dès leur plus jeune âge, des modèles éducatifs propices à l'égalité des genres et au développement de l'empathie, encourageant ces derniers à prendre soin d'autrui. En grandissant, il conviendra de continuer à leur inculquer la valeur de la non-violence et de la coresponsabilité au sein du couple. Malgré une implication croissante des hommes dans la sphère domestique, beaucoup reste encore à faire pour parvenir à une réelle égalité entre les genres (Van der Gaag *et al.*, 2023).

Bien qu'un changement en faveur de normes sociales positives soit complexe à instaurer, des initiatives

prometteuses démontrent cependant qu'il est possible. En Éthiopie et en Ouganda, des groupes d'action masculins ont su remettre en question les normes de genre établies et réussi à accroître l'investissement des hommes dans la planification familiale, à améliorer la communication au sein des couples ainsi qu'à réduire la prévalence des violences basées sur le genre (UNFPA, 2021a).

Si les dynamiques entourant la composition familiale demeurent complexes et en constante évolution, les normes restrictives imposant un modèle unique continuent d'exclure ceux qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas s'y conformer. Cela concerne en particulier les personnes LGBTQIA+, les foyers monoparentaux ou ceux dirigés par des femmes.

Par ailleurs, les normes actuelles encadrant le monde du travail, souvent incompatibles avec une vie de famille épanouie, gagneraient à être *profondément transformées*. L'instauration d'une culture du travail plus favorable bénéficierait non seulement aux mères en emploi, mais également à l'ensemble de la population active, les coûts et l'intensité de vie associés à l'arrivée d'un enfant représentant un frein pour de nombreux aspirants parents.

Enfin, il est impératif de reconnaître que les politiques natalistes s'inscrivent parfois dans des logiques ethnonationalistes. L'État ne désire alors pas seulement renforcer le taux de natalité général, mais le renforcer pour certains sous-groupes de population bien définis. Il est donc primordial que les immigrés et les autres populations marginalisées soient pleinement pris en compte dans les politiques publiques. Des efforts doivent être entrepris afin de promouvoir des normes plus positives et inclusives, garantissant à chacune et chacun la réalisation de ses droits.

Enrayer le cycle des grossesses chez les adolescentes

À Estebanía, commune rurale de République dominicaine, la maternité précoce est pour de nombreuses filles une perspective prévisible plus qu'une véritable surprise. La mère d'Anlli lui a donné naissance alors qu'elle avait 16 ans, et la jeune fille, aujourd'hui âgée de 18 ans, refuse que l'histoire se répète.

« Je veux faire des études. Je veux travailler et faire carrière. Je veux m'assurer une stabilité financière », déclare-t-elle. « Je ne veux pas regarder en arrière et me demander ce que j'aurais pu devenir. » Anlli pourrait bien réaliser son rêve, car elle dispose de quelque chose que sa mère n'a pas eu : la possibilité de faire des choix.

Sans devoir demander la permission à un adulte, elle a pris le contrôle de sa santé procréative et, avec son petit ami, cherché à obtenir des informations et des conseils.

La Casa Clave, un espace bienveillant

Evelyn Sánchez, infirmière locale et dirigeante communautaire, a transformé sa maison en « Casa Clave », dans le cadre d'une initiative plus vaste soutenue par l'UNFPA pour doter les adolescents de République dominicaine d'outils afin de prévenir les grossesses non planifiées et les unions précoces. La Casa Clave, une maison du quartier

qui tient plus du refuge que du centre de santé, accueille Anlli et ses amies pour discuter sans jugement de toutes sortes de sujets, tels que la planification familiale, les relations ou les projets de vie. « Ici, on peut se confier à Evelyn et c'est confidentiel, ce que l'on dit ne sort pas de chez elle », explique Anlli.

Mme Sánchez encourage les plus hésitantes à franchir le seuil, et sait très bien que même si elles n'osent pas poser de questions sur la contraception la première fois, la curiosité les poussera à revenir.

« Ma maison est un deuxième foyer pour elles. Elles prétendent qu'elles viennent voir mes chiens, mais en réalité, elles viennent parce qu'elles ont besoin de quelqu'un à qui parler », précise Mme Sánchez. « Elles me posent des questions sur tout. Je leur explique les méthodes [de contraception] disponibles, mais je ne prends jamais de décision à leur place. »

« Souvent, ces filles ont peur de se faire prendre », révèle le D^r Lainer Calderón, directeur de l'Unité de soins primaires (UNAP, de l'espagnol Unidad de Atención Primaria), un centre de santé local d'Estebanía qui opère en partenariat avec la Casa Clave. « Elles craignent d'être vues par leurs parents ou par une personne de la communauté, et

d'être jugées. Cette crainte les empêche de demander de l'aide avant qu'il soit trop tard. »

Il a vu ce même cycle se répéter dans la vie de trop nombreuses filles. « Avant, on voyait 24 adolescentes enceintes par an dans notre centre de santé, ici à Estebanía », se remémore-t-il. « Maintenant, on en a deux ou trois. Mais même une, c'est déjà trop. »

Même au sein du dispensaire, des difficultés peuvent se présenter. Le D^r Calderón se rappelle un père venu s'en prendre à lui après avoir découvert que sa fille de 15 ans s'était fait poser un implant contraceptif. « Il était furieux », raconte-t-il. « Je lui ai demandé : « Vous préféreriez apprendre qu'elle est enceinte de trois mois ? » La discussion l'a fait changer d'avis. Il est parti en me remerciant. »

Le combat contre les normes culturelles

La République dominicaine n'a pas ménagé ses efforts et a intensifié ses investissements afin de faire reculer les grossesses adolescentes. Le taux de fécondité chez les adolescentes est passé de 90 à 77 naissances pour 1 000 filles entre 2013 et 2019. D'après les projections des Nations Unies, le taux de fécondité devrait encore baisser s'agissant de 2024.

La Casa Clave et d'autres projets similaires ont pour but d'aider les filles qui ont déjà décidé qu'elles ne voulaient pas encore d'enfant. « L'objectif n'est pas de dire aux filles ce qu'elles doivent faire de leur vie, mais de leur donner les informations dont elles ont besoin pour faire leurs propres choix », explique le D^r Calderón. Le dispensaire et la Casa Clave fournissent des informations aux adolescentes et leur donnent le choix entre plusieurs options, telles que la pilule, les contraceptifs injectables et les implants.

L'UNFPA a proposé le modèle de la Casa Clave dans son travail en partenariat avec le ministère de la Santé et le service national de santé de la République dominicaine pour accroître l'accès à la contraception et à l'éducation à la santé procréative. Aujourd'hui, il existe plus de 50 structures de ce type dans le pays, et le ministère se charge de les approvisionner en contraceptifs.

L'organisation a également formé des agents de santé, comme le

D^r Calderón et Mme Sánchez, à la fourniture de services de soins confidentiels et de qualité. « Les adolescents ont le droit de recevoir des informations et une éducation à la santé sexuelle et procréative, afin de pouvoir réaliser pleinement leur potentiel et choisir leur avenir », déclare Mario Serrano, représentant de l'UNFPA en République dominicaine. « L'objectif n'est pas juste de prévenir des grossesses, mais de protéger et de défendre l'avenir des filles. »

Un avenir plus prospère

À Estebanía, non seulement les taux de grossesse ont commencé à diminuer, mais parmi les premières filles à s'être rendues à la Casa Clave, certaines, contre toute attente, sont entrées à l'université. « Quelques-unes des premières filles que j'ai suivies ont maintenant un métier, et certaines ont même fait des études de médecine. D'autres sont aujourd'hui mères, mais parce qu'elles le désiraient, et non parce que la vie les y a obligées », se félicite Mme Sánchez.

Toutefois, les obstacles n'ont pas entièrement disparu. Si l'accès à la contraception s'est amélioré, l'éducation à la sexualité dans les écoles reste limitée. De nombreuses filles ne savent tout simplement pas vers qui se tourner. D'autres craignent les réactions de leur famille ou de leur communauté. L'enjeu n'est pas uniquement la contraception, mais l'évolution des mentalités.

Mme Sánchez se souvient qu'au début, les gens critiquaient son travail dans son dos. « Les premiers temps, les gens me demandaient : "Pourquoi tu leur parles de tout ça ?" Mais ensuite, ils ont vu que les choses évoluaient. »

La Casa Clave a changé la vie d'Anlli. Aujourd'hui en première année d'université, elle espère avoir des enfants un jour, lorsqu'elle sera prête.

Sa vie est déjà différente de celle de sa mère : « Ma mère m'a toujours dit qu'elle ne souhaitait pas que je traverse les mêmes épreuves qu'elle. Et je sais très bien que si j'ai des enfants avant d'avoir terminé mon cursus, je ne pourrai pas leur offrir la vie qu'ils méritent. »



Un nouvel objectif universel : le libre arbitre en matière de procréation

Le présent rapport souligne l'importance cruciale de garantir le libre arbitre en matière de procréation, tant en légiférant qu'en assurant la surveillance rigoureuse des politiques. Cependant, de nouvelles méthodes sont nécessaires pour affiner l'analyse du taux de fécondité total et évaluer l'efficacité des politiques démographiques. Un tel effort est essentiel pour appréhender de manière plus fidèle la liberté réelle des individus en matière de procréation. Cette priorité s'impose tout particulièrement pour les femmes et les filles, dont les corps et les perspectives d'avenir sont profondément affectés par la grossesse.

Il convient toutefois de noter que les hommes, au même titre que les femmes, peuvent faire l'objet d'une aliénation de leurs droits procréatifs. En effet, bien que les données disponibles sur les hommes soient moins abondantes, l'enquête UNFPA/YouGov a permis de révéler que ces derniers subissaient aussi régulièrement des pressions et des contraintes nuisant à leur libre arbitre. Dix-huit pour cent des personnes interrogées ont ainsi déclaré avoir été incitées à avoir un enfant, à un moment ou l'autre de leur vie, alors qu'elles n'en nourrissaient aucun désir ; un phénomène qui semble concerner les hommes et les femmes dans des proportions relativement similaires, malgré des disparités selon les pays. Les résultats obtenus mériteraient d'ailleurs d'être examinés plus en profondeur, puisque dans près de la moitié des pays étudiés, davantage d'hommes que de femmes ont affirmé être soumis à ce type de pressions.

Une tendance inverse a également été observée : dans l'ensemble des pays couverts par l'étude, 15 % des répondants ont rapporté avoir été fortement incités à avoir recours à la contraception ou à prévenir une grossesse malgré leur désir de parentalité. Femmes et hommes semblent avoir expérimenté ces pressions dans une proportion égale.

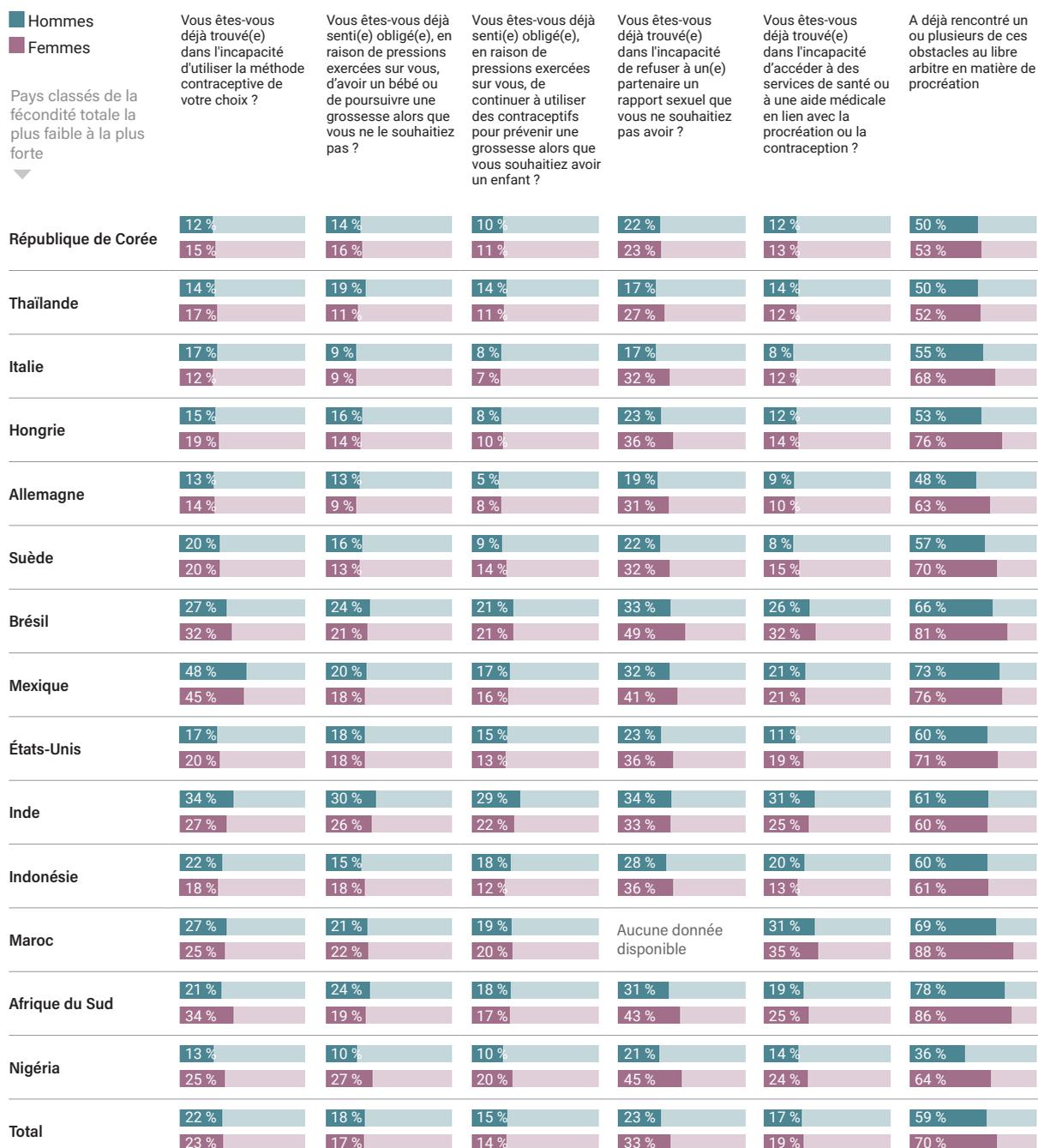
Interrogées sur le fait de savoir si elles s'étaient déjà senties dans l'obligation d'accepter un rapport sexuel, les femmes se sont toutefois montrées plus nombreuses à répondre par l'affirmative : 33 % contre 23 % chez les hommes. Un pourcentage qui n'est jamais descendu en dessous de 17 % (correspondant à la prévalence du phénomène chez les hommes thaïlandais) et qui a atteint jusqu'à 49 % chez les femmes brésiliennes. Ces résultats prouvent à quel point la coercition sexuelle est répandue aussi bien chez les femmes que chez les hommes et doivent, à ce titre, constituer un signal d'alerte pour les législateurs et les défenseurs des droits.

Par ailleurs, les femmes et les hommes se sont montrés également enclins à répondre affirmativement aux questions de savoir s'ils s'étaient déjà trouvés dans l'incapacité d'accéder à des services de santé ou à une aide médicale en lien avec la procréation ou la contraception (17 % des hommes et 19 % des femmes) ainsi que de savoir s'ils s'étaient déjà trouvés dans l'incapacité d'utiliser la méthode contraceptive de leur choix (22 % des hommes et 23 % des femmes).

Les hommes se trouvent relativement démunis en matière de contraception, du fait de l'offre restreinte dont ils disposent. Les principales méthodes masculines (les préservatifs et la vasectomie) s'accompagnent, comme toutes les autres solutions, d'un certain nombre de désavantages, notamment en termes de taux d'échec. Comme le fait remarquer le rapport sur *l'État de la population mondiale 2022*, « des pilules contraceptives masculines, des gels réversibles à longue durée d'action (qui bloquent le sperme) et des solutions injectables font l'objet d'essais cliniques depuis des années, mais ne sont toujours pas commercialisés ». Ce manque de moyens de contraception à la disposition des hommes s'explique par les choix opérés par les investisseurs et les décideurs politiques (UNFPA, 2022a). En effet, les politiques contraceptives, influencées par les normes de genre dominantes, se sont historiquement concentrées sur le corps des femmes, considéré à la fois comme cause et solution des grossesses non intentionnelles.

FIGURE 10

Obstacles au libre arbitre en matière de procréation



Une proportion significative d'hommes et de femmes rencontrent des obstacles à l'exercice de leur libre arbitre en matière de procréation.

Remarque : la question concernant la possibilité de refuser un rapport sexuel n'a pas pu être posée dans tous les pays.

Source : enquête UNFPA/YouGov.

Aujourd'hui, on assiste à l'émergence d'un mouvement promouvant la diversification des méthodes contraceptives masculines, afin de favoriser une répartition plus équitable des responsabilités liées à la planification familiale et de garantir la liberté de choix.

Cela étant, même si de nouvelles solutions venaient à être commercialisées, le corps et la vie des femmes continueraient à être disproportionnellement affectés par la grossesse et l'accouchement. Les décès, encore trop fréquents, constituent malheureusement un risque bien réel. De même, ce sont les femmes qui assument généralement la plus grande part des soins donnés à l'enfant et des tâches domestiques liées à son arrivée. Pour cette raison, des indicateurs spécifiques ont été élaborés, testés et affinés en vue de mesurer le pouvoir décisionnel des femmes ainsi que la violence et la coercition dont elles sont la cible. Étant donné la forte exposition des femmes et des filles à la violence sexuelle, avec les effets délétères que cela entraîne sur leur santé, la conception et le déploiement d'indicateurs permettant de mesurer le libre arbitre des femmes en matière de procréation constituent une priorité de santé publique. Toutefois, cette approche n'exclut en rien la nécessité de poursuivre les recherches sur le libre arbitre des hommes en matière de procréation.

Évolution des indicateurs relatifs au libre arbitre en matière de procréation

Depuis plusieurs décennies, des indicateurs spécifiques ont été utilisés afin de mesurer la prévalence de différents comportements procréatifs, comme le recours à la contraception. Ces outils, bien qu'indispensables pour identifier les lacunes dans la satisfaction des besoins des femmes, n'ont pas nécessairement permis de produire des données de qualité sur leur libre arbitre et leur liberté de choix (Bhan et Raj, 2021). Depuis les années 2000, la communauté mondiale a intensifié ses efforts en faveur de l'autonomisation des femmes, à travers des programmes fondés sur les droits de la personne et la promotion de politiques de santé sexuelle et procréative. Cependant, les pratiques, les cibles et les indicateurs retenus demeurent largement influencés par des arguments traditionnels basés sur la santé publique

et les nécessités économiques. En ce sens, ils reflètent davantage les objectifs des États que les besoins et les souhaits des individus eux-mêmes, reléguant au second plan le libre arbitre en matière de procréation en tant que droit fondamental de la personne.

Ainsi, au sein des objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, qui constituent le cadre de développement le plus récent, seules deux cibles intègrent explicitement des indicateurs couvrant la question de la santé sexuelle et procréative. La cible 3.7 de l'ODD 3 (donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges) vise à « assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux », tandis que la cible 5.6 de l'ODD 5 (réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) exhorte chaque pays à « assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing ».

Ces deux cibles représentent à elles deux une timide avancée. Elles réaffirment l'importance d'un accès universel à des services de santé sexuelle et procréative holistiques, fondés sur les droits fondamentaux et l'égalité des genres. Elles reconnaissent également l'autonomie corporelle (soit le droit de chacune et chacun à disposer de son corps) en tant que condition sine qua non à la réalisation de la santé sexuelle et procréative. En ce sens, les indicateurs qui leur sont associés ont permis de générer des données cruciales dans un certain nombre de domaines liés à la santé et aux droits en matière de procréation.

Malgré tout, il est rapidement apparu que ces indicateurs négligeaient certains aspects déterminants de la liberté procréative. La cible 3.7, par exemple, se

concentre principalement sur les comportements et services destinés à prévenir ou différer les grossesses. En revanche, nous manquons d'informations, à l'échelle nationale, sur les souhaits des individus en matière de procréation ou sur la mesure dans laquelle ils parviennent à concrétiser leur désir d'enfant dans un contexte de stérilité. Par ailleurs, l'indicateur 3.7.1, qui s'intéresse à la « proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale » présente des limites : il peut stigmatiser ou invisibiliser les femmes qui nécessitent ou privilégient d'autres solutions (pour en savoir plus, voir pages 96 et 97). De même, l'indicateur 3.7.2, relatif au « taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge », ne nous permet aucunement de saisir les circonstances et le degré d'autonomie procréative des adolescentes concernées. Il s'agit pourtant d'une donnée essentielle puisque toutes les grossesses adolescentes ne sont pas forcément non intentionnelles. Cela est particulièrement vrai dans les contextes où les filles sont confrontées à de très fortes inégalités de genre et ne disposent que de possibilités limitées (Azevedo *et al.*, 2012).

La cible 5.6 souffre de limitations similaires, mais permet toutefois, lorsque combinée à la cible 3.7, d'appréhender bien plus précisément la liberté procréative et sexuelle des femmes que par le passé. L'indicateur 5.6.1, par exemple, mesure la « proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative ». Ces décisions englobent le fait de pouvoir refuser un rapport sexuel avec leur partenaire ; de pouvoir effectuer ses propres choix en matière de procréation, en concertation ou non avec le partenaire ; et de pouvoir prendre des décisions de façon autonome quant à sa propre santé. L'indicateur 5.6.2, pour sa part, examine le « nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès

équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine ».

Depuis que des données sont recueillies pour évaluer la progression vers la réalisation de la cible 5.6, la communauté mondiale dispose pour la première fois d'informations sur l'autonomie corporelle des femmes. Celles-ci mettent en lumière les nombreuses entraves auxquelles elles sont confrontées dans l'exercice de leur pouvoir de décision, y compris lorsque ces choix concernent leur propre intimité et peuvent se révéler lourds de conséquences. Cette cible demeure néanmoins insuffisante pour dresser un tableau fidèle de la liberté procréative des femmes. L'indicateur 5.6.1, par exemple, ne permet pas de déterminer si les femmes sont en mesure de concevoir des enfants au moment où elles le désirent et avec le partenaire de leur choix. De même, l'indicateur 5.6.2 ne tient pas compte des obstacles extérieurs au système de santé susceptibles de restreindre leur autonomie procréative.

Face à ce constat, la communauté mondiale commence à reconnaître les limites des méthodes de mesure existantes et à admettre la nécessité de créer de nouveaux outils, plus adaptés à la complexité des enjeux liés au libre arbitre en matière de procréation. En effet, seule la disponibilité de données exhaustives permettra l'élaboration de politiques garantissant une véritable liberté de choix en matière de procréation (UNFPA, n. d. c.).

Perspectives d'évaluation de la liberté procréative

Un certain nombre d'enquêtes transnationales ont expérimenté des méthodes de mesure susceptibles d'inspirer la conception de nouveaux indicateurs, plus précis et qualitatifs.

Comme mentionné ci-dessus, les indicateurs actuellement utilisés pour évaluer le libre arbitre en matière de procréation s'intéressent majoritairement à la capacité des femmes mariées ou en couple à refuser des rapports sexuels avec leur partenaire. Il serait

cependant pertinent d'élargir le champ de mesure en introduisant des indicateurs permettant d'évaluer la sécurité sexuelle des femmes et des filles au-delà du cadre conjugal. C'est le choix qu'ont fait les responsables de l'Enquête démographique et de santé (EDS) (voir l'encadré à la page 117) en interrogeant les femmes et les filles sur les violences sexuelles dont elles ont pu être victimes de la part d'hommes n'étant pas un partenaire intime et sur l'âge auquel elles ont été pour la première fois « forcées à avoir des rapports ou à se livrer à des actes sexuels non désirés ». Ces données offrent un premier aperçu de la prévalence des abus sexuels sur les enfants et pourraient être mobilisées à l'échelle nationale pour évaluer la sécurité sexuelle des femmes et des filles dans l'ensemble des pays.

L'enquête EDS menée au Ghana en 2022 a ainsi révélé que 6 % des femmes avaient déjà vécu des violences sexuelles de la part d'un homme n'étant pas leur partenaire intime, et 3 % (une estimation jugée prudente) avaient déjà été contraintes à avoir des relations sexuelles, de quelque nature qu'elles soient, avant l'âge de 15 ans (Service statistique du Ghana et The DHS Program, 2024). De manière plus générale, les données transnationales dressent un constat préoccupant en matière de sécurité sexuelle dans les espaces publics, le harcèlement y étant une pratique courante (Ranganathan *et al.*, 2021 ; Kearl, 2010).

De même, le harcèlement sexuel sur le lieu de travail est un sujet d'inquiétude majeur pour bon nombre de femmes, compromettant l'accomplissement professionnel, la productivité et la santé mentale, lorsqu'il ne les décourage tout simplement pas d'intégrer le marché du travail (León-Perez *et al.*, 2021 ; Ranganathan *et al.*, 2021). Malheureusement, les statistiques relatives aux abus sexuels sur les enfants et aux violences sexuelles s'exerçant en dehors de la sphère intime sont parfois utilisées pour justifier des restrictions à la liberté de circulation des femmes et des filles. Sous couvert d'assurer leur sécurité sexuelle, ces mesures peuvent en réalité limiter leur autonomie et leurs possibilités (Hallmann *et al.*,

2015). Les chercheurs, les décideurs politiques et les défenseurs des droits doivent donc rester vigilants face à de potentielles dérives.

Bien que ces questions puissent et doivent être examinées sous l'angle des violences basées sur le genre, elles sont également intrinsèquement liées à la sécurité sexuelle, à l'intégrité corporelle et au bien-être sexuel, et doivent donc être traitées en conséquence. Aujourd'hui pourtant, les indicateurs mobilisés dans les enquêtes transnationales pour évaluer le libre arbitre des femmes en matière de sexualité tendent à se concentrer sur la présence ou l'absence de violences et de coercition sexuelles, plutôt que sur les manifestations d'un engagement volontaire et positif de la part des femmes. Or, s'il est primordial que les femmes puissent être en mesure de refuser des relations sexuelles dont elles n'ont pas envie, elles doivent également pouvoir initier des rapports consentis lorsqu'elles le *désirent*.

Le fait de négliger cet aspect contribue au maintien de normes archaïques, selon lesquelles les femmes seraient dépourvues de désir actif, ce qui invisibilise leur sexualité tout en contribuant à la banalisation des violences masculines. À l'inverse, évaluer l'initiative et la satisfaction sexuelles des femmes dans leurs relations consenties pourrait favoriser des dynamiques plus positives. Cette dimension mérite d'être étudiée plus en profondeur, en particulier à la lumière des tendances actuelles au célibat involontaire et au recul des différentes modalités de couple, observées dans certains contextes (voir l'encadré à la page 88). Malgré les freins culturels et sociaux qui rendent difficiles de telles évaluations, y compris pour les femmes mariées, rappelons que des résistances similaires existaient autrefois quant à la mesure des violences conjugales, désormais considérées comme un indicateur clé de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes.

Par ailleurs, bien que les données de santé sexuelle intègrent de plus en plus la question des infections sexuellement transmissibles (IST), seule l'infection par

le VIH fait l'objet d'un suivi explicite dans les ODD, à la cible 3.3. Les autres IST demeurent englobées dans la catégorie générale de « maladies transmissibles ». Un suivi plus rigoureux de l'ensemble des IST s'impose, non seulement pour des raisons de santé publique, mais également en raison de leur impact délétère sur la santé procréative et maternelle (Van Gerwen *et al.*, 2022 ; Otu *et al.*, 2021), compromettant les aspirations parentales de nombreuses femmes.

Certains indicateurs clés déjà utilisés dans le cadre de l'EDS pourraient être exploités à cette fin. Il s'agirait par exemple d'interroger les femmes sur le dernier dépistage effectué, le diagnostic reçu et les symptômes observés, ainsi que sur leur capacité à demander à leur mari d'utiliser un préservatif. Deux autres questions pourraient permettre de mieux appréhender le libre arbitre des femmes et leur capacité à se protéger des IST dans le cadre conjugal : « Une femme peut-elle légitimement demander à son mari d'utiliser un

préservatif si elle sait qu'il est porteur d'une maladie sexuellement transmissible ? » et « Une femme peut-elle légitimement refuser des rapports sexuels avec son mari si elle sait qu'il entretient des relations charnelles avec d'autres femmes ? »

Enfin, la collecte systématique de données probantes sur le libre arbitre des femmes en matière de procréation, leurs aspirations en matière de fécondité et les difficultés auxquelles elles font face dans ces domaines doit constituer une priorité pour la communauté internationale. Idéalement, les futurs efforts de collecte de données ne devront pas seulement tenir compte des besoins, des désirs, de la liberté et de l'autonomisation des jeunes, mais également s'inscrire dans une logique longitudinale, afin de suivre les individus tout au long de leur parcours procréatif et d'évaluer si le système et les circonstances leur ont effectivement permis de concrétiser leurs objectifs.

Financer la collecte de données pour promouvoir les droits et la santé en matière de procréation

Depuis plusieurs décennies, la communauté internationale s'appuie sur l'Enquête démographique et de santé (EDS) pour explorer les comportements sexuels et procréatifs de la population de près de 90 pays à revenu faible et intermédiaire. L'EDS, créée dans les années 90, constitue un instrument précieux pour l'élaboration de politiques, en particulier dans le domaine de la santé publique. À ce titre, elle bénéficie du soutien financier de nombreux gouvernements, mais également d'organisations internationales, d'organismes des Nations Unies et d'acteurs de la société civile. Malheureusement, l'arrêt des contributions financières des États-Unis en février 2025, qui représentaient jusqu'alors la majeure partie du financement, a entraîné la suspension du programme, actuellement à la recherche de nouveaux donateurs. Cette situation menace la disponibilité de données cruciales sur le libre arbitre et la santé en matière de procréation, les violences basées sur le genre et autres domaines de recherche critiques. Face à cette urgence, les donateurs et les chercheurs internationaux s'emploient à identifier des solutions alternatives en cas d'impossibilité de relancer l'EDS. Parmi celles-ci figurent l'enquête « Générations et Genre », menée dans 24 pays, ainsi que l'enquête Performance Monitoring for Action (PMA), qui collectent toutes deux des données relatives aux questions de planification familiale. L'élargissement de leur périmètre à davantage de pays pourrait être une solution envisageable.

Par ailleurs, l'enquête UNFPA/YouGov, conduite à l'occasion du présent rapport, a servi d'exercice pilote en vue de la conception d'une vaste enquête transnationale que l'UNFPA prévoit de déployer dans le courant de l'année 2025. Cette étude mondiale explorera les choix des jeunes en matière de procréation, leurs aspirations de couple, ainsi que les facteurs favorisant ou entravant la concrétisation de leurs projets familiaux.

Répondre aux besoins des populations vieillissantes

Sœur Inah Canabarro, religieuse brésilienne fan de football et doyenne de l'humanité, est décédée en mai 2025, quelques semaines avant son 117^e anniversaire. S'il est vrai que nous ne serons pas nombreux à avoir la chance de rejoindre le club des supercentenaires, la plupart des humains d'aujourd'hui peuvent s'attendre à vivre 25% plus longtemps que leurs parents

ou leurs grands-parents. Il y a une cinquantaine d'années, l'espérance de vie s'établissait à environ 59 ans à l'échelle mondiale. De nos jours, elle atteint 73 ans (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024).

Cet accroissement spectaculaire de la longévité s'explique notamment par une amélioration des soins de santé et des conditions de vie en

général, et contribue à la hausse constante de la proportion de personnes âgées. Le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus à travers le monde devrait doubler, passant de 809 millions en 2023 à 1,6 milliard en 2050, avant d'atteindre 2,4 milliards d'ici à la fin du siècle (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2024).

Certains gouvernements considèrent le vieillissement de la population comme un problème à résoudre, car l'essor des populations plus âgées met à plus rude épreuve les systèmes de sécurité sociale et les soins de santé, tandis que la diminution de la natalité réduit à long terme le nombre de travailleurs et de contribuables. Cette vision des choses risque de leur faire perdre de vue le gigantesque potentiel économique que représentent les personnes âgées et les entreprises



qui leur fournissent des services, selon l'ouvrage *Longevity Hubs: Regional Innovation for Global Aging* publié par le laboratoire AgeLab de l'Institut de technologie du Massachusetts.

« Les seniors, tant du point de vue de la productivité que des dépenses, sont des acteurs économiques à part entière, complexes, et leur impact déjà notable devrait sensiblement s'accroître dans les années à venir », pronostique Luke Yoquinto, l'un des rédacteurs de la publication. Ce serait donc une erreur de les considérer comme « des profiteurs qui s'approprient les ressources du reste de la société. »

En 2020, par exemple, les dépenses en biens et services des personnes âgées de 50 ans ou plus ont financé environ 1 milliard d'emplois à travers le monde et généré 23 000 milliards de dollars en revenus du travail. La même année, les plus de 50 ans ont contribué à hauteur de 45 000 milliards de dollars au PIB mondial (AARP, 2022).

Dans différentes villes à travers le monde, le secteur privé, les instituts de recherche et les prestataires de services destinés aux personnes âgées, conscients de la nécessité (et de l'intérêt économique) de travailler avec et pour les seniors, s'associent pour créer les produits et les services nécessaires à une société vieillissante.

La métropole de Boston est bien placée pour devenir l'un de ces « pôles de longévité », selon M. Yoquinto. Forte de ses travailleurs hautement qualifiés, de ses instituts de recherche de pointe et de ses soins de santé de premier ordre, Boston pourrait bien devenir la prochaine « Silicon Valley des octogénaires », pour reprendre les mots du magazine *Inc.*

M. Yoquinto recense l'émergence d'au moins huit pôles de longévité à travers le monde. À Milan, par exemple, des entreprises répondent à la demande croissante en logements pour personnes âgées et en services d'aide à domicile. Les entreprises milanaises de services financiers commencent à proposer des conseils en investissement spécialement adaptés aux personnes âgées, ou investissent dans des secteurs qui répondent aux besoins des seniors italiens. Aujourd'hui, environ un Italien sur quatre a 65 ans ou plus.

À São Paulo, face au vieillissement exponentiel de la population brésilienne, plus de 250 représentants du secteur privé, du milieu universitaire, de la santé et des pouvoirs publics ont créé le réseau Envelhecimento 2.0. Ce réseau, devenu la principale plateforme d'échange d'idées et d'informations sur l'« écosystème de la longévité », est à l'origine de bon nombre des principales

initiatives destinées aux seniors dans le pays, selon *Longevity Hubs*.

Quant aux villes situées au sud-est de Bangkok, dans le Corridor économique oriental, les services privés de soins de santé et d'aide aux personnes âgées y fleurissent, compte tenu du nombre croissant de retraités étrangers qui font le choix de déménager en Thaïlande pour profiter du climat agréable, de la beauté naturelle et de la qualité de vie du pays.

Chaque pôle de longévité a ses spécificités et s'efforce de répondre aux besoins exprimés par les personnes âgées. M. Yoquinto explique que par le passé, certaines entreprises ont pu proposer des biens ou des services uniquement pour la forme, en s'appuyant sur l'idée que se faisaient les jeunes des aspirations de leurs aînés. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, car de plus en plus, les chercheurs, les industriels et les personnes âgées cherchent ensemble des solutions financièrement rentables pour améliorer les conditions de vie.

« Innover pour les seniors du monde entier, dans le pays comme à l'international, confère un net avantage concurrentiel », conclut M. Yoquinto. « Si vous ne le faites pas, quelqu'un d'autre le fera. »

Apprendre du passé

Le contexte mondial actuel, marqué par une diversité démographique croissante et une baisse attendue des taux de fécondité dans un certain nombre de pays, appelle à une extrême vigilance, sans qu'il ne faille toutefois céder au pessimisme. Des dynamiques ethnonationalistes semblent peu à peu émerger, en réponse à la supposée « surpopulation » de certaines régions où la fécondité demeure, en comparaison, particulièrement élevée.

Les leaders politiques mondiaux doivent garder en tête l'histoire des 60 dernières années afin d'éviter de reproduire les erreurs du passé. Des politiques mal conçues pourraient non seulement se montrer inefficaces, mais également, malgré l'illusion de bénéfices à court terme, entraîner des conséquences délétères au long cours, notamment en termes de droits humains. Il est donc crucial d'entendre les inquiétudes des jeunes générations, qui doivent évoluer dans un environnement leur permettant de faire des choix informés en matière de procréation, tout en ayant la certitude qu'à l'avenir, ces choix seront respectés et soutenus (Gessen, 2014).

Les jeunes sont malheureusement extrêmement nombreux à ressentir une inquiétude en ce qui concerne l'avenir, qui leur apparaît comme incertain. Beaucoup anticipent une détérioration des conditions de vie par rapport à celles de leurs parents, notamment en raison des défis liés aux changements climatiques, à l'instabilité économique et à l'émergence de conflits mondiaux. Ces préoccupations influenceront inévitablement leurs décisions en matière de planification familiale. Un sentiment d'injustice s'exprime souvent, certains jeunes estimant avoir été privés d'avenir par des décideurs politiques peu soucieux de leurs réalités. Dans de nombreux pays, le vieillissement de la population contribue à renforcer le poids électoral des générations

plus âgées, souvent au détriment des plus jeunes. En conséquence, « les responsables politiques, tenus par des contraintes électorales, ont tendance à privilégier les intérêts des seniors, plutôt que d'initier des réformes bénéfiques aux nouvelles et futures générations » (UNFPA, 2025d).

Les responsables politiques préoccupés par les tendances démographiques gagneraient pourtant à accorder davantage d'attention aux voix des jeunes et à mettre en œuvre des politiques respectueuses du principe d'équité intergénérationnelle. Afin que les jeunes soient en mesure de participer activement à la vie de leurs communautés, sans que les besoins spécifiques des personnes vieillissantes ne soient pour autant négligés, il conviendra de renforcer la solidarité entre les générations et d'adopter une approche fondée sur le parcours de vie. L'initiative Y-ACT au Kenya constitue un exemple prometteur. En donnant aux jeunes les moyens d'influencer les décisions budgétaires nationales ainsi que les politiques publiques liées à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, elle a permis d'accroître considérablement les investissements en faveur de services adaptés aux adolescents, mais également de mécanismes favorisant la participation des jeunes aux activités de gouvernance (UNFPA, 2023a).

Il convient de noter que les jeunes qui ont espoir en l'avenir sont davantage susceptibles de vivre en harmonie avec leurs projets personnels et familiaux. Comme l'a fait remarquer un jeune activiste en réponse au questionnaire de l'UNFPA, « les gens ne pensent pas seulement aux enfants qu'ils vont avoir, mais au monde dont leurs enfants vont hériter » (pour en savoir plus, voir pages 8 et 9).

L'histoire nous offre cependant une solution toute tracée : le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Ce document, d'une

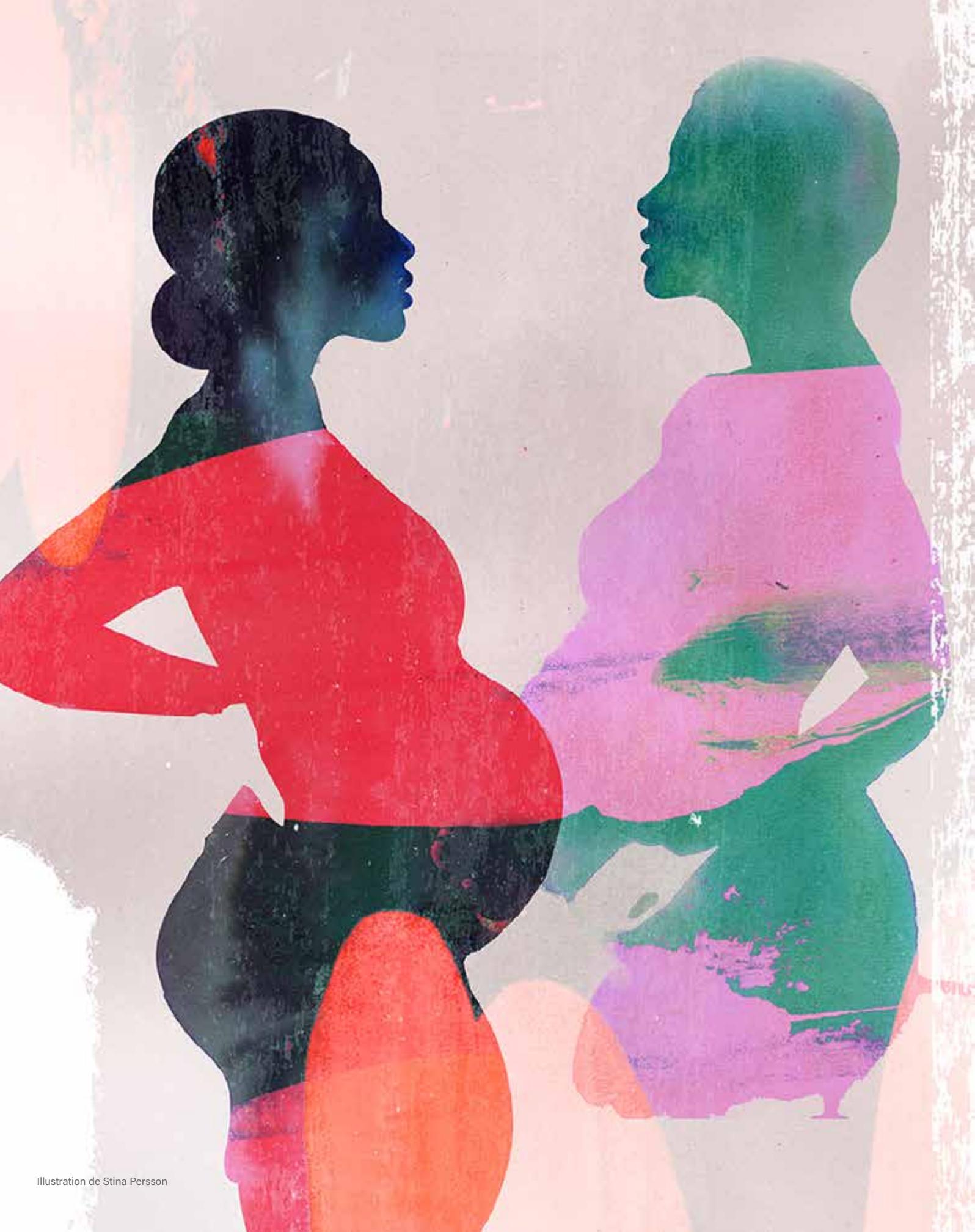
importance capitale, propose en effet de nombreuses pistes pour répondre aux défis du monde actuel. Il appelle les gouvernements à « formuler des politiques en faveur de la famille dans les domaines du logement, du travail, de la santé, de la sécurité sociale et de l'éducation en vue de créer un environnement propice ». Le Programme insiste également sur la nécessité « d'encourager la participation des hommes et des femmes, sur un pied d'égalité, à tous les aspects de l'exercice des responsabilités familiales et domestiques, notamment la planification familiale, l'éducation des enfants et les tâches domestiques ». À cette fin, il préconise de donner « aux hommes et aux femmes la possibilité de prendre un congé familial afin qu'ils soient mieux à même de trouver le juste équilibre entre leurs responsabilités au foyer et dans la société » (UNFPA, 2014).

Bien qu'adopté il y a plus de 30 ans, ce programme a anticipé un certain nombre de problématiques que l'on considère aujourd'hui comme des enjeux contemporains : le vieillissement de la population, l'importance d'aider les familles à « prendre soin des personnes âgées », la nécessité d'adopter des lois et politiques reflétant la « diversité des formes que prennent les familles », ainsi que le fait que les parents soient « davantage tributaires de tiers qu'ils ne l'étaient auparavant » pour pouvoir concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales.

Plus marquant encore, ce document a permis de parvenir à un consensus mondial sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et avec discernement du nombre d'enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire. Cet objectif doit rester une priorité et être concrétisé pour tous, partout dans le monde, indépendamment des considérations nationales liées aux taux de fécondité.



Illustration de Marianna Gefen



INDICATEURS

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation
des objectifs de la CIPD : Santé sexuelle
et procréative **page 124**

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation
des objectifs de la CIPD : Égalité des genres,
droits et capital humain **page 130**

Indicateurs démographiques **page 136**

Notes techniques **page 142**

Santé sexuelle et procréative

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels		
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage				Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage							
Monde et régions	2023	2023	2023	2024	2023	2025		2025		2025		2025	2022	2021		
Monde	197	174	234	87	0,17	49	64	44	58	8	11	77	76	68		
Régions développées	–	–	–	99	0,14	58	71	52	63	7	8	81	87	84		
Régions en développement	–	–	–	82	0,17	50	68	46	61	7	9	80	72	64		
Pays les moins avancés	313	277	368	69	0,30	32	43	28	37	15	19	60	71	44		
Régions de l'UNFPA																
Afrique de l'Est et Afrique australe	276	233	352	74	0,73	35	44	32	40	15	20	64	72	46		
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	669	538	920	62	0,34	22	25	19	21	16	21	49	70	40		
Amérique latine et Caraïbes	77	68	88	92	0,20	58	75	55	71	8	10	83	75	76		
Asie et Pacifique	102	89	120	87	0,07	52	70	47	63	6	9	81	74	68		
États arabes	133	98	184	84	0,05	33	53	28	45	10	15	65	65	61		
Europe de l'Est et Asie centrale	18	15	22	99	0,10	43	63	34	49	8	12	67	84	74		
Pays, territoires et autres entités																
Afghanistan	521	339	942	68	0,04	21	30	18	26	15	23	51	56	41		
Afrique du Sud	118	92	137	97	2,70	51	59	51	59	10	14	83	95	71		
Albanie	7	3	13	100	0,03	47	64	20	26	10	13	36	79	64		
Algérie	62	46	87	99	0,05	33	60	28	52	7	11	72	–	74		
Allemagne	4	3	5	96	–	55	68	54	67	6	9	88	87	88		
Angola	183	117	286	50	0,44	18	19	16	17	26	34	38	62	37		
Antigua-et-Barbuda	35	19	55	99	–	41	62	39	59	10	13	76	–	76		
Arabie saoudite	7	5	11	100	0,04	23	41	19	34	11	21	55	–	74		
Argentine	33	26	41	99	0,09	58	71	56	68	10	11	83	92	79		
Arménie	19	15	30	100	0,19	37	60	21	33	7	12	47	87	68		
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Australie	2	2	3	99	–	58	67	56	64	7	10	86	–	87		
Autriche	6	4	11	98	–	66	73	63	70	5	7	89	–	85		
Azerbaïdjan	18	12	29	100	0,05	35	58	15	25	8	13	36	–	66		
Bahamas	76	50	130	99	0,16	45	65	43	64	10	12	78	–	77		
Bahreïn	17	12	25	98	–	37	63	27	45	7	12	60	73	76		
Bangladesh	115	82	167	70	0,01	54	65	46	56	8	10	75	–	52		
Barbade	35	18	56	98	0,14	50	63	47	60	12	14	75	44	77		
Bélarus	1	1	2	100	0,10	52	62	45	53	11	11	73	83	79		
Belgique	4	3	5	–	–	61	67	60	66	6	8	91	–	86		
Belize	67	39	111	95	0,39	44	58	41	54	13	17	72	43	68		
Bénin	518	393	740	81	0,10	20	23	16	19	21	29	39	91	38		
Bhoutan	47	30	69	99	0,10	40	62	39	60	8	12	81	83	60		
Bolivie (État plurinational de)	146	98	243	72	0,16	45	68	34	51	10	15	62	94	65		
Bosnie-Herzégovine	6	3	10	100	0,02	39	51	20	23	9	13	43	70	66		
Botswana	155	96	268	100	1,90	58	70	57	69	8	10	87	64	55		
Bésil	67	52	88	98	0,24	67	80	65	78	6	7	90	–	80		
Brunéi Darussalam	36	25	52	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78		
Bulgarie	6	3	9	94	0,03	66	80	52	60	5	7	73	62	73		
Burkina Faso	242	155	367	96	0,08	33	37	31	35	13	16	67	81	40		
Burundi	392	251	611	75	0,12	21	35	19	31	16	26	52	65	41		

Santé sexuelle et procréative

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels		
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage				Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage					
	2023	2023	2023	2004-2024	2023	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2022	2021			
Cabo Verde	40	22	65	97	0,52	45	59	44	58	12	15	78	84	71		
Cambodge	137	96	239	99	0,07	43	64	32	47	8	11	63	98	58		
Cameroun	258	196	359	69	–	25	25	21	19	15	21	52	–	44		
Canada	12	8	18	98	–	73	82	70	80	3	4	93	–	91		
Chili	10	7	13	100	0,18	66	78	61	72	6	8	86	–	82		
Chine	16	11	21	100	–	67	85	65	83	3	3	92	–	81		
Chine, région administrative spéciale de Hong Kong	–	–	–	–	–	50	70	47	68	7	10	84	–	–		
Chine, région administrative spéciale de Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Chypre	14	8	25	100	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81		
Colombie	59	45	76	98	0,25	64	82	60	77	5	6	87	96	80		
Comores	179	103	308	97	0,01	13	17	10	13	22	32	28	–	48		
Congo	241	144	453	94	1,70	43	46	31	30	14	18	54	55	41		
Costa Rica	24	19	28	99	0,17	55	74	53	72	9	10	84	84	81		
Côte d'Ivoire	359	237	568	84	0,35	29	29	25	25	17	21	54	64	43		
Croatie	3	2	4	100	0,01	46	71	33	47	4	8	66	98	80		
Cuba	35	29	42	100	0,18	63	62	62	61	10	13	84	–	83		
Curaçao	–	–	–	–	–	39	46	36	43	15	21	67	–	–		
Danemark	4	3	5	96	0,01	63	77	59	73	5	6	88	87	82		
Djibouti	162	80	337	87	0,29	16	32	16	31	13	25	54	–	44		
Dominique	36	22	61	100	–	48	63	46	61	11	13	78	–	49		
Égypte	17	11	23	97	0,07	42	62	40	60	8	11	81	–	70		
El Salvador	39	25	63	98	0,13	52	74	49	69	8	10	82	92	78		
Émirats arabes unis	3	2	4	100	–	37	53	30	42	11	16	62	–	82		
Équateur	55	48	66	96	0,12	54	80	49	73	7	6	81	92	77		
Érythrée	291	176	483	34	0,06	9	15	9	14	16	28	35	–	45		
Espagne	3	2	4	100	0,05	64	68	62	66	5	11	89	–	85		
Estonie	5	3	9	99	0,08	63	75	52	63	5	7	77	98	79		
Eswatini	118	72	209	93	4,20	47	62	46	61	12	16	79	98	56		
État de Palestine ²	16	9	26	100	–	39	62	30	47	7	10	65	68	–		
États-Unis d'Amérique	17	13	21	99	–	60	76	53	67	5	6	80	–	86		
Éthiopie	195	128	332	50	0,07	28	39	28	38	15	21	64	73	35		
Fédération de Russie	9	6	15	100	–	49	68	43	58	7	9	76	70	79		
Fidji	30	20	47	100	0,40	25	38	22	33	15	23	55	–	58		
Finlande	8	5	14	100	–	79	82	74	78	3	4	91	98	86		
France	7	6	10	98	0,09	67	78	64	75	4	4	91	–	85		
Gabon	233	134	424	95	0,79	26	28	20	19	21	28	43	58	49		
Gambie	354	245	504	84	0,53	15	22	14	20	15	24	46	–	46		
Géorgie	20	13	27	100	0,14	32	49	23	35	12	18	53	94	68		
Ghana	234	155	344	88	0,56	31	37	24	30	14	22	53	66	48		
Grèce	5	3	8	100	0,05	50	74	37	52	4	7	68	72	77		
Grenade	48	29	95	100	–	45	65	42	60	10	12	76	–	70		
Guadeloupe	–	–	–	–	–	40	58	36	51	11	15	72	–	–		
Guam	–	–	–	–	–	37	66	33	56	7	10	75	–	–		

Santé sexuelle et procréative

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels				
	2023	2023	2023	2004-2024	2023	Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		2025					2025	2025	2022	2021
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage							
Guatemala	94	82	106	70	0,09	43	65	37	55	8	12	72	-	59				
Guinée	494	337	764	55	0,33	15	15	14	14	18	23	44	79	40				
Guinée équatoriale	174	103	309	68	-	19	19	16	16	22	31	40	-	46				
Guinée-Bissau	505	313	851	54	0,53	33	25	31	24	16	19	64	80	37				
Guyana	75	59	103	98	0,73	30	39	28	38	19	28	58	87	76				
Guyane française	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Haiti	328	218	569	42	0,48	30	40	27	37	23	32	52	65	54				
Honduras	47	37	62	94	0,05	50	73	47	67	8	10	80	80	64				
Hongrie	12	8	18	100	-	50	70	45	63	7	9	80	93	79				
Îles Salomon	123	65	231	86	-	24	33	20	27	14	18	53	-	47				
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	100	-	37	40	36	39	18	22	64	-	-				
Îles Vierges américaines	-	-	-	-	-	53	75	49	70	8	8	80	-	-				
Inde	80	73	87	89	0,05	51	68	45	59	7	9	78	74	63				
Indonésie	140	93	235	97	0,10	38	54	38	53	10	14	78	77	55				
Iran (République islamique d')	16	10	22	99	0,03	57	82	46	66	3	4	76	63	74				
Iraq	66	41	116	96	-	39	57	28	41	8	12	60	59	59				
Irlande	4	3	5	100	0,04	65	70	63	67	5	9	89	-	83				
Islande	3	1	6	97	0,03	-	-	-	-	-	-	-	-	89				
Israël	2	1	4	100	0,03	40	73	31	56	5	8	69	-	85				
Italie	6	5	9	99	0,03	59	67	49	52	5	9	77	-	84				
Jamaïque	130	96	175	100	0,42	37	66	34	60	9	10	73	76	74				
Japon	3	2	4	100	-	51	59	46	52	9	15	76	85	83				
Jordanie	31	24	41	100	0,00	33	60	23	41	6	11	58	56	65				
Kazakhstan	10	7	14	100	0,12	43	54	41	51	10	14	77	65	80				
Kenya	379	267	547	89	0,31	46	64	43	61	6	9	82	48	53				
Kirghizistan	42	33	55	100	0,11	26	43	25	41	10	17	68	73	69				
Kiribati	80	34	152	92	-	24	33	20	27	16	22	50	-	48				
Koweït	8	5	12	99	0,04	36	60	30	50	8	13	68	-	78				
Lesotho	478	298	725	89	3,00	50	67	49	67	9	13	83	-	53				
Lettonie	19	13	28	98	0,15	58	72	52	62	6	9	81	70	75				
Liban	15	11	21	98	0,05	32	62	25	47	7	12	64	-	73				
Libéria	628	436	913	84	0,15	29	29	28	28	24	30	52	-	45				
Libye	59	23	154	100	-	16	41	11	27	10	25	42	-	62				
Lituanie	8	5	12	100	0,06	47	71	39	58	6	8	73	87	75				
Luxembourg	12	7	19	100	0,08	-	-	-	-	-	-	-	-	83				
Macédoine du Nord	3	1	5	100	0,02	44	54	22	22	9	13	41	-	74				
Madagascar	445	326	652	46	-	42	52	36	46	12	14	68	-	35				
Malaisie	26	24	34	100	0,09	30	50	23	37	12	19	54	83	76				
Malawi	225	153	352	96	0,61	50	67	49	66	12	14	79	79	48				
Maldives	32	22	50	100	-	17	25	14	20	20	29	37	93	61				
Mali	367	268	498	66	0,24	20	22	19	22	20	23	48	-	41				
Malte	8	4	14	100	0,09	54	80	43	63	3	5	76	-	85				
Maroc	70	51	94	87	0,03	41	71	35	62	7	10	75	-	69				
Martinique	-	-	-	-	-	40	60	37	54	10	15	73	-	-				

Santé sexuelle et procréative

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse*	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute*	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels				
	2023	2023	2023	2004-2024		2023	Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		2025				2025	2022	2021	
							Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes							Femmes mariées ou en concubinage
Maurice	66	44	105	100	0,86	36	67	26	46	7	9	59	75	66				
Mauritanie	381	263	561	70	0,06	12	17	11	15	21	30	34	65	40				
Mexique	42	32	50	88	0,15	53	73	51	69	9	11	82	86	75				
Micronésie (États fédérés de)	129	56	302	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48				
Mongolie	41	27	58	100	0,01	41	58	38	53	12	15	71	-	65				
Monténégro	6	3	10	99	0,04	23	27	17	17	14	22	44	52	72				
Mozambique	82	60	113	68	2,60	28	29	27	28	21	25	55	-	44				
Myanmar	185	124	311	60	0,19	35	60	34	58	8	13	80	91	52				
Namibie	139	91	223	88	2,20	53	62	53	61	10	14	83	88	63				
Népal	142	99	234	80	0,02	43	56	36	47	15	20	61	48	54				
Nicaragua ¹	60	45	77	94	0,10	59	82	57	79	5	6	88	75	70				
Niger	350	227	563	44	0,05	12	15	12	14	16	20	41	-	35				
Nigéria	993	718	1 540	51	0,34	20	24	16	19	15	19	46	-	38				
Norvège	1	1	2	99	-	68	85	63	80	3	4	89	100	87				
Nouvelle-Calédonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Nouvelle-Zélande	7	4	9	96	0,01	64	81	60	75	4	5	88	95	85				
Oman	13	9	19	100	0,02	22	39	15	27	13	24	44	70	70				
Ouganda	170	116	298	88	0,86	41	52	36	47	15	20	65	-	49				
Ouzbékistan	26	18	40	99	0,10	47	62	45	59	8	11	81	92	75				
Pakistan	155	107	241	68	-	27	41	21	32	11	16	55	69	45				
Panama	37	30	43	93	0,35	47	60	45	57	13	17	74	72	78				
Papouasie-Nouvelle-Guinée	189	119	307	56	0,65	29	40	24	33	17	24	52	-	30				
Paraguay	58	42	81	91	0,20	58	73	55	68	8	8	83	76	72				
Pays-Bas (Royaume des)	4	3	6	-	-	63	73	60	70	5	7	88	100	85				
Pérou	51	40	62	95	0,19	54	78	42	60	5	7	72	85	71				
Philippines	84	64	119	90	0,24	35	59	26	44	8	12	61	80	58				
Pologne	2	1	3	100	-	54	74	44	59	6	8	73	89	82				
Polynésie française	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Porto Rico	11	7	19	-	-	52	82	47	74	7	4	80	-	-				
Portugal	15	9	24	97	0,05	58	74	50	63	4	7	80	95	88				
Qatar	4	2	6	100	0,04	33	50	28	42	9	14	66	71	76				
République arabe syrienne	20	11	38	96	0,00	35	62	26	47	7	12	63	81	64				
République centrafricaine	692	333	1 299	40	-	22	24	17	19	21	26	40	77	32				
République de Corée	4	3	5	100	-	51	83	45	70	4	6	82	-	89				
République de Moldova	19	13	27	100	0,30	48	59	39	47	12	15	65	-	71				
République démocratique du Congo	427	283	775	85	0,17	27	31	17	18	20	25	37	-	42				
République démocratique populaire lao	112	75	182	80	0,18	40	62	35	55	9	13	73	96	52				
République dominicaine	124	86	185	99	0,36	57	73	54	70	8	10	84	-	77				
République populaire démocratique de Corée	67	38	114	100	-	62	75	59	72	7	8	86	83	68				
République-Unie de Tanzanie	276	192	429	85	0,85	33	40	28	34	16	20	57	-	43				
Réunion	-	-	-	-	-	51	72	50	70	8	9	84	-	-				
Roumanie	12	7	18	98	0,02	53	71	45	59	6	8	76	98	78				
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	8	6	12	-	-	71	76	65	69	5	7	86	96	88				

Santé sexuelle et procréative

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ¹	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ²	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ²	Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels
	2023	2023	2023	2004-2024	2023	Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Besoins de planification familiale non satisfaits		2025	2022	2021
						Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Femmes mariées ou en concubinage			
Rwanda	229	158	373	94	0,24	40	67	37	62	9	12	76	82	49
Sahara occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	74	36	118	100	0,32	48	60	45	56	12	14	75	-	79
Saint-Marin	8	3	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77
Saint-Martin (partie néerlandaise)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	56	32	87	99	-	48	66	46	63	10	12	78	81	69
Sainte-Lucie	44	26	77	100	0,14	49	61	46	57	12	14	75	33	77
Samoa	101	46	233	89	-	14	22	13	20	27	42	32	22	55
Sao Tomé-et-Principe	75	42	138	97	-	38	52	36	48	19	24	62	46	59
Sénégal	237	173	365	94	0,16	21	29	20	28	13	19	58	75	50
Serbie	11	8	16	100	0,03	47	59	30	30	6	11	56	99	72
Seychelles	42	26	64	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
Sierra Leone	354	249	537	87	0,39	29	28	29	28	19	23	60	65	41
Singapour	6	4	11	100	0,03	34	68	30	60	5	10	78	46	89
Slovaquie	4	3	7	97	0,02	55	79	48	67	5	6	79	86	82
Slovénie	3	2	6	100	-	49	79	41	67	3	5	80	-	84
Somalie	563	244	1 089	32	-	8	11	2	3	17	26	10	-	27
Soudan	256	159	415	78	0,11	12	18	11	16	17	27	37	57	44
Soudan du Sud	692	400	1 254	40	0,56	7	9	7	8	22	29	23	16	34
Sri Lanka	18	15	25	100	0,01	46	68	37	56	5	7	74	86	67
Suède	4	3	6	-	-	59	70	56	68	6	8	87	100	85
Suisse	5	4	8	-	0,02	73	73	68	68	4	7	89	94	86
Suriname	84	54	121	100	0,83	35	49	35	48	14	21	70	-	63
Tadjikistan	14	8	25	98	0,03	24	34	22	32	15	21	57	-	67
Tchad	748	493	1 248	47	0,25	8	9	7	8	19	25	27	59	29
Tchéquie	3	2	4	100	0,02	63	84	57	76	4	4	84	79	84
Thaïlande	34	26	49	100	0,13	41	76	40	74	4	7	89	-	82
Timor-Leste	192	125	288	69	0,08	21	36	19	32	13	22	56	-	52
Togo	349	219	526	69	0,26	26	29	23	27	22	29	50	-	44
Tonga	67	30	156	98	-	18	34	16	29	13	25	50	-	57
Trinité-et-Tobago	54	40	69	99	-	32	42	26	37	17	22	54	27	75
Tunisie	36	23	53	98	0,07	31	57	27	50	8	14	69	-	67
Türkiye	15	11	22	97	-	43	72	30	50	6	9	63	78	76
Turkménistan	5	2	8	100	-	36	54	34	51	8	12	77	94	75
Tuvalu	170	75	409	100	-	20	27	18	24	19	27	46	-	52
Ukraine	15	9	25	100	-	53	69	45	56	6	9	76	95	76
Uruguay	15	11	20	100	0,24	57	79	55	77	6	7	87	97	82
Vanuatu	100	38	265	91	-	38	49	33	42	15	19	61	-	47
Venezuela (République bolivarienne du) ³	227	148	371	99	0,27	54	76	51	72	7	9	82	-	75
Viet Nam	48	31	69	98	0,06	58	79	48	66	4	6	78	54	68
Yémen	118	71	212	61	0,05	31	48	23	35	14	21	52	65	42
Zambie	85	61	126	94	1,20	38	55	37	53	14	17	70	91	56
Zimbabwe	358	236	484	86	0,98	51	69	50	69	8	9	86	73	55

NOTES

- Données non disponibles.
- ^a Le RMM a été arrondi comme suit : < 100, arrondi à l'unité la plus proche ; 100-999, arrondi à l'unité la plus proche ; ≥ 1 000, arrondi à la dizaine la plus proche.
- ¹ Le Gouvernement du Nicaragua fait état du renforcement de ses services de santé maternelle et néonatale, ainsi que d'une diminution progressive du taux de mortalité maternelle, publiant officiellement un taux de 31,4 pour 100 000 naissances vivantes pour l'année 2021.
- ² La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».
- ³ Le chiffre indiqué pour le Venezuela reflète l'estimation globale présentée par le Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG), basée sur des données qui ont marqué un pic de mortalité maternelle, avant la mise en place du plan accéléré du Gouvernement pour réduire la mortalité maternelle, avec le soutien technique des Nations Unies. Le Gouvernement de la République bolivarienne du Venezuela fait état d'un déclin progressif, communiquant un chiffre de 65,56 pour 100 000 naissances vivantes, selon les estimations nationales officielles pour 2024.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Ratio de mortalité maternelle : Nombre de décès maternels sur une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période (indicateur 3.1.1 des ODD).

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié : Pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) (indicateur 3.1.2 des ODD).

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus : Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes-années au sein de la population séronégative (indicateur 3.3.1 des ODD).

Taux de recours à la contraception : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à un moyen de contraception.

Taux de recours à la contraception (méthodes modernes) : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à une méthode moderne de contraception.

Besoins de planification familiale non satisfaits : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui souhaitent arrêter ou retarder la procréation, mais n'utilisent pas de contraception.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes : Pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans satisfaite par le recours à une méthode moderne de contraception (indicateur 3.7.1 des ODD).

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation : Degré auquel les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (indicateur 5.6.2 des ODD).

Indice de couverture des services de santé universels : Couverture moyenne des services de santé essentiels, mesurée à partir des interventions de référence concernant la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier (indicateur 3.8.1 des ODD).

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Ratio de mortalité maternelle : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) – groupe constitué de la Banque mondiale, de la Division de la population des Nations Unies, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'UNFPA, 2025.

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, 2025, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune.

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus : estimations relatives au VIH, ONUSIDA, 2024.

Taux de recours à la contraception : Division de la population des Nations Unies, 2025.

Taux de recours à la contraception (méthodes modernes) : Division de la population des Nations Unies, 2025.

Besoins de planification familiale non satisfaits : Division de la population des Nations Unies, 2025.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes : Division de la population des Nations Unies, 2025.

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation : UNFPA, 2022.

Indice de couverture des services de santé universels : OMS, 2023.

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Monde et régions	2025	2024	2023	2018	2024	2024	2024	2024	2023	2023	2023	2023
Monde	38	19	-	13	56	75	88	75	84,35	0,99	67,14	0,99
Régions développées	8	-	-	-	87	98	96	92	-	-	-	-
Régions en développement	41	-	-	-	56	74	88	75	-	-	-	-
Pays les moins avancés	88	36	-	22	46	68	86	68	-	-	-	-
Régions de l'UNFPA												
Afrique de l'Est et Afrique australe	92	30	-	24	48	76	88	67	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	101	33	18	15	26	44	80	55	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	51	21	-	8	72	86	91	90	-	-	-	-
Asie et Pacifique	24	18	-	13	63	79	91	81	-	-	-	-
États arabes	42	17	54	15	58	92	91	67	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	18	10	-	9	70	89	91	81	-	-	-	-
Pays, territoires et autres entités	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Afghanistan	62	29	-	35	-	-	-	-	-	-	45	0,55
Afrique du Sud	40	4	-	13	61	94	85	72	97	0,98	-	-
Albanie	10	12	-	6	62	92	83	77	95	0,93	89	0,99
Algérie	11	4	-	-	-	-	-	-	97	1,00	80	1,10
Allemagne	6	-	-	-	-	-	-	-	98	1,01	88	0,99
Angola	163	30	-	25	39	75	74	63	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	33	-	-	-	-	-	-	-	99	-	91	0,99
Arabie saoudite	8	3	-	-	-	-	-	-	99	1,00	99	1,00
Argentine	26	16	-	5	92	98	95	99	99	-	95	1,09
Arménie	11	5	-	5	62	96	83	76	94	0,97	89	1,04
Aruba	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australie	7	-	-	3	-	-	-	-	98	1,00	94	1,05
Autriche	4	-	-	4	96	99	99	98	99	1,00	92	1,02
Azerbaïdjan	37	15	-	5	-	-	-	-	91	0,99	84	1,05
Bahamas	28	-	-	-	-	-	-	-	90	-	81	1,15
Bahreïn	7	-	-	-	87	93	92	79	100	-	98	-
Bangladesh	71	51	-	23	64	77	94	86	76	1,32	75	1,02
Barbade	48	29	-	-	-	-	-	-	99	0,99	92	1,03
Bélarus	12	5	-	6	-	-	-	-	96	1,00	95	1,04
Belgique	4	0	-	5	-	-	-	-	99	1,00	98	1,00
Belize	52	34	-	8	-	-	-	-	94	0,99	72	1,08
Bénin	77	28	9	15	32	52	66	59	53	0,91	32	0,79
Bhoutan	6	26	-	9	-	-	-	-	90	1,19	79	1,25
Bolivie (État plurinational de)	71	20	-	18	-	-	-	-	93	1,00	81	1,01
Bosnie-Herzégovine	9	4	-	3	-	-	-	-	98	-	77	1,09
Botswana	48	-	-	17	-	-	-	-	91	1,01	69	1,08
Brésil	40	26	-	7	-	-	-	-	96	1,03	92	1,02
Brunéi Darussalam	9	-	-	-	-	-	-	-	99	-	74	1,10
Bulgarie	37	-	-	6	-	-	-	-	94	1,00	89	0,97
Burkina Faso	93	51	56	11	12	33	56	41	44	1,17	24	1,23
Burundi	58	19	-	22	40	72	88	60	65	1,10	37	1,16

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

Égalité des genres, droits et capital humain

Pays, territoires et autres entités	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 45 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Cabo Verde	50	8	-	11	-	-	-	-	92	1,04	83	1,15
Cambodge	48	18	-	9	80	92	93	91	86	0,86	50	1,29
Cameroun	98	30	1	22	35	55	74	67	53	0,93	35	0,87
Canada	5	-	-	3	-	-	-	-	99	-	85	1,00
Chili	6	-	-	6	-	-	-	-	99	-	99	0,99
Chine	6	3	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine, région administrative spéciale de Hong Kong	1	-	-	3	84	96	88	98	-	1,00	76	0,99
Chine, région administrative spéciale de Macao	0	-	-	-	-	-	-	-	90	0,97	86	1,05
Chypre	8	-	-	3	-	-	-	-	100	-	99	0,99
Colombie	39	23	-	12	-	-	-	-	96	1,02	87	1,03
Comores	74	21	-	8	21	47	71	47	66	1,01	40	1,06
Congo	111	27	-	-	27	41	87	71	-	-	-	-
Costa Rica	25	17	-	7	-	-	-	-	94	1,00	89	1,02
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	19	43	53	47	68	1,00	52	1,00
Croatie	7	-	-	4	95	100	97	98	-	-	94	1,06
Cuba	49	29	-	5	-	-	-	-	94	0,99	78	1,04
Curaçao	20	-	-	-	-	-	-	-	100	-	95	1,00
Danemark	1	1	-	3	95	99	97	99	99	1,00	91	1,01
Djibouti	21	7	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	49	-	-	-	-	-	-	-	93	0,90	89	0,97
Égypte	37	16	87	15	-	-	-	-	92	1,00	70	0,94
El Salvador	50	20	-	6	-	-	-	-	78	1,05	56	1,09
Émirats arabes unis	3	-	-	-	-	-	-	-	100	-	100	1,00
Équateur	50	22	-	8	87	100	92	95	86	1,02	88	1,04
Érythrée	76	41	83	-	-	-	-	-	63	0,85	56	0,82
Espagne	5	-	-	3	-	-	-	-	98	1,00	94	1,01
Estonie	5	-	-	4	-	-	-	-	98	1,00	91	1,01
Eswatini	87	2	-	18	73	95	94	79	-	-	-	-
État de Palestine ¹	43	13	-	19	-	-	-	-	94	1,01	76	1,18
États-Unis d'Amérique	14	-	-	6	-	-	-	-	99	1,01	95	1,03
Éthiopie	72	40	65	27	38	82	91	46	-	-	30	1,01
Fédération de Russie	13	6	-	-	-	-	-	-	100	-	55	0,94
Fidji	31	4	-	23	62	86	84	77	97	-	78	1,12
Finlande	3	0	-	8	-	-	-	-	99	1,00	95	1,01
France	3	-	-	5	-	-	-	-	100	1,00	96	1,02
Gabon	100	13	-	22	48	60	90	86	64	1,03	53	1,05
Gambie	65	23	73	10	20	49	87	45	86	1,22	58	1,33
Géorgie	22	9	-	3	65	95	79	84	98	-	98	0,99
Ghana	63	16	2	10	52	76	84	72	92	0,99	66	0,94
Grèce	7	-	-	5	-	-	-	-	99	1,00	97	1,00
Grenade	31	-	-	8	-	-	-	-	96	-	90	0,96
Guadeloupe	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Guatemala	58	30	-	7	65	77	91	89	63	0,96	37	1,06
Guinée	128	47	95	21	15	41	76	40	46	0,78	27	0,67
Guinée équatoriale	176	30	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	84	26	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	65	32	-	11	71	92	90	83	73	0,96	63	1,09
Guyane française	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	55	15	-	12	57	77	93	79	-	-	-	-
Honduras	97	34	-	7	70	84	88	94	57	1,08	39	1,22
Hongrie	17	-	-	6	-	-	-	-	97	1,00	90	1,01
Îles Salomon	49	21	-	28	-	-	-	-	77	1,04	64	1,08
Îles Turques-et-Caïques	13	23	-	-	-	-	-	-	90	-	94	0,78
Îles Vierges américaines	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	11	23	-	18	66	82	92	83	85	1,01	57	1,03
Indonésie	36	16	51	9	-	-	-	-	95	1,06	76	0,99
Iran (République islamique d')	23	17	-	18	-	-	-	-	93	0,99	79	1,00
Iraq	70	28	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	3	-	-	3	-	-	-	-	100	-	99	1,02
Islande	3	-	-	3	-	-	-	-	99	1,00	83	1,02
Israël	6	1	-	6	-	-	-	-	97	1,00	96	1,02
Italie	3	-	-	4	-	-	-	-	98	1,00	94	1,00
Jamaïque	35	27	-	7	-	-	-	-	79	1,02	81	0,99
Japon	2	-	-	4	-	-	-	-	100	-	98	1,02
Jordanie	17	10	-	14	76	94	96	83	95	0,98	83	1,13
Kazakhstan	17	7	-	6	-	-	-	-	96	0,99	99	1,00
Kenya	46	13	15	23	65	87	92	77	-	-	-	-
Kirghizistan	29	9	-	13	77	94	95	85	92	1,01	63	0,89
Kiribati	51	18	-	25	-	-	-	-	92	1,00	90	1,18
Koweït	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	53	13	-	17	69	94	94	76	68	1,13	41	1,20
Lettonie	9	-	-	6	-	-	-	-	98	1,00	92	1,03
Liban	17	6	-	-	-	-	-	-	67	1,06	45	1,34
Libéria	131	25	32	27	59	79	84	82	56	1,04	54	1,00
Libye	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	6	0	-	5	-	-	-	-	99	-	99	1,02
Luxembourg	3	-	-	4	-	-	-	-	98	1,01	86	1,04
Macédoine du Nord	14	8	-	4	88	98	99	90	-	-	-	-
Madagascar	143	39	-	-	72	87	93	88	61	1,05	31	1,00
Malaisie	6	-	-	-	-	-	-	-	83	1,06	64	1,14
Malawi	136	38	-	17	45	68	91	69	77	0,99	30	0,63
Maldives	8	2	13	6	54	89	84	70	96	-	68	1,18
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	-	-	-	-
Malte	10	-	-	4	-	-	-	-	98	1,00	90	1,04
Maroc	22	14	-	11	-	-	-	-	95	0,99	77	1,01
Martinique	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maurice	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

Égalité des genres, droits et capital humain

Pays, territoires et autres entités	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 45 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Mauritanie	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1,03	38	1,04
Mexique	40	18	–	10	–	–	–	–	92	1,03	69	1,13
Micronésie (États fédérés de)	33	–	–	21	–	–	–	–	78	1,02	65	1,06
Mongolie	17	8	–	12	63	85	84	80	94	1,03	95	–
Monténégro	9	6	–	4	–	–	–	–	100	–	87	1,05
Mozambique	158	48	–	16	31	70	67	47	59	0,93	43	0,88
Myanmar	36	16	–	11	68	85	98	81	89	1,07	64	1,21
Namibie	22	7	–	16	71	91	83	94	98	–	80	1,01
Népal	71	35	–	11	63	72	91	91	95	1,00	80	1,01
Nicaragua	71	35	–	6	–	–	–	–	83	0,90	63	0,99
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	26	0,96	12	0,83
Nigéria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–
Norvège	1	0	–	4	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Nouvelle-Calédonie	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	93	1,01
Oman	5	4	–	–	–	–	–	–	86	1,01	76	0,99
Ouganda	111	34	0	26	59	74	88	86	51	0,98	25	0,83
Ouzbékistan	37	3	–	–	70	89	90	85	97	1,00	94	1,00
Pakistan	41	18	–	16	32	52	85	55	68	0,84	50	0,86
Panama	52	26	–	8	79	94	89	95	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0,94	43	0,84
Paraguay	72	22	–	6	–	–	–	–	84	1,01	74	1,04
Pays-Bas	2	–	–	5	98	99	99	99	100	1,00	95	0,99
Pérou	29	19	–	11	–	–	–	–	–	–	91	1,01
Philippines	27	9	–	6	82	95	91	92	89	1,00	80	1,04
Pologne	6	–	–	3	–	–	–	–	100	1,00	99	1,01
Polynésie française	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	12	–	–	–	–	–	–	–	85	1,03	75	1,03
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	–	99	–
Qatar	4	2	–	–	–	–	–	–	95	1,02	87	1,06
République arabe syrienne	54	13	–	–	–	–	–	–	49	1,12	27	1,24
République centrafricaine	184	61	22	21	–	–	–	–	45	0,69	17	0,60
République de Corée	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1,00	96	0,99
République de Moldova	23	12	–	9	72	97	97	77	100	–	–	1,05
République démocratique du Congo	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
République démocratique populaire lao	89	31	–	8	–	–	–	–	64	1,01	36	0,92
République dominicaine	77	32	–	10	77	88	92	93	90	1,01	65	1,11
République populaire démocratique de Corée	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	112	29	8	24	50	74	85	68	50	1,10	15	0,85
Réunion	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	31	7	–	7	–	–	–	–	84	1,00	73	1,02
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	9	0	–	4	–	–	–	–	99	1,00	95	1,02

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement (premier cycle)	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2001-2024	2006-2024	2004-2023	2018	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2007-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024	2017-2024
Rwanda	24	6	–	24	61	83	95	76	95	1,03	62	1,06
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	81	1,56
Saint-Marin	1	–	–	–	–	–	–	–	91	0,99	40	0,89
Saint-Martin (partie néerlandaise)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	38	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	1,02
Sainte-Lucie	24	24	–	–	–	–	–	–	85	1,11	80	0,98
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	99	–	78	1,20
Sao Tomé-et-Principe	86	28	–	18	46	69	78	79	94	0,99	73	1,03
Sénégal	67	30	20	12	8	35	62	22	35	1,31	17	1,31
Serbie	14	6	–	4	84	100	86	98	100	–	88	1,04
Seychelles	49	–	–	–	–	–	–	–	98	0,98	82	1,09
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	91	1,16	73	1,07
Singapour	2	0	–	2	–	–	–	–	100	–	98	0,99
Slovaquie	25	–	–	6	–	–	–	–	98	1,00	92	1,00
Slovénie	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	97	1,01
Somalie	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	87	34	87	17	–	–	–	–	65	0,94	33	1,09
Soudan du Sud	158	52	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	16	10	–	4	–	–	–	–	93	1,02	78	1,05
Suède	2	–	–	6	–	–	–	–	100	1,00	97	1,00
Suisse	1	–	–	2	–	–	–	–	100	–	92	0,99
Suriname	40	36	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Tadjikistan	39	9	–	14	27	48	79	54	–	–	–	–
Tchad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0,76	26	0,65
Tchéquie	7	–	–	4	95	99	98	98	100	–	96	1,00
Thaïlande	18	17	–	9	–	–	–	–	100	–	83	1,15
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1,06	73	1,08
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	73	0,95	45	0,82
Tonga	30	10	–	17	–	–	–	–	99	–	67	1,33
Trinité-et-Tobago	36	4	–	8	–	–	–	–	72	1,04	96	–
Tunisie	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkiye	12	15	–	12	–	–	–	–	100	–	94	0,99
Turkménistan	22	6	–	–	43	86	68	65	–	–	–	–
Tuvalu	36	2	–	20	–	–	–	–	–	–	58	1,41
Ukraine	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1,01	78	1,07
Uruguay	23	25	–	4	92	99	96	97	100	1,00	91	1,06
Vanuatu	81	21	–	29	63	83	82	77	83	0,97	91	0,97
Venezuela (République bolivarienne du)	76	–	–	9	–	–	–	–	–	–	78	1,09
Viet Nam	29	15	–	10	–	–	–	–	97	0,96	67	1,13
Yémen	77	30	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Zimbabwe	87	34	–	18	60	87	93	72	86	1,03	51	0,99

NOTES

– Données non disponibles.

¹ La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de natalité chez les adolescentes : Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans (indicateur 3.7.2 des ODD).

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans : Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans (indicateur 5.3.1 des ODD).

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales féminines (indicateur 5.3.2 des ODD).

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple victimes de violences physiques ou sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire (indicateur 5.2.1 des ODD).

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : leur santé, le recours à la contraception et les rapports sexuels avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne leur santé (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions relatives au recours à la contraception : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne le recours à la contraception (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions relatives aux rapports sexuels : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne les rapports sexuels avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (premier cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (premier cycle) par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'enseignement secondaire (deuxième cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) par rapport à celui des garçons.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Taux de natalité chez les adolescentes : Division de la population des Nations Unies, 2025. Les moyennes régionales sont issues des Perspectives de la population mondiale : révision de 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans : UNICEF, 2025.

Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans : UNICEF, 2025.

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents : Groupe de travail interinstitutions sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des femmes (OMS, ONU-DC, ONU-Femmes, UNFPA, UNICEF et UNSD), 2021.

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation : UNFPA, 2025.

Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé : UNFPA, 2025.

Prise de décisions relatives au recours à la contraception : UNFPA, 2025.

Prise de décisions relatives aux rapports sexuels : UNFPA, 2025.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2025.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2025.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2025.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2025.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2025.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU), 2025.

Indicateurs démographiques

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Hommes	Femmes
Monde et régions										
Monde	8 232	82	24	16	24	65	10	2,2	71	76
Pays les moins avancés	1 216	30	38	22	31	58	4	3,8	64	69
Régions développées	1 287	–	15	11	17	64	21	1,5	77	83
Régions en développement	6 944	71	26	17	25	65	8	2,4	70	75
Régions de l'UNFPA										
Afrique de l'Est et Afrique australe	716	28	40	23	32	57	3	4,0	63	68
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	534	31	41	24	33	56	3	4,3	58	60
Amérique latine et Caraïbes	664	106	22	16	24	68	10	1,8	73	79
Asie et Pacifique	4 239	128	22	16	23	68	10	1,8	72	77
États arabes	439	36	33	20	29	62	5	3,2	70	74
Europe de l'Est et Asie centrale	254	63	23	15	21	66	12	2,1	72	79
Pays, territoires et autres entités										
Afghanistan	43,8	26	43	24	34	55	2	4,7	65	68
Afrique du Sud	64,8	62	26	17	24	67	7	2,2	63	70
Albanie	2,8	–	17	12	19	66	18	1,3	78	82
Algérie	47,4	54	30	18	24	63	7	2,7	75	78
Allemagne	84,1	–	14	9	14	62	24	1,5	79	84
Angola	39,0	23	44	24	32	53	3	5,0	62	68
Antigua-et-Barbuda	0,1	–	17	13	20	70	12	1,6	75	81
Arabie saoudite	34,6	40	24	15	23	73	3	2,3	78	82
Argentine	45,9	–	21	16	24	66	13	1,5	75	80
Arménie	3,0	–	19	13	19	67	14	1,7	72	80
Aruba ¹	0,1	–	17	13	19	66	18	1,6	74	79
Australie ²	27,0	72	18	12	18	64	18	1,6	82	86
Autriche	9,1	–	14	10	15	65	21	1,3	80	85
Azerbaïdjan ³	10,4	123	21	16	22	70	9	1,7	72	77
Bahamas	0,4	–	18	14	21	70	12	1,4	71	78
Bahreïn	1,6	33	18	12	18	78	4	1,8	81	82
Bangladesh	175,7	57	28	19	28	66	7	2,1	74	77
Barbade	0,3	–	17	12	19	66	17	1,7	74	79
Bélarus	9,0	–	16	12	17	66	18	1,2	70	79
Belgique	11,8	–	16	12	17	63	21	1,4	80	85
Belize	0,4	51	26	18	27	69	5	2,0	71	77
Bénin	14,8	29	41	23	32	56	3	4,4	60	63
Bhoutan	0,8	101	20	16	25	73	7	1,4	72	76
Bolivie (État plurinational de)	12,6	52	29	19	28	65	6	2,5	66	72
Bosnie-Herzégovine	3,1	–	13	10	15	64	23	1,5	75	81
Botswana	2,6	44	32	19	29	64	4	2,7	67	72
Bésil	212,8	–	19	14	21	69	11	1,6	73	79
Brunéi Darussalam	0,5	92	21	14	21	72	7	1,7	74	78
Bulgarie	6,7	–	14	10	15	63	22	1,7	73	80
Burkina Faso	24,1	32	41	25	34	56	3	4,0	59	64
Burundi	14,4	29	44	26	35	53	3	4,7	62	66
Cabo Verde	0,5	–	25	19	27	68	7	1,5	73	80

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Hommes	Femmes
Cambodge	17,9	60	30	19	27	64	6	2,5	68	74
Cameroun	29,9	27	41	23	32	56	3	4,2	62	67
Canada	40,1	77	15	11	17	65	20	1,3	81	85
Chili	19,9	–	17	12	19	69	15	1,1	80	83
Chine, région administrative spéciale de Hong Kong ⁵	7,4	–	10	8	11	66	24	0,7	83	88
Chine, région administrative spéciale de Macao ⁶	0,7	–	14	9	14	71	15	0,7	81	85
Chine ⁴	1 416,1	–	15	12	18	70	15	1,0	76	81
Chypre ⁷	1,4	79	16	10	16	69	15	1,4	80	84
Colombie	53,4	71	20	14	22	70	10	1,6	75	81
Comores	0,9	38	37	22	31	59	4	3,8	65	69
Congo	6,5	30	40	24	32	57	3	4,1	65	68
Costa Rica	5,2	–	18	14	21	69	13	1,3	79	84
Côte d'Ivoire	32,7	29	40	23	32	57	3	4,2	60	64
Croatie	3,9	–	14	10	15	63	24	1,5	76	82
Cuba	10,9	–	15	11	17	68	17	1,5	76	81
Curaçao ¹	0,2	–	15	12	18	68	17	1,1	73	81
Danemark ⁸	6,0	–	16	11	17	63	21	1,5	80	84
Djibouti	1,2	55	29	19	29	66	5	2,6	64	69
Dominique	0,1	–	18	13	20	69	13	1,5	68	75
Égypte	118,4	47	32	20	29	63	5	2,7	70	74
El Salvador	6,4	–	24	17	27	67	8	1,8	68	77
Émirats arabes unis	11,4	30	16	10	18	82	2	1,2	82	84
Équateur	18,3	82	24	17	26	68	9	1,8	75	80
Érythrée	3,6	33	38	24	35	58	4	3,6	67	71
Espagne ²¹	47,9	–	13	10	16	66	22	1,2	81	87
Estonie	1,3	–	15	11	16	63	22	1,4	75	83
Eswatini	1,3	64	33	21	31	63	4	2,7	61	67
État de Palestine ²²	5,6	39	38	22	31	59	4	3,2	70	77
États-Unis d'Amérique ²⁷	347,3	133	17	13	19	65	18	1,6	77	82
Éthiopie	135,5	28	39	22	32	58	3	3,8	65	71
Fédération de Russie	144,0	–	17	12	17	65	18	1,5	68	79
Fidji	0,9	–	27	18	26	67	7	2,3	66	70
Finlande ⁹	5,6	–	14	11	17	61	24	1,3	80	85
France ¹⁰	66,7	–	16	12	18	61	23	1,6	81	86
Gabon	2,6	33	36	21	29	60	4	3,5	66	71
Gambie	2,8	32	40	24	33	57	3	3,8	65	68
Géorgie ¹²	3,8	–	20	14	19	64	16	1,8	70	79
Ghana	35,1	38	35	22	31	61	4	3,3	63	68
Grèce	9,9	–	13	10	15	63	24	1,3	80	85
Grenade	0,1	–	19	15	22	68	13	1,5	73	79
Guadeloupe ¹¹	0,4	–	16	12	18	59	25	2,1	79	86
Guam ¹³	0,2	98	26	16	23	61	13	2,7	74	82
Guatemala	18,7	46	31	21	31	64	5	2,3	71	75

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Hommes	Femmes
Guinée	15,1	30	41	23	32	56	3	4,0	60	62
Guinée équatoriale	1,9	29	37	21	29	59	4	4,0	62	66
Guinée-Bissau	2,3	32	38	23	33	58	3	3,7	62	67
Guyana	0,8	118	29	18	27	64	7	2,4	67	74
Guyane française ¹¹	0,3	42	31	19	27	62	7	3,3	75	80
Haiti	11,9	62	31	20	29	64	5	2,6	62	69
Honduras	11,0	42	30	19	29	65	5	2,5	71	76
Hongrie	9,6	–	14	10	15	64	21	1,5	74	80
Îles Salomon	0,8	30	37	22	31	60	4	3,5	69	72
Îles Turques-et-Caïques ²³	0,1	104	16	11	16	72	12	1,4	76	81
Îles Vierges américaines ¹³	0,1	–	16	11	17	60	23	2,1	71	82
Inde	1 463,9	79	24	17	26	68	7	1,9	71	74
Indonésie	285,7	90	24	17	24	68	8	2,1	69	74
Iran (République islamique d')	92,4	81	22	15	21	69	9	1,7	76	80
Iraq	47,0	33	36	23	32	61	3	3,2	71	74
Irlande	5,3	72	18	14	20	66	16	1,6	81	85
Islande	0,4	62	18	12	19	67	16	1,5	82	85
Israël	9,5	51	27	17	24	60	13	2,8	81	85
Italie	59,2	–	12	9	15	63	25	1,2	82	86
Jamaïque	2,8	–	18	14	22	73	9	1,3	69	74
Japon	123,1	–	11	9	14	59	30	1,2	82	88
Jordanie	11,5	–	30	21	29	65	5	2,6	76	80
Kazakhstan	20,8	59	29	17	23	62	9	3,0	70	79
Kenya	57,5	36	36	23	33	61	3	3,1	62	66
Kirghizistan	7,3	47	32	19	27	62	6	2,8	68	76
Kiribati	0,1	48	34	21	28	61	4	3,1	65	68
Koweït	5,0	42	18	12	17	79	3	1,5	80	82
Lesotho	2,4	63	34	22	31	62	4	2,6	55	61
Lettonie	1,9	–	15	11	16	63	22	1,4	72	81
Liban	5,9	87	26	19	27	64	10	2,2	76	80
Libéria	5,7	34	39	24	33	58	3	3,8	61	64
Libye	7,5	66	27	19	27	68	5	2,3	71	75
Lituanie	2,8	–	15	10	15	65	21	1,2	72	81
Luxembourg	0,7	66	16	11	16	68	16	1,4	81	84
Macédoine du Nord	1,8	–	17	12	17	65	19	1,5	75	80
Madagascar	32,7	29	39	22	32	58	3	3,9	62	66
Malaisie ¹⁴	36,0	60	21	16	24	71	8	1,5	75	80
Malawi	22,2	27	40	25	34	57	3	3,5	64	71
Maldives	0,5	–	19	14	20	76	5	1,6	80	83
Mali	25,2	24	46	25	34	52	2	5,4	59	62
Malte	0,6	73	13	9	13	67	21	1,1	82	86
Maroc	38,4	79	25	17	25	66	8	2,2	74	78
Martinique ¹¹	0,3	–	15	11	16	59	26	2,0	80	86
Maurice ¹⁵	1,3	–	15	12	19	71	14	1,2	72	79
Mauritanie	5,3	25	42	24	33	54	3	4,6	67	71

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Hommes	Femmes
Mexique	132,0	86	24	17	25	67	9	1,9	73	78
Micronésie (États fédérés de)	0,1	–	31	21	30	62	6	2,7	64	71
Mongolie	3,5	60	32	20	26	63	5	2,6	68	77
Monténégro	0,6	–	18	13	19	64	18	1,8	74	81
Mozambique	35,6	25	44	24	33	53	3	4,6	61	67
Myanmar	54,9	111	24	16	24	68	8	2,1	64	71
Namibie	3,1	35	37	20	29	60	4	3,2	64	72
Népal	29,6	–	28	19	29	65	7	1,9	69	72
Nicaragua	7,0	54	28	19	28	66	6	2,2	73	78
Niger	27,9	22	46	25	34	51	3	5,8	61	63
Nigéria	237,5	34	41	24	34	56	3	4,3	54	55
Norvège ¹⁸	5,6	100	16	12	18	65	19	1,4	82	85
Nouvelle-Calédonie ¹¹	0,3	77	21	14	22	67	12	2,0	77	82
Nouvelle-Zélande ¹⁷	5,3	99	18	13	19	65	18	1,7	81	84
Oman	5,5	20	24	13	21	73	3	2,5	79	82
Ouganda	51,4	26	43	24	34	55	2	4,1	66	72
Ouzbékistan	37,1	38	31	17	23	63	6	3,5	70	76
Pakistan	255,2	44	36	22	32	59	4	3,5	66	70
Panama	4,6	58	25	17	24	66	10	2,1	77	83
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10,8	40	33	20	30	63	4	3,0	64	69
Paraguay	7,0	58	28	18	26	65	7	2,4	71	77
Pays-Bas (Royaume des) ¹⁶	18,4	116	15	11	17	64	21	1,4	81	84
Pérou	34,6	68	24	16	25	67	9	1,9	76	80
Philippines	116,8	86	27	20	29	67	6	1,9	67	73
Pologne	38,1	–	14	11	15	65	21	1,3	75	83
Polynésie française ¹¹	0,3	–	18	15	22	70	12	1,5	82	87
Porto Rico ¹³	3,2	–	11	10	17	63	25	0,9	79	86
Portugal	10,4	–	13	9	15	62	25	1,5	80	85
Qatar	3,1	34	15	9	14	83	2	1,7	82	84
République arabe syrienne	25,6	20	28	22	33	67	5	2,7	71	75
République centrafricaine	5,5	21	49	27	37	49	2	5,8	56	60
République de Corée	51,7	–	10	9	14	69	20	0,8	81	87
République de Moldova ¹⁹	3,0	–	20	14	19	64	17	1,7	67	76
République démocratique du Congo	112,8	22	46	23	32	51	3	5,9	60	64
République démocratique populaire lao	7,9	53	30	19	28	65	5	2,4	67	72
République dominicaine	11,5	88	26	17	26	66	8	2,2	71	77
République populaire démocratique de Corée	26,6	–	19	12	19	68	13	1,8	72	76
République-Unie de Tanzanie ²⁶	70,6	24	42	23	32	55	3	4,5	65	70
Réunion ¹¹	0,9	–	20	15	21	63	16	2,1	81	87
Roumanie	18,9	–	16	11	16	64	20	1,7	73	80
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ²⁵	69,6	122	17	12	18	63	20	1,5	80	83
Rwanda	14,6	31	37	22	32	59	4	3,6	66	70
Sahara occidental	0,6	41	23	15	22	70	7	2,2	70	74

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2025	
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	Hommes	Femmes
Saint-Kitts-et-Nevis	0,1	–	18	12	19	70	12	1,5	69	76
Saint-Marin	0,03	–	12	10	15	65	23	1,2	84	87
Saint-Martin (partie néerlandaise) ¹	0,0	55	15	12	18	71	14	1,4	74	80
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,1	–	21	15	22	67	12	1,8	69	75
Sainte-Lucie	0,2	–	17	13	20	73	10	1,4	70	77
Samoa	0,2	125	38	23	31	56	6	3,8	70	74
Sao Tomé-et-Principe	0,2	35	37	24	33	59	4	3,5	67	74
Sénégal	18,9	30	38	23	33	59	4	3,7	67	71
Serbie ²⁰	6,7	–	14	10	15	63	23	1,5	74	80
Seychelles	0,1	40	20	13	19	71	9	2,1	70	77
Sierra Leone	8,8	34	38	23	32	59	3	3,6	60	64
Singapour	5,9	110	12	9	18	74	14	1,0	82	86
Slovaquie	5,5	–	16	11	15	65	19	1,6	75	82
Slovénie	2,1	–	14	11	15	63	22	1,6	79	85
Somalie	19,7	21	47	23	32	51	3	5,9	57	62
Soudan	51,7	22	40	23	32	56	3	4,2	64	70
Soudan du Sud	12,2	35	38	26	37	59	3	3,7	55	61
Sri Lanka	23,2	133	22	15	23	66	12	1,9	75	81
Suède	10,7	–	17	12	18	62	21	1,4	82	85
Suisse	9,0	–	15	10	15	65	20	1,4	82	86
Suriname	0,6	81	25	17	26	66	8	2,2	71	77
Tadjikistan	10,8	39	36	21	28	60	4	3,0	70	74
Tchad	21,0	26	46	24	33	52	2	5,9	54	57
Tchéquie	10,6	–	15	11	16	64	21	1,5	77	83
Thaïlande	71,6	–	14	11	18	70	16	1,2	73	81
Timor-Leste	1,4	55	33	22	32	62	5	2,6	66	70
Togo	9,7	33	39	23	32	58	3	4,1	63	63
Tonga	0,1	–	35	24	33	58	7	3,1	70	77
Trinité-et-Tobago	1,5	–	17	13	19	70	13	1,5	71	77
Tunisie	12,4	124	24	16	22	67	10	1,8	74	80
Türkiye	87,7	–	21	15	22	68	11	1,6	75	81
Turkménistan	7,6	44	31	18	24	64	5	2,6	67	73
Tuvalu	0,0	–	33	20	27	60	7	3,1	64	71
Ukraine ²⁴	39,0	19	14	11	16	67	19	1,0	70	80
Uruguay	3,4	–	18	14	21	66	16	1,4	75	82
Vanuatu	0,3	31	38	22	30	58	4	3,5	70	74
Venezuela (République bolivarienne du)	28,5	–	25	19	27	65	10	2,1	69	77
Viet Nam	101,6	118	23	16	22	68	9	1,9	70	79
Yémen	41,8	24	41	22	31	56	3	4,4	67	72
Zambie	21,9	25	41	24	33	57	2	4,0	64	69
Zimbabwe	17,0	37	40	25	35	56	4	3,6	61	66

NOTES

- Données non disponibles
- ¹ Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte de cette région.
- ² Y compris l'Île Christmas, les Îles des Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.
- ³ Y compris le Haut-Karabakh.
- ⁴ Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne comprennent pas celles des Régions administratives spéciales (RAS) de Hong Kong et de Macao ni celles de la province chinoise de Taïwan.
- ⁵ Hong Kong est depuis le 1^{er} juillet 1997 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.
- ⁶ Macao est depuis le 20 décembre 1999 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.
- ⁷ Se rapporte à l'ensemble du pays.
- ⁸ Pour des raisons statistiques, les données concernant le Danemark ne tiennent pas compte du Groenland et des Îles Féroé.
- ⁹ Y compris les Îles Åland.
- ¹⁰ Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de la Guadeloupe, de la Guyane française, des Îles Wallis-et-Futuna, de la Martinique, de Mayotte, de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de la Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin (partie française) et de Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ¹¹ Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de cette région.
- ¹² Y compris l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.
- ¹³ Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de cette région.
- ¹⁴ Y compris le Sabah et le Sarawak.
- ¹⁵ Y compris Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.
- ¹⁶ Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte d'Aruba, de Bonaire, Saint-Eustache et Saba, de Curaçao et de Saint-Martin (partie néerlandaise).
- ¹⁷ Pour des raisons statistiques, les données concernant la Nouvelle-Zélande ne tiennent pas compte des Îles Cook, de Nioué et de Tokélaou.
- ¹⁸ Y compris les Îles Svalbard et Jan Mayen.
- ¹⁹ Y compris la Transnistrie.
- ²⁰ Pour des raisons statistiques, les données concernant la Serbie ne tiennent pas compte du Kosovo (province administrée par les Nations Unies en vertu de la résolution 1244 du Conseil de sécurité).
- ²¹ Y compris les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.
- ²² Y compris Jérusalem-Est.
- ²³ Pour des raisons statistiques, les données concernant le Royaume-Uni ne tiennent pas compte de cette région.
- ²⁴ Y compris la Crimée.
- ²⁵ Se rapporte au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Pour des raisons statistiques, les données concernant le Royaume-Uni ne tiennent pas compte d'Anguilla, des Bermudes, de Guernesey, de Gibraltar, de l'Île de Man, des Îles Caïmanes, des Îles Falkland (Malvinas), des Îles Turques-et-Caïques, des Îles Vierges britanniques, de Jersey, de Montserrat et de Sainte-Hélène.
- ²⁶ Y compris Zanzibar.
- ²⁷ Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de Guam, des Îles Mariannes du Nord, des Îles Vierges américaines, de Porto Rico et des Samoa américaines.
- ²⁸ Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, l'Australie/ Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

- ²⁹ Les régions en développement comprennent toutes les régions suivantes, couvertes par la Division de la population : l'Afrique, l'Asie (à l'exception du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population totale : estimation de la population nationale en milieu d'année.

Temps de doublement de la population, en années : nombre d'années nécessaires pour que la population totale double ses effectifs si le taux annuel de croissance démographique restait constant. Cet indicateur est calculé suivant la formule $\ln(2)/r$, r correspondant au taux annuel de croissance démographique. Le temps de doublement est calculé uniquement pour les populations qui augmentent rapidement (taux de croissance supérieur à 0,5 %).

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : part de la population âgée de 10 à 19 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : part de la population âgée de 65 ans et plus.

Taux de fécondité total : nombre d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge.

Espérance de vie à la naissance : espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Population totale : Perspectives de la population mondiale : révision de 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Temps de doublement de la population, en années : Perspectives de la population mondiale : révision de 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des Perspectives de la population mondiale 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des Perspectives de la population mondiale 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des Perspectives de la population mondiale 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des Perspectives de la population mondiale 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des Perspectives de la population mondiale 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Taux de fécondité total : Perspectives de la population mondiale : révision de 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Espérance de vie à la naissance : Perspectives de la population mondiale : révision de 2024. Division de la population des Nations Unies, 2024.

Notes techniques

Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2025* comprennent des indicateurs visant à surveiller les progrès du Plan directeur pour la suite à donner au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), ainsi que des objectifs de développement durable (ODD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques. Ces tableaux montrent l'importance qu'accorde l'UNFPA aux améliorations et aux résultats obtenus en vue de la réalisation d'un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes de collecte, d'analyse et d'extrapolation des données. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données. Dans certains cas, les données figurant dans ces tableaux sont donc différentes de celles qui proviennent des autorités nationales. Par conséquent, elles ne sont pas comparables à celles des précédents rapports sur l'*État de la population mondiale* en raison de l'actualisation des classifications régionales et des méthodes, ainsi que de la révision des données des séries chronologiques.

Les tableaux statistiques se fondent sur des enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que sur les estimations d'organismes des Nations Unies et de groupes interorganisations. Ils tiennent également compte des estimations et projections démographiques les plus récentes des Perspectives de la population mondiale : révision de 2024, ainsi que des estimations et projections modélisées des indicateurs de planification familiale 2024 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). Les données sont accompagnées de définitions et de notes, avec indication des sources. Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2025* présentent généralement les informations disponibles au mois d'avril 2025.

Classification régionale

Les chiffres présentés au début des tableaux statistiques pour chaque région de l'UNFPA sont calculés à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-après.

États arabes : Algérie ; Djibouti ; Égypte ; Iraq ; Jordanie ; Liban ; Libye ; Maroc ; Oman ; Palestine ; République arabe syrienne ; Somalie ; Soudan ; Tunisie ; Yémen.

Asie et Pacifique : Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Cambodge ; Chine ; Corée (République populaire démocratique de) ; Fidji ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Kiribati ; Malaisie ; Maldives ; Micronésie (États fédérés de) ; Mongolie ; Myanmar ; Nauru ; Népal ; Nioué ; Pakistan ; Palaos ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Philippines ; République démocratique populaire lao ; Samoa ; Sri Lanka ; Thaïlande ; Timor-Leste ; Tokelau ; Tonga ; Tuvalu ; Vanuatu ; Viet Nam.

Afrique de l'Est et Afrique australe : Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Érythrée ; Eswatini ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; République démocratique du Congo ; République-Unie de Tanzanie ; Rwanda ; Soudan du Sud ; Zambie ; Zimbabwe.

Europe de l'Est et Asie centrale : Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Macédoine du Nord ; Ouzbékistan ; République de Moldova ; Serbie ; Tadjikistan ; Turkménistan ; Turquie ; Ukraine.

Amérique latine et Caraïbes : Anguilla ; Antigua-et-Barbuda ; Argentine ; Aruba ; Bahamas ; Barbade ; Belize ; Bermudes ; Bolivie (État plurinational de) ; Brésil ; Chili ; Colombie ; Costa Rica ; Cuba ; Curaçao ; Dominique ; Équateur ; El Salvador ; Grenade ; Guatemala ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Îles Caïmanes ; Îles Turques-et-Caïques ; Îles Vierges britanniques ; Jamaïque ; Mexique ; Montserrat ; Nicaragua ; Panama ; Paraguay ; Pérou ; République dominicaine ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Martin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Sainte-Lucie ; Suriname ; Trinité-et-Tobago ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du).

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale : Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun ; Cabo Verde ; Congo (République du) ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; Togo.

Le terme « **régions développées** » est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions développées comprennent les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Le terme « **régions en développement** » est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions en développement comprennent toutes les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Afrique, l'Asie (à l'exception du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

Les **pays les moins avancés**, suivant la définition adoptée dans les résolutions 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 et 68/18 de l'Assemblée générale des Nations Unies, étaient au nombre de 44 (en décembre 2024) : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Yémen et Zambie. Ces pays font également partie des « régions en développement ». De plus amples informations sont disponibles à l'adresse suivante : un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/ldc_list.pdf.

Notes concernant certains indicateurs

Ratio de mortalité maternelle. Cet indicateur correspond au nombre de décès maternels sur une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période. Les estimations sont établies par le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) à partir de données issues de systèmes d'état civil, d'enquêtes auprès des ménages et de recensements de la population. Les estimations et les méthodologies employées sont régulièrement examinées par le MMEIG et d'autres organismes et établissements universitaires, et modifiées le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. Les estimations ne doivent pas être comparées aux estimations interorganisations antérieures.

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié. Cet indicateur correspond au pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) apte à dispenser des soins d'obstétrique vitaux (notamment assurer la supervision, prendre en charge et conseiller les femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, procéder seul(e) aux accouchements, et s'occuper des nouveau-nés). Les accoucheuses traditionnelles, même celles ayant suivi une formation courte, ne sont pas prises en compte.

Taux de natalité chez les adolescentes. Cet indicateur correspond au risque de maternité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres des registres d'état civil peuvent présenter certaines imprécisions liées au degré d'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, à la comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, à la qualité des informations communiquées concernant l'âge de la mère, et à la prise en compte des naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent être faussées en raison d'erreurs dans les informations communiquées (âge, couverture). En ce qui concerne les données issues des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur utilisés proviennent de la même population. Les principales imprécisions sont dues aux erreurs de déclaration concernant l'âge de la mère ou la date de naissance de l'enfant, à la non-déclaration des naissances, et à la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Taux de recours à la contraception, toutes méthodes confondues et méthodes modernes. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes en âge de procréer et de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode de contraception, quelle qu'elle soit, ou une méthode moderne. Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine et masculine, le dispositif intra-utérin (DIU), l'implant, les contraceptifs oraux, les contraceptifs injectables, le préservatif masculin et féminin, les méthodes barrières vaginales (y compris le diaphragme, la cape cervicale, les mousses, éponges et gels vaginaux spermicides), la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, la contraception d'urgence et d'autres méthodes modernes ne faisant pas l'objet d'une catégorie dédiée (p. ex., le patch contraceptif ou l'anneau vaginal).

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (toutes méthodes confondues). Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Les femmes qui utilisent une méthode de contraception traditionnelle ne sont pas considérées comme présentant des besoins de planification familiale non satisfaits. On considère ici que toutes les femmes ou toutes les femmes mariées ou vivant en concubinage sont sexuellement actives et susceptibles de tomber enceintes. Cette hypothèse d'exposition universelle des femmes ou des femmes mariées ou vivant en concubinage à une éventuelle grossesse peut entraîner une sous-estimation des risques par rapport aux risques réels pour les femmes exposées. Il est possible, en particulier lorsque le recours à la contraception est faible, qu'une hausse du recours à la contraception s'accompagne d'une augmentation des besoins de planification familiale non satisfaits. Ces deux indicateurs doivent donc être interprétés conjointement.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes. Taux de prévalence des moyens de contraception modernes divisé par la demande totale de planification familiale. La demande totale de planification familiale correspond à la somme du taux de recours à la contraception et des besoins non satisfaits de planification familiale.

Note concernant les témoignages de jeunes aux pages 8 et 9

Le terme « jeunes » peut être défini de différentes manières dans les textes internationaux. Dans le système des Nations Unies, il désigne habituellement les personnes âgées de 15 à 24 ans. Ces témoignages ont été recueillis à l'occasion de l'envoi d'un questionnaire à un échantillon de chefs de file de la jeunesse du monde entier. Le vocable « Jeunes » s'appuie sur la base de la définition plus large adoptée par la Charte africaine de la jeunesse, suivant laquelle le terme s'applique à toute personne âgée de 15 à 35 ans.

Note concernant l'enquête UNFPA/YouGov

Les enquêtes ont été réalisées par YouGov, groupe international spécialisé dans la recherche en ligne et les technologies d'analyse, qui possède l'un des réseaux de recherche les plus importants au monde. Cette enquête en ligne a été menée dans le cadre d'un exercice pilote destiné à servir de base à une étude plus approfondie, qui explicitera les observations décrites dans le présent rapport. Cet exercice, comme toute enquête, s'est heurté à un certain nombre de limites que nous indiquons ci-dessous, et dont il convient de tenir compte dans l'interprétation des résultats. Une synthèse des résultats de l'enquête YouGov est disponible sur le site Internet de la société de sondage à l'adresse suivante : ygo-assets-websites-editorial-emea.yougov.net/documents/UNFPA_Fertility_Tabs_Dec25_W.pdf

La sélection des pays s'est fondée sur la disponibilité d'un panel YouGov ou d'un panel partenaire, en tenant compte de la nécessité de représenter différents profils de fécondité et différents contextes nationaux et régionaux. Des informations concernant la méthode d'échantillonnage employée par YouGov, les poids d'échantillonnage et la représentativité sont disponibles à l'adresse suivante : yougov.co.uk/about/panel-methodology. L'enquête sur le terrain s'est déroulée du 15 novembre au 5 décembre 2024. L'étude a pris pour population cible les hommes et les femmes âgés de 18 ans ou plus. L'enquête portait sur des échantillons de différentes tailles : 1 033 adultes en Afrique du Sud ; 1 066 adultes en Allemagne ; 1 053 adultes au Brésil ; 1 054 adultes aux États-Unis ; 1 039 adultes en Hongrie ; 1 048 adultes en Inde ; 1 050 adultes en Indonésie ; 1 010 adultes en Italie ; 1 117 adultes mariés au Maroc ; 1 123 adultes au Mexique ; 528 adultes au Nigéria ; 1 057 adultes en République de Corée ; 1 009 adultes en Suède ; et 1 076 adultes en Thaïlande.

Limites liées aux données recueillies

Dans la plupart des cas, les enquêtes sont représentatives à l'échelle nationale, mais celles réalisées en Indonésie, au Maroc, au Nigéria et en Thaïlande ne sont représentatives que pour la population utilisant Internet. L'échantillon constitué au Nigéria était de taille plus réduite que dans les autres pays. Au Maroc, seuls les répondants adultes mariés ont pu participer en raison de l'impossibilité d'interroger des femmes célibataires sur des sujets concernant la procréation, et de poser des questions sur l'avortement ou sur l'autonomie sexuelle. La population urbaine est surreprésentée dans les échantillons du Nigéria et de l'Afrique du Sud, et dans une moindre mesure, dans ceux du Brésil, de l'Inde et du Mexique. Après inspection des données, l'échantillon total se composait de 14 256 répondants âgés de 18 à 88 ans.

Compte tenu du format de l'enquête, la question relative au nombre d'enfants effectif des répondants a donné lieu à une importante proportion de données manquantes, ce qui a nécessité des vérifications supplémentaires. Par conséquent, aucune analyse n'a été réalisée en distinguant les parents des répondants sans enfant, car cela aurait pu introduire un biais. La plupart des analyses ont été menées séparément pour les hommes et les femmes, mais dans certains cas, cette distinction n'a pas été possible, en particulier pour les analyses portant spécifiquement sur les différences entre les répondants en âge de procréer et ceux ayant dépassé l'âge de procréer.

Références

- AARP (American Association of Retired Persons). 2022. Global Longevity Economy Outlook. AARP, doi: 10.26419/int.00052.001.
- Aassve, Arnstein and others, 2013. "Youth Prospects in a Time of Economic Recession." *Demographic Research* 29: 949–962.
- Aassve, Arnstein and others, 2012. "Grandparenting and Mothers' Labour Force Participation: A Comparative Analysis Using the Generations and Gender Survey." *Demographic Research* 27: 53–84.
- Aassve, Arnstein and others, 2012a. "Grandparenting and Childbearing in the Extended Family." *European Journal of Population* 28(4): 499–518.
- Ables, Kelsey and Julie Yoon, 2024. "Seoul to Offer Cash to Reverse Vasectomies, Uterine Tubes as Birthrate Falls." *Washington Post*, 30 May 2024.
- Aboagye, Richard G. and others, 2024. "Association Between Sexual Violence and Multiple High-Risk Fertility Behaviours Among Women of Reproductive Age in Sub-Saharan Africa." *BMC Public Health* 24: 432.
- Adamson, G. David and others, 2023. "Global Fertility Care with Assisted Reproductive Technology." *Fertility and Sterility* 120(3): 473–482.
- Agenda Europe, 2024. Restoring the Natural Order. An Agenda for Europe. Website: agenda-europe.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/01/rtno-en-2024.pdf, accessed 18 March 2025.
- Alderotti, Gianmarco and others, 2024. "Unstable Employment Careers and (Quasi-) Completed Fertility: Evidence from the Labour Market Deregulation in Italy." *European Sociological Review* doi: 10.1093/esr/jcae027.
- Alderotti, Gianmarco and others, 2021. "Employment Instability and Fertility in Europe: A Meta-Analysis." *Demography* 58(3): 871–900.
- Aldrighi, Juliane D. and others, 2016. "The Experiences of Pregnant Women at an Advanced Maternal Age: An Integrative Review." *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 50(3): 512–521.
- Altintas, Evrim and Oriel Sullivan, 2016. "Fifty Years of Change Updated: Cross-National Gender Convergence in Housework." *Demographic Research* 35: 455–470.
- Ameratunga, Devini and others, 2009. "In Vitro Fertilisation (IVF) with Donor Eggs in Post-Menopausal Women: Are There Differences in Pregnancy Outcomes in Women with Premature Ovarian Failure (POF) Compared with Women with Physiological Age-Related Menopause?" *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 26: 511–514.
- Amin, Mohammad and Asif M. Islam, 2019. The Impact of Paid Maternity Leave on Women's Employment: Evidence Using Firm-Level Survey Data From Developing Countries. Policy Research Working Paper WPS10188. Washington, DC: World Bank Group.
- Amuedo-Dorantes, Catalina and others, 2023. More Benefits, Fewer Children: How Regularization Affects Immigrant Fertility. Discussion Paper Series, IZA DP No. 16170. IZA Institute of Labor Economics.
- Anderson, Anders Nyboe, 2021. "In Vitro Fertility Treatment Through 40 Years." *Ugeskrift for Læger*. 29 November 2021.
- Anderson, Monica and others, 2020. The Virtues and Downsides of Online Dating. Pew Research Center. 6 February 2020.
- Anderson, Thomas and Hans-Peter Kohler, 2015. "Low Fertility, Socioeconomic Development, and Gender Equity." *Population and Development Review* 41(3): 381–07.
- Anelli, Massimo and Nicoletta Balbo, 2021. "Fertility Drain or Fertility Gain? Emigration and Fertility During the Great Recession in Italy." *Demography* 58(2): 631–654.
- ANSIRH (Advancing New Standards in Reproductive Health), n.d. "Pregnancy Desires." University of California San Francisco. Website: www.ansirh.org/pregnancy/pregnancy-desires, accessed 13 March 2025.
- Armitage, Alanna, 2021. From Demographic Security to Demographic Resilience: Towards an Anthropology of Multilateral Policymaking in Eastern Europe. PhD Thesis, Geneva: Graduate Institute of International and Development Studies.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2022. "Unrealized Fertility Among Women in Low and Middle-Income Countries." *PLoS ONE* 17(11): e0276595.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2021. Comparing Ideal and Completed Family Size: A Focus on Women in Low- and Middle-Income Countries with Unrealized Fertility. DHS Analytical Studies No. 77. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Associated Press, 2016. "South Korea Pulls Website Mapping Women of Prime Age to Have Children". *The Guardian*. 30 December 2016.
- Azevedo, Joao Pedro and others, 2012. "Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement." Washington DC: World Bank Group.
- Backhaus, Andreas and Mikkel Barlsund, 2021. "The Effect of Grandchildren on Grandparental Labor Supply: Evidence from Europe." *European Economic Review* 137: 103817.
- Bahari, Shaiful I. and others, 2021. "Psychological Impact of Polygamous Marriage on Women and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Pregnancy and Childbirth* 21: 823.
- Baiocco, Roberto and Fiorenzo Laghi, 2013. "Sexual Orientation and the Desires and Intentions to Become Parents." *Journal of Family Studies* 19(1): 90–98.
- Baizán, Pau, 2009. "Regional Child Care Availability and Fertility Decisions in Spain." *Demographic Research* 21: 803–842.
- Bajaj, Nandita and Kirsten Stade, 2023. Challenging Pronatalism Is Key to Advancing Reproductive Rights and a Sustainable Population. *The Journal of Population and Sustainability* 7 (1):39-70. doi: 10.3197/JPS.63799953906861.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289–297.
- Balter, Michael, 2006. "The Baby Deficit." *Science* 312(5782): 1894–1897.
- Barbar, Julia and others, 2024. "Work-Life Balance Challenges and Family-Friendly Policies: Evidence from Qatar." In: *Women's Empowerment and Public Policy in the Arab Gulf States*, Naguib, R. (ed). Gulf Studies 11. Singapore: Springer.

- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *Lancet Global Health* 8(9): E1152–E1161.
- Beaujouan, Eva, 2020. "Latest-Late Fertility? Decline and Resurgence of Late Parenthood Across the Low-Fertility Countries." *Population and Development Review* 46(2): 219–247.
- Beaujouan, Eva and Caroline Berghammer, 2019. "The Gap Between Lifetime Fertility Intentions and Completed Fertility in Europe and the United States: A Cohort Approach." *Population Research and Policy Review* 38: 507–535.
- Becquet, Valentine and others, 2024. "Sexual and Reproductive Rights 30 Years After the Cairo Conference on Population and Development." *Population and Societies* 625: 1–4.
- Bellani, Daniela and others, 2017. "Never Partnered: A Multilevel Analysis of Lifelong Singlehood." *Demographic Research* 37: 53–100.
- Belmonte, Eva and others, 2021. "The Meccas of Reproductive Tourism in Europe", *Voxeurop*, 22 November 2021.
- Berger, Miriam and Mikhail Klimentov, 2024. "Abortion Pill at Heart of Supreme Court Ruling is Approved in Over 90 Countries." *Washington Post*, 26 March 2024.
- Bergsvik, Janna and others, 2021. "Can Policies Stall the Fertility Fall? A Systematic Review of the (Quasi-) Experimental Literature." *Population and Development Review* 47(4): 913–964.
- Bernardi, Laura and others, 2015. "Uncertain, Changing and Situated Fertility Intentions." In: *Reproductive Decision-Making in a Macro-Micro Perspective*, Philipov, D. and others (eds.). Dordrecht: Springer.
- Berrington, Ann and Brienna Perelli-Harris, 2024. Understanding Intergenerational Co-Residence in the UK: New Insights from the UK Generations And Gender Survey. Centre for Population Change Working Paper 108. Southampton: Centre for Population Change.
- Beumer, Wieke Y. and others, 2024. "Long-Term Effects of Unintended Pregnancy on Children: Findings from the Dutch Prospective Birth-Cohort Amsterdam Born Children and their Development Study." *Social Science & Medicine* 357: 117200.
- Bhan, Nandita and Anita Raj, 2021. "From Choice to Agency in Family Planning Services." *Lancet* 398(10295): 99–101.
- Bhattacharya, Saumya, 2024. "Many Working Women Face 'Maternity Penalty', Finds Survey." *The Economic Times*, 10 August 2024.
- Bhushan, Indu and Kenneth Hill, 1995. "The Measurements and Interpretation of Desired Fertility." Hopkins Population Center Working Paper Archive.
- Billari, Francesco C. and others, 2021. "The Timing of Life: Topline Results from Round 9 of the European Social Survey." European Social Survey; ESS Topline Results Series, 11.
- Billari, Francesco C. and others, 2019. "The Social Stratification of Choice in the Transition to Adulthood." *European Sociological Review* 35(5): 599–615.
- Billari, Francesco C. and others, 2011. "Social Age Deadlines for the Childbearing of Women and Men." *Human Reproduction* 26(3): 616–622.
- Bimha, Primrose Z. J. and Rachele Chadwick, 2016. "Making the Childfree Choice: Perspectives of Women Living in South Africa." *Journal of Psychology in Africa* 26(5): 449–456.
- Biolcati, Ferruccio and Riccardo Ladini, 2022. "On Values as They Evolve: A Presentation of the World Values Survey and the European Values Survey." *Intercultura* 105: 11–18.
- Birchall, Jenny and Amanda Holt, 2022. "Who Cares? The Grandmother Kinship Carers Shouldering the Burden Within a Gendered Care Economy." *Journal of Women & Aging* 35(5): 465–475.
- Birdsall, Nancy and Roxanne Oroxom, 2018. "Globalism and 'Wife Beating.'" Center for Global Development, 23 March 2018.
- Blum, Robert and others, 2017. "It Begins at 10: How Gender Expectations Shape Early Adolescence Around the World." *Journal of Adolescent Health* 61(4): S3–S4.
- BMJ (British Medical Journal), 2019. "Fertility Awareness Based Methods for Pregnancy Prevention." *BMJ* 366: 14245.
- Boertien, Diederik and others, 2024. "Pathways and Obstacles to Parenthood Among Women in Same-Sex Couples in Spain." *Demographic Research* 50: 1039–1070.
- Bokun, Anna, 2025. "Lessons from Poland's Pro-Natalist 'Family 500+' Program." *nIUSSP*, 10 February 2025.
- Boonaert, Eva and others, 2025. "Gendered Fertility Intentions and Child Schooling: Insights on the Quantity–Quality Trade-Off from Ethiopia." *Journal of Demographic Economics* 91(1): 1–48.
- Bose, Saheli and Somdeep Chatterjee, 2024. "Motherhood Penalty Revisited: Impacts of Maternity Leave Mandates on Nature of Employment Contracts." *Journal of Development Studies* 60(9): 1394–1411.
- Botev, Nikolai, 2015. "Could Pronatalist Policies Discourage Childbearing?" *Population and Development Review* 41(20): 301–314.
- Bourey, Christine and Sarah Murray, 2022. "Intimate Partner Violence Among Women With Infertility." *Lancet Global Health* 10(6): E778–E779.
- Bowmaker, Simon W. and Patrick M. Emerson, 2015. "Bricks, Mortar, and Wedding Bells: Does the Cost of Housing Affect the Marriage Rate in the US?" *Eastern Economic Journal* 41: 411–429.
- Brodzinsky, David and others, 2021. "Adoption and Trauma: Risks, Recovery, and the Lived Experience of Adoption." *Child Abuse & Neglect* 130(Pt 2): 105309.
- Brown, Anna, 2021. "Growing Share of Childless Adults in U.S. Don't Expect to Ever Have Children." Pew Research Center, 19 November 2021.
- Buss, David M. and others, 2000. "Number of Children Desired and Preferred Spousal Age Difference: Context-Specific Mate Preference Patterns Across 37 Cultures." *Evolution and Human Behaviour* 21(5): 323–331.
- Cabella, Wanda and others, 2024. "The Big Decline: Lowest-Low Fertility in Uruguay (2016–2021)." *Demographic Research* 50(16): 443–456.
- Cappon, Paul, 2011. "Exploring the 'Boy Crisis' in Education." Canadian Council on Learning. Website: files.eric.ed.gov/fulltext/ED518173.pdf, accessed 20 March 2025.
- Castro Lopes, Sofia and others, 2022. "There are things we can do and there are things we cannot do.' A Qualitative Study about Women's Perceptions on Empowerment in Relation to Fertility Intentions and Family Planning Practices In Mozambique." *Frontiers in Global Women's Health* 3: 824650.
- Chamie, Joseph, 2015. "Opinion: Women on Reproductive Strike." *IPS News Agency*, 29 October 2015.
- Channon Melanie D. and Sarah Harper, 2019. "Educational Differentials in the Realisation of Fertility Intentions: Is Sub-Saharan Africa Different?" *PLoS ONE* 14(7): e0219736.

- Chaturvedi, Surabhi, 2019. Public Provision of Centre-Based Childcare in High-, Middle- And Low-Income Countries: What are the Systemic Features that Aided the Effective Scale-Up of these Programmes?" IWWAGE Working Paper Series. New Delhi: Initiative for What Works to Advance Women and Girls in the Economy (IWWAGE).
- Chaudhuri, Sanjukta, 2012. "The Desire for Sons and Excess Fertility: A Household-Level Analysis of Parity Progression in India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38(4): 178.
- Chauhan, Bala, 2023. "Falling Fertility Spells Disaster for South India." *The New Indian Express*. 24 October 2024.
- Chávez, Cirenía and Marcela Aguilar, 2023. "The Impact of Community Violence on Educational Outcomes: A review of the literature." Innocenti Working Papers, UNICEF, 19 May 2021.
- Cheshire, James and others, 2024. "The Fertility Education Initiative: Responding to the Need for Enhanced Fertility and Reproductive Health Awareness Amongst Young People in the United Kingdom." *Human Fertility* 27(1): 2417940.
- Chitando, Mutsawashe, 2024. "Adolescent Boys, Young Men, and Mental Health in Southern Africa." In: *The Palgrave Handbook of Violence in Africa*, Mlambo, O. B., Chitando, E. (eds). Cham: Palgrave Macmillan.
- Chiwere, Tendai M. and others, 2021. "IVF and Other ART in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Landscape Analysis." *Human Reproduction Update* 27(2): 213–228.
- Choi, Jeong-yoon, 2024. "Girls Starting School Early Could Boost Fertility Rate: State-Backed Agency Report." *The Korea Herald*, 3 June 2024.
- Chung, Heejung, 2023. "The Flexibility Paradox: Why Flexible Working Leads to More Work and What We Should Do About It." *Oxford Internet Institute*, 15 November 2023.
- Chung, Heejung, 2017. "National-Level Family Policies and Workers Access to Schedule Control in a European Comparative Perspective: Crowding Out or In, and for Whom?" *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 21(1): 25–46.
- Church, Anna C. and others, 2023. "Traditional Supports and Contemporary Disruptors of High Fertility Desires in Sub-Saharan Africa: A Scoping Review." *Reproductive Health* 20(1): 86.
- Clark, Shelley and Zoe Levy, 2025. "Sterilization, Infecundity, and Reproductive Autonomy in Rural, Suburban, and Urban America: Results From a National Survey." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 57(1): 72–84.
- Clark, Shelley and others, 2017. "Can Subsidized Early Child Care Promote Women's Employment? Evidence From a Slum Settlement In Africa." GrOW Research Working Paper Series. #5. Montreal, Canada: Institute for the Study of International Development, McGill University.
- Coalition for Fertility, n.d. "About the Coalition." Website: www.coalitionforfertility.eu/about, accessed 20 March 2025.
- Cohlen, Ben and others, 2018. "IUI: Review and Systematic Assessment of the Evidence that Supports Global Recommendations." *Human Reproduction Update* 24(3): 300–319.
- Connolly, Kate, 2008. "Berlin Offers Paid Leave to Look After Grandchildren." *The Guardian*, 15 November 2008.
- Constance, Paul, 2024. "Latin America's Fertility Decline is Accelerating. No One's Certain Why." *Americas Quarterly*, 4 January 2024.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cooper Davis, Peggy, 2022. "A Response to Justice Amy Coney Barrett." *Harvard Law Review*, 14 June 2022.
- Cordier, Solène, 2024. "Demographic Rearmament: Macron Plans to Reform Parental Leave and Fight Infertility." *Le Monde*, 17 January 2024.
- CRR (Center for Reproductive Rights), 2024. "France Becomes First Country to Guarantee a Constitutional Right to Abortion." Center for Reproductive Rights, 3 June 2024.
- CRR (Center for Reproductive Rights), n.d. "Abortion." Website: reproductiverights.org/our-issues/abortion/, accessed 13 March 2025.
- Danish Ministry of the Interior and Health, 2024. "New Agreement Ensures Involuntarily Childless People Receive Free Help for Second Child." Website: www.ism.dk/nyheder/2024/juni/ny-aftale-sikrer-ufrivilligt-barnloese-gratis-hjaelp-til-barn-nummer-to, accessed 31 March 2025.
- Darby, Samantha, 2025. "Women Are Scared And Scrapping Their Baby Plans Under This Administration & For Good Reason." *Romper*, 20 February 2025.
- Daumler, Davis and others, 2016. "Men's Knowledge of their Own Fertility: A Population-Based Survey Examining the Awareness of Factors that are Associated with Male Infertility." *Human Reproduction* 31(12): 2781–2790.
- De la Rochebrochard, Elise and Patrick Thonneau, 2003. "Paternal Age \geq 40 years: An Important Risk Factor for Infertility." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189(4): 901–905.
- Dierickx, Susan and others, 2019. "We are Always Desperate and Will Try Anything to Conceive: The Convoluted and Dynamic Process of Health Seeking Among Women with Infertility in the West Coast Region of The Gambia." *PLoS ONE* 14(1): e0211634.
- Dimai, Matteo, 2023. "Shall We Have Another? Effects of Daycare Benefits on Fertility, A Case Study in a Region In Northeastern Italy." *Genus* 79(1): 13.
- Dimka, Ritgak A. and Simon L. Dein, 2013. "The Work of a Woman is to Give Birth to Children: Cultural Constructions of Infertility in Nigeria." *African Journal of Reproductive Health* 17(2): 102–117.
- Dutch News, 2023. "Dutch Birthrate Falls as More Young Women Say No to Motherhood." *Dutch News*, 6 December 2023.
- Eberstadt, Nicholas, 2024. "The Age of Depopulation. Surviving in a World Gone Gray." *Foreign Affairs*, 10 October 2024.
- ECHR (European Court of Human Rights), 2025. "Judgment Concerning France." Press release ECHR 024 (2025), 23 January 2025.
- ECHR (European Court of Human Rights), 2017. "Judgment A.P., Garçon and Nicot v. France – Change of Entries Concerning Sex on Birth Certificates." Press release ECHR 121 (2017), 4 June 2017.
- Ehrlich, Paul R. and Anne H. Ehrlich, 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), 2025. Beyond the Chaos, A New World is Emerging. Making Sense of the Trump Administration's Impact on Reproductive Rights and Gender Equality.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), 2021. Tip of the Iceberg: Religious Extremist Funders against Human Rights for Sexuality & Reproductive Health in Europe.
- EPF (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights), n.d. "Global Contraception Policy Atlas." Website: www.epfweb.org/node/1020, accessed 21 March 2025.
- Ervin, Jennifer and others, 2022. "Longitudinal Association Between Informal Unpaid Caregiving and Mental Health Amongst Working Age Adults in High-Income OECD Countries: A Systematic Review." *eClinicalMedicine* 53: 101711.

- Esping-Andersen, Gøsta and Francesco C. Billari, 2015. "Re-Theorizing Family Demographics." *Population and Development Review* 41(1): 1–31.
- Eurofound, 2024. *Becoming Adults: Young People In A Post-Pandemic World*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Euronews with AP, 2024. "Bill Criminalising 'Child-Free Propaganda' Passes First Reading in Russia's State Duma." *Euronews with AP*, EBU, 18 October 2024.
- Eurostat, 2024. "Household Composition Statistics." Website: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Household_composition_statistics, accessed 20 March 2025.
- Evans, David K. and others, 2024. "The Impacts of Childcare Interventions on Children's Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," Working Papers 676, Center for Global Development.
- Faircloth, Charlotte, 2023. "Intensive Parenting and the Expansion of Parenting." In: *Parenting Culture Studies*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Faircloth, Charlotte and others (eds), 2013. *Parenting in Global Perspective. Negotiating Ideologies of Kinship, Self and Politics*. Abingdon: Routledge.
- Fanelli, Ester and Paola Profeta, 2021. "Fathers' Involvement in the Family, Fertility, and Maternal Employment: Evidence from Central and Eastern Europe." *Demography* 58(5): 1931–1954.
- Fausser, Bart C. and others, 2024. "Declining Global Fertility Rates and the Implications for Family Planning and Family Building: An IFFS Consensus Document Based on a Narrative Review of the Literature." *Human Reproduction Update* 30(2): 153–173.
- Fedeli, Piergiorgio and others, 2023. "Legal Medicine Aspects of Female Sterilization: Our Experience." *Frontiers in Medicine* 10:1198668.
- Ferlin, Alberto and others, 2022. "Management of Male Factor Infertility: Position Statement from the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS)." *Journal of Endocrinological Investigation* 45: 1085–1113.
- Fertility Europe, n.d. "Atlas of Fertility Treatment Policies in Europe in 2021." Website: fertilityeurope.eu/atlas/, accessed 21 March 2025.
- France24, 2024. "Natalist Injunctions: Macron Sparks Uproar with Call to Revive France's Birth Rate." *France24*, 17 January 2024.
- Fry, Hannah, 2023. "A 'Failure to Launch': Why Young People are Having Less Sex." *Los Angeles Times*, 3 August 2023.
- Fry, Richard, 2025. "Share of U.S. Adults Living Without a Romantic Partner has Ticked Down in Recent Years." Pew Research Center, 8 January 2025.
- Gambaro, Ludovica, 2012. *Why Are Childcare Workers Low Paid? An Analysis of Pay in the UK Childcare Sector, 1994–2008*. PhD thesis, London School of Economics and Political Science.
- Gao, Zhitong and others, 2022. "The Economics of Marriage: Evidence from China." *Humanities & Social Sciences Communications* 9: 399.
- Garbett, Ann and others, 2025. "Reframing the Relationship Between Fertility and Education in Adolescence: 60 Years of Evidence From Latin America." *Population and Development Review* Epub ahead of print. doi: 10.1111/padr.12720.
- Garrett, Cameryn C. and others, 2017. "Young Mothers' Experiences of Receiving the Baby Bonus: A Qualitative Study." *Australian Social Work* 70(1): 54–65.
- Gato, Jorge and others, 2021. "Building a Rainbow Family: Parenthood Aspirations of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender/Gender Diverse Individuals." In: *Parenting and Couple Relationships Among LGBTQ+ People in Diverse Contexts*, Morais, N. A. D. and others, eds. Cham: Springer. pp 193–213.
- Gauthier, Anne H., 2007. "The Impact of Family Policies on Fertility in Industrialized Countries: A Review of the Literature." *Population Research and Policy Review* 26: 323–346.
- Gauthier, Anne H. and Stuart Gietel-Basten, 2024. "Family Policies in Low Fertility Countries: Evidence and Reflections." *Population and Development Review* 51(1): 125–161.
- Gemmill, Alison and others, 2025. "US Abortion Bans and Infant Mortality." *Journal of the American Medical Association* 333(15): 1315–1323.
- Gessen, Masha, 2014. "The Dying Russians." *The New York Review of Books*. 2 September 2014.
- GGP (Generations & Gender Programme), n.d. "Generations & Gender Survey." Website: www.ggp-i.org/generations-gender-survey, accessed 13 March 2025.
- GGG (Generations and Gender Survey) Belarus, 2017. "Belarus Generations and Gender Survey 2017 Round GGP2020, Wave 1." IHME. Global Health Data Exchange.
- Ghaznavi, Cyrus and others, 2022. "Salaries, Degrees, and Babies: Trends in Fertility by Income and Education Among Japanese Men and Women Born 1943–1975—Analysis of National Surveys." *PLoS ONE* 17(4): e0266835.
- Gholipour, Hassan F. and Mohammad R. Farzanegan, 2015. "Marriage Crisis and Housing Costs: Empirical Evidence from Provinces of Iran." *Journal of Policy Modeling* 37(1): 107–123.
- Gietel-Basten, Stuart and others, 2022. "Changing the Perspective on Low Birth Rates: Why Simplistic Solutions Won't Work." *BMJ* 379: e072670.
- Glennerster, Rachel and others, 2023. "Media, Social Pressure, and Combating Misinformation: Experimental Evidence on Mass Media and Contraception Use in Burkina Faso." Research paper. Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
- Glenza, Jessica, 2019. "Revealed: Women's Fertility App is Funded by Anti-Abortion Campaigners." *The Guardian*, 30 May 2019.
- Goisis, Alice, 2015. "How are Children of Older Mothers Doing? Evidence from the United Kingdom." *Biodemography and Social Biology* 61(3): 231–251.
- Goisis, Alice, and others, 2023. "Medically Assisted Reproduction and Mental Health: A 24-Year Longitudinal Analysis Using Finnish Register Data." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 228(3): 311-e1-311.e24.
- Goldscheider, Frances and others, 2015. "The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior." *Population and Development Review* 41(2): 207–239.
- Goli, Srinivas and others, 2020. "Is Unintended Birth Associated with Physical Intimate Partner Violence? Evidence from India." *Journal of Biosocial Science* 52(6): 907–922.
- Golovina, Kateryna and others, 2024. "Birth Cohort Changes in Fertility Ideals: Evidence from Repeated Cross-Sectional Surveys in Finland." *European Sociological Review* 40(2): 326–341.
- Goodkind, Daniel M. 1995. "Vietnam's One-Or-Two-Child Policy in Action." *Population and Development Review* 21(1): 85–111.
- Gough, Brendan and Irina Novikova, 2020. *Mental Health, Men and Culture: How do Sociocultural Constructions of Masculinities Relate to Men's Mental Health Help-Seeking Behaviour in the WHO European Region? WHO Health Evidence Network synthesis report 70*. Copenhagen: World Health Organization.

- Gouni, Olga and others, 2022. "Childlessness: Concept Analysis." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(3): 1464.
- Government of Italy, 2024. "Law 4 November 2024, n. 169, Amendment to Article 12 of Law No. 40 of 19 February 2004, Regarding the Prosecution of the Crime of Surrogacy Committed Abroad by an Italian citizen".
- Government of the Islamic Republic of Iran, 2021. Youthful Population and Protection of the Family Law.
- Graybill, Lauren and others, 2024. "The Effect of Youth-Friendly Health Services on Risk of Pregnancy Among Adolescent Girls and Young Women in Lilongwe, Malawi: A Secondary Analysis of the Girl Power-Malawi Study." *American Journal of Epidemiology* doi: 10.1093/aje/kwae193.
- Greene, Jay P. and Lindsey M. Burke, 2024. "Here's How to Actually Reverse the Baby Bust." *The Federalist*, 1 December 2024.
- GSS (Ghana Statistical Service) and The DHS Program, 2024. Ghana Demographic and Health Survey 2022. Rockville, Maryland: ICF.
- Guilmoto, Christophe Z., 2009. "The Sex Ratio Transition in Asia." *Population and Development Review* 35(3): 519–549.
- Guzzo, Karen Benjamin and Sarah R. Hayford, 2012. "Fertility and the Stability of Cohabiting Unions: Variation by Intendedness." *Journal of Family Issues* 35(4): 547–576.
- Habbema, J. Dik F. and others, 2009. "The Effect of In Vitro Fertilization on Birth Rates in Western Countries." *Human Reproduction* 24(6): 1414–1419.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Contraceptive Technologies: Looking Ahead to New Approaches to Increase Options for Family Planning." *Clinical Obstetrics and Gynecology* 64(3): 435–488.
- Hagestad, Gunhild O. and Vaughn R. A. Call, 2007. "Pathways to Childlessness: A Life Course Perspective." *Journal of Family Issues* 28(10): 1338–1361.
- Hallman, Kelly and others, 2015. "The Shrinking World of Girls at Puberty: Violence and Gender-Divergent Access to the Public Sphere Among Adolescents in South Africa." Population Council.
- Hammarberg, Karin and others, 2013. "Knowledge about Factors that Influence Fertility Among Australians of Reproductive Age: A Population-Based Survey." *Fertility and Sterility* 99(2): 502–507.
- Hampson, Sarah Cote, 2019. "Mothers do not make Good Workers: The Role of Work/Life Balance Policies in Reinforcing Gendered Stereotypes." In: *Gender, Sexuality, and the Law*, DeLaet, D. L. and Cramer, R. A., eds. London: Routledge.
- Han, Sinn Won and others, 2024. "When Mothers Do It All: Gender-Role Norms, Women's Employment, and Fertility Intentions in Post-Industrial Societies." *European Sociological Review* 40(2): 309–325.
- Hartmann, Betsy, 2016. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Chicago: Haymarket Books.
- Hawkins, Amy, 2024. "Society Doesn't Want My Kids': China's Single Women Forced Abroad to Freeze Their Eggs." *The Guardian*, 17 July 2024.
- Hayre, Jatinder, 2024. "Two Child Limit in the UK: Where Policy Meets Poverty." *BMJ Paediatrics Open* 8(1): e002747.
- He, Chloe, and others, 2024. "Reproductive Health in Trans and Gender Diverse Patients: Mind the Gap: A Nationwide Audit of LGBTQ+ Inclusion in Fertility Care Providers in the United Kingdom." *Reproduction* 168(6): e240173.
- Helm, Sabrina and others, 2021. "No Future, No Kids—No Kids, No Future?" *Population and Environment* 43: 108–129.
- HFEA (Human Fertilisation & Embryology Authority), 2023. "Ethnic Diversity in Fertility Treatment 2021." London: HFEA.
- Hintz, Elizabeth and Rachel Tucker, 2023. "Perceptions of the Childfree." Oxford Research Encyclopedia of Communication.
- Hoffmann, Jan and others, 2023. "Factors Associated with the Closure of Obstetric Units in German Hospitals and its Effects on Accessibility." *BMC Health Services Research* 23(1): 342.
- Hogan, Bernie and others, 2011. "A Global Shift in the Social Relationships of Networked Individuals: Meeting and Dating Online Comes of Age." Oxford Internet Institute, University of Oxford.
- Holt, Kelsey and others, 2023. "Preference-Aligned Fertility Management as a Person-Centered Alternative to Contraceptive Use-Focused Measures." *Studies in Family Planning* 54(1): 301–308.
- Hord, Charlotte and others, 1991. "Reproductive Health in Romania: Reversing the Ceausescu Legacy." *Studies in Family Planning* 22(4): 231–240.
- Horowitz, Jason and Gaia Pianigiani, 2024. "What Happened When This Italian Province Invested in Babies." *New York Times*, 1 April 2024.
- Howard, Jacqueline, 2024. "First on CNN: US Faces Maternity Care Crisis, with 1 In 3 Counties Lacking Obstetric Doctors to Provide Care, Report Warns." *CNN*, 10 September 2024.
- Hsiao, Hsinyi, 2023. "A Cross-National Study of Family-Friendly Policies, Gender Egalitarianism, and Work-Family Conflict Among Working Parents." *PLoS ONE* 18(9): e0291127.
- Human Rights Council, 2017. "Protection of the Family: Role of the Family in Supporting the Protection and Promotion of Human Rights of Older Persons." A/HRC/35/L.21
- Hwang, Jisoo, 2023. "Later, Fewer, None? Recent Trends in Cohort Fertility in South Korea." *Demography* 60(2): 563–582.
- Hyland, Marie and Liang Shen, 2022. *The Evolution of Maternity and Paternity Leave Policies over Five Decades*. Policy Research Working Paper 10215. Washington, DC: World Bank Group.
- Ibisomi, Latifat and Netsayi N. Mudege, 2014. "Childlessness in Nigeria: Perceptions and Acceptability." *Culture, Health & Sexuality* 16(1): 61–75.
- IGLA, n.d. Rainbow Map. ILGA-Europe. Website: rainbowmap.ilga-europe.org, accessed 18 March 2025.
- ILGA World Database, n.d. "Legal Frameworks: Adoption by Same-Sex Couples." ILGA-Europe. Website: database.ilga.org/adoption-same-sex-couples, accessed 17 March 2025.
- ILO (International Labour Organization), 2024. "Women with Young Children Have Much Lower Labour Force Participation Rates." Blog post, ILOSTAT, 14 May 2024.
- ILO (International Labour Organization), 2023. "African Youth Face Pressing Challenges in the Transition from School to Work." Blog post, ILOSTAT, 10 August 2023.
- ILO (International Labour Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. *The Role of Social Protection in the Elimination of Child Labour: Evidence Review and Policy Implications*. Geneva and Florence: International Labour Organization and UNICEF Office of Research – Innocenti.
- Institute of Medicine (US) Committee on Unintended Pregnancy, 1995. "Consequences of Unintended Pregnancy." In: *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*, Brown SS, Eisenberg L, eds. Washington, DC: National Academies Press.

- IPU Parline, n.d. "Monthly Ranking of Women in National Parliaments." Website: data.ipu.org/women-ranking/, accessed 18 March 2025.
- Jacobi, Aljoscha and others, 2025. "Tailored to Women, Provided to Men? Gendered Occupational Inequality in Access to Flexible Working-Time Arrangements." *Social Indicators Research* 176: 1179–1205.
- Jalovaara, Marika and others, 2018. "Education, Gender, and Cohort Fertility in the Nordic Countries." *European Journal of Population* 35(3): 563–586.
- Jeffries, Sherryl and Candace Konnert, 2002. "Regret and Psychological Well-Being Among Voluntarily and Involuntarily Childless Women and Mothers." *International Journal of Aging and Human Development* 54(2): 89–106.
- Jiang, Joyce, 2024. "China's One-Child Policy Hangover: Scarred Women Dismiss Beijing's Pro-Birth Agenda." *CNN*, 18 August 2024.
- Jing, Zhengyue and others, 2023. "Prevalence and Trends of Sexual Behaviors Among Young Adolescents Aged 12 Years to 15 Years in Low and Middle-Income Countries: Population-Based Study." *JMIR Public Health and Surveillance* 9: e45236.
- Johnson, Margaret A. and Gyða M. Pétursdóttir, 2023. "We All Have Regrets; It Doesn't Mean We are Failures': Rejecting or Regretting Motherhood." *Journal of Family Issues* 45(7): 1660–1682.
- Johnson, Skyler B. and others, 2021. "Cancer Misinformation and Harmful Information on Facebook and Other Social Media: A Brief Report." *Journal of the National Cancer Institute* 114(7): 1036–1039.
- Kabat, Marina, 2025. "International Teleworking in Latin America." *Latin American Perspectives* 52(10): 126–146.
- Kachi, Yuko and others, 2022. "The Effects of Pregnancy Discrimination on Postpartum Depressive Symptoms: A Follow-Up Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 22: 825.
- Karsit, Idil, 2023. "Why are People not Getting Married Anymore?" *CNBC*, 19 July 2023.
- Kaufman, Gayle, 2018. "Barriers to Equality: Why British Fathers do not use Parental Leave." *Community, Work & Family* 21(3): 310–325.
- Kearl, Holly, 2010. *Stop Street Harassment: Making Public Places Safe and Welcoming for Women*. New York: Bloomsbury Publishing.
- Keizer, Renske and others, 2008. "Pathways into Childlessness: Evidence of Gendered Life Course Dynamics." *Journal of Biosocial Science* 40(6): 863–878.
- Keller, Elena and others, 2023. "Does In Vitro Fertilization (IVF) Treatment Provide Good Value for Money? A Cost-Benefit Analysis." *Frontiers in Global Women's Health* 4:971553.
- Kilbride, Erin, 2023. "Italy's Mounting Attack on Lesbian Parents." *Human Rights Watch*, 24 July 2023.
- Kildea, Sue and others, 2015. "Babies Born Before Arrival to Hospital and Maternity Unit Closures in Queensland and Australia." *Women and Birth* 28(3): 236–245.
- Kim, Sangmook, 2008. "Women and Family-Friendly Policies in the Korean Government." *International Review of Administrative Sciences* 74(3): 463–476.
- Kim, Taewook, 2023. "The Impact of Working Hours on Pregnancy Intention in Childbearing-Age Women in Korea, the Country with the World's Lowest Fertility Rate." *PLoS ONE* 18(7): e0288697.
- King, Marissa, 2018. "Working to Address the Loneliness Epidemic: Perspective-Taking, Presence, and Self-Disclosure." *American Journal of Health Promotion* 32(5): 1315–1317.
- Kocourková, Jiřina and others, 2023. "The Influence of the Increasing Use of Assisted Reproduction Technologies on the Recent Growth In Fertility In Czechia." *Scientific Reports* 13(1): 10854.
- Kolk, Martin and Gunnar Andersson, 2020. "Two Decades of Same-Sex Marriage in Sweden: A Demographic Account of Developments in Marriage, Childbearing, and Divorce." *Demography* 57(1): 147–169.
- Kramer, Stephanie and others, 2019. "Religion and Living Arrangements Around the World." *Pew Research Center*, 12 December 2019.
- Krings, Mike, 2024. "Study Finds Most At-Risk Populations for HIV Discussing Subject in Negative, Risky Ways got Most Social Media Attention." *KU News*, 25 September 2024.
- Krstic, Anja and Ivona Hideg, 2019. "The Effect of Taking Paternity Leave on Men's Career Outcomes: The Role of Communitality Perceptions." *Academy of Management Proceedings* 2019(1). doi: 10.5465/AMBPP.2019.278.
- Kuhlmann, Anne S. and others, 2019. "Intimate Partner Violence, Pregnancy Intention and Contraceptive Use in Honduras." *Contraception* 100(2): 137–141.
- Kumar, Rachel, 2001. "Human Rights Dialogue (1994–2005): Series 2, No. 6 (Spring/Summer 2001): Rights and the Struggle for Health: Online Exclusive: Balancing Population Concerns with Women's Rights." *Carnegie Council for Ethics in International Affairs*, 6 May 2001.
- Kupemba, Danai Nesta. "The Kenyans Saying No to Motherhood and Yes to Sterilisation." *BBC News*, 23 February 2025.
- Kurowska, Anna and others, 2023. "Working from Home During Covid-19 Pandemic and Changes to Fertility Intentions Among Parents." *European Journal of Population* 39(1): 32.
- Laguna, Maria Paula and Sara Morland, 2025. "Latin American Women Opt Against Motherhood in Shift from Traditional Gender Roles." *Reuters*, 28 March 2025.
- Lam, David, 2023. "Has the World Survived the Population Bomb? A 10-Year Update." *Population and Environment* 45(2): 10.
- Lam, David, 2011. "How the World Survived the Population Bomb: Lessons from 50 Years of Extraordinary Demographic History." *Demography* 48: 1231–1262.
- Lambert, Peter J. and others, 2023. "Research: The Growing Inequality of Who Gets to Work from Home." *Harvard Business Review*, 19 December 2023.
- Lau, Chris and others, 2023. "In Country with World's Lowest Fertility Rate, Doubts Creep in About Wisdom of 'No-Kids Zones'." *CNN*, 24 June 2023.
- Lavanga, Claudio, 2016. "Italy's Fertility Day Falls Flat Amid Claims of Sexism, Racism." *NBC News*, 22 September 2016.
- Lawrence, Jane, 2000. "The Indian Health Service and the Sterilization of Native American Women." *American Indian Quarterly* 24(3): 400–419.
- Lazzari, Ester and others, 2025. "Change in the Perceived Reproductive Age Window and Delayed Fertility in Europe." *Population Studies (Cambridge)* 79(1): 81–101.
- Lazzari, Ester and others, 2023. "Projecting the Contribution of Assisted Reproductive Technology to Completed Cohort Fertility." *Population Research and Policy Review* 42(1): 6.
- Lazzari, Ester and others, 2022. "Residential Proximity to a Fertility Clinic is Independently Associated with Likelihood of Women having ART and IUI Treatment." *Human Reproduction* 37(11): 2662–2671.
- Lebano, Adele and Lynn Jamieson, 2020. "Childbearing in Italy and Spain: Postponement Narratives." *Population and Development Review* 46(1): 121–144.
- Lee, Misun and Kryštof Zeman, 2024. "Childlessness in Korea: Role of Education, Marriage Postponement, and Marital Childlessness." *Demographic Research* 51: 669–686.

- Leichtliter, Jami S. and others, 2011. "Clinics Aren't Meant for Men: Sexual Health Care Access and Seeking Behaviours Among Men in Gauteng Province, South Africa." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* 8(2): 82–88.
- Leocádio, Victor and others, 2024. "Exploring the Association Between Gender Equality in the Family and Fertility Intentions: An Explanation of the Findings in Low-Fertility Countries." *Genus* 80: 26.
- León-Pérez, Jose M. and others, 2021. "The Presence of Workplace Bullying and Harassment Worldwide." In: *Concepts, Approaches and Methods. Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment*, vol 1, D'Cruz, P. and others (eds). Singapore: Springer.
- Leridon, Henri, 2008. "A New Estimate of Permanent Sterility by Age: Sterility Defined as the Inability to Conceive." *Population Studies* 62(1): 15–24.
- Levine, Lieban Simone and Kelsey J. Peden, 2021. "The Hidden Child: Analyzing the Cyclical Nature of Statelessness and Violations of Reproductive Autonomy." *The Journal of International Relations, Peace Studies, and Development* 6(2): 3.
- Li, Hongbin and Grant Miller, 2000. "The Conflicted Legacy of China's Population Policies." Stanford King Center on Global Development, Issue Brief.
- Lin, Yingyi and others, 2024. "Program Implications of Intent to Use: An Analysis of Women's Contraceptive Intentions in Ten Low- and Middle-Income Geographies" [version 1]. VeriXiv 1: 24.
- Littleton, Fiona K., 2012. "Fertility, the Reproduction Lifespan and the Formal Curriculum in England: A Case for Reassessment." *Sex Education* 12(5): 483–497.
- Livi-Bacci, Massimo, 2017. *A Concise History Of World Population*, 6th edn. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Long, Clarence D., 1958. "Females in the Labor Force Over Time." In: *The Labor Force Under Changing Income and Employment*, Long, C. D., ed. Princeton: Princeton University Press.
- Looker, Rachel, 2024. "JD Vance Defends 'Childless Cat Ladies' Comment After Backlash." *BBC News*, 26 July 2024.
- Lundberg, Shelly and Robert A. Pollack, 1996. "Bargaining and Distribution in Marriage." *Journal of Economic Perspectives* 10(4): 139–158.
- Lutz, Wolfgang and others, 2024. "Evaluating Pronatalist Policies with TFR Brings Misleading Conclusions: Examples from Hungary." *NIUSSP*, 4 March 2024.
- Lutz, Wolfgang and others, 2006. "The Low-Fertility Trap Hypothesis: Forces that May Lead to Further Postponement and Fewer Births in Europe." *Vienna Yearbook of Population Research* 4: 167–192.
- Mac Dougall, Kirsten and others, 2013. "Age Shock: Misperceptions of the Impact of Age on Fertility Before and After IVF in Women Who Conceived After Age 40." *Human Reproduction* 28(2): 350–356.
- Mackenzie, Jean, 2024. "Why South Korean Women Aren't Having Babies." *BBC News*, 28 February 2024.
- Made for Families, n.d. "Co-funding for Assisted Conception Procedures."
- Madsen, Elizabeth L. and Jocelyn E. Finlay, n.d. "The Long-Lasting Toll of Conflict on Fertility and Early Childbearing." Population Reference Bureau.
- Mandavilli, Apoorva, 2025. "Trump Administration Ends Global Health Research Program." *New York Times*, 26 February 2025.
- Mandujano-Salazar, Yunuen Y., 2019. "Exploring the Construction of Adulthood and Gender Identity Among Single Childfree People in Mexico and Japan." *SAGE Open* 9(2). doi: 10.1177/2158244019855844.
- Marteletto, Leticia J. and others, 2023. "Measuring Fertility Intentions During Times of Crisis: An Example Using Survey Data Amid the Covid-19 Pandemic." *Studies in Family Planning* 54(1): 161–180.
- Massey, Philip M. and others, 2020. "Dimensions of Misinformation about the HPV vaccine on Instagram: Content and Network Analysis of Social Media Characteristics." *Journal of Medical Internet Research* 22(12): e21451.
- Matysiak, Anna and Daniele Vignoli, 2024. "Family Life Courses, Uncertain Futures, and the Changing World of Work: State-of-the-Art and Prospects." *European Journal of Population* 40(1): 19.
- Maynard, Robin and John Seager, 2022. "The Future of Life on Earth Depends on Curbing Overpopulation." *The Guardian*, 19 October 2022.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23(1): 348.
- Mburu, Gitau and others, 2023. "Fulfillment of Fertility Desires for the Attainment of Global Sustainable Development Goals." *BMJ Global Health* 8(4): e012322.
- McDonald, Peter, 2013. "Societal Foundations For Explaining Low Fertility: Gender Equity." *Demographic Research* 28: 981–994.
- McEvinney, Katie, 2023. "Doctors Warn about the Social Media Link to Abortion Rise." *BBC News*, 6 September 2023.
- McNee, Rosie and others, 2025. "Self-Reported Contraceptive Method Use at Conception Among Patients Presenting for Abortion in England: A Cross-Sectional Analysis Comparing 2018 and 2023." *BMJ Sexual & Reproductive Health*. Epub ahead of print. doi: 10.1136/bmjshr-2024-202573.
- McQuillan, Julia and others, 2022. "Is Perceived Inability to Procreate Associated with Life Satisfaction? Evidence from a German Panel Study." *Reproductive Biomedicine & Society Online* 14: 87–100.
- McQuillan, Julia and others, 2003. "Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress Among Women." *Journal of Marriage and Family* 65(4): 1007–1018.
- Medical Korea, n.d. "Infertility-ART." Website: www.medicalkorea.or.kr/en/infertilityart, accessed 15 March 2025.
- Melhuish, Edward, 2016. Provision of Quality Early Childcare Services: Synthesis Report. European Commission.
- Mena, Gabriela P. and Lucas A. McLindon, 2023. "Fertility Awareness Education Improves Fertility Cycle Knowledge and May Reduce Time-to-Pregnancy in Subfertile Women." *Human Fertility* 26(2): 405–412.
- Mencarini, Letizia and Maria Letizia Tanturri, 2004. "Time Use, Family Role-Set and Childbearing Among Italian Working Women." *Genus* 60(1): 111–137.
- Mesquita de Castro, Michelle H. and others, 2021. "Psychosocial Aspects of Gestational Grief in Women Undergoing Infertility Treatment: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Evidence." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(24): 13143.
- Miettinen, Anneli and others, 2015. "Increasing Childlessness in Europe: Time Trends and Country Differences." FamiliesAndSocieties Working Paper Series 33.
- Migliaccio, Alessandra and Bloomberg, 2024. "Italian Women are Eschewing Motherhood as Italy's Birth Rate Plunges to One of Europe's Lowest." *Fortune*, 11 March, 2024.
- Millogo, Roch and others, 2022. "Polygamy in West Africa: Impacts on Fertility, Fertility Intentions, and Family Planning." PRB, 19 April 2022.

- Minello, Alessandra and others, 2024. "The Body Well-Being and Fertility Trade-Off. How Childbirth Experience Affects Fertility Trajectories." Presented at the Delayed Reproduction: Challenges and Prospects Conference, 21–22 November 2024, Vienna, Austria.
- Minhas, Fatima, 2024. "Remote Work is a Win for Mothers – and Society at Large." *Analyst News*, 14 March 2024.
- Mirowsky, John and Catherine E. Ross, 2002. "Depression, Parenthood, and Age at First Birth." *Social Science & Medicine* 54(8): 1281–1298.
- Modebadze, Valery, 2021. "The Issue of Unchecked Population Growth and its Effect on Environmental Degradation." *KutBillim* 1(1): 36–44.
- Moghadam, Zahra B. and others, 2017. "Motherhood Challenges and Well-Being along with the Studentship Role Among Iranian Women: A Qualitative Study." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 12(1): 1335168.
- Mohammadi, Hossein and others, 2023. "Fertility Knowledge and its Related Factors Among Married Men and Women in Zanjan, Iran." *Human Fertility* 26(2): 249–256.
- Morioka, Masahiro, 2021. "What Is Antinatalism?: Definition, History, and Categories: The *Review of Life Studies* 12:1-39 (2021).
- Morrissey, Taryn W., 2017. "Child Care and Parent Labor Force Participation: A Review of the Research Literature." *Review of Economics of the Household* 15(1): 1–24.
- MPIDR (Max Planck Institute of Demographic Research), 2025. Glossary of Demographic Terms. www.demogr.mpg.de/en/about_us_6113/what_is_demography_6674/glossary_of_demographic_terms_6982/, accessed 15 April 2025.
- MPIDR (Max Planck Institute for Demographic Research), 2024. "Women's Education Influences Fertility Rates in Sub-Saharan Africa." MPIDR, 5 November 2024.
- Murugesu, Sughashini and others, 2022. "Does Advanced Paternal Age Affect Outcomes Following Assisted Reproductive Technology? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Reproductive BioMedicine Online* 45(2): 283–331.
- Musk, Elon, 2024. Website: x.com/elonmusk/status/1841635259382710619, accessed 20 March 2025.
- Myong, Sunha and others, 2021. "Social Norms and Fertility." *Journal of the European Economic Association* 19(5): 2429–2466.
- Narasimhan, Manjulaa and others, 2021. "The Role of Self-Care Interventions on Men's Health-Seeking Behaviours to Advance Their Sexual and Reproductive Health and Rights." *Health Research and Policy Systems* 19: 23.
- Navarro-Cruz, Giselle E. and others, 2023. "Accommodating Life's Demands: Childcare Choices for Student Parents in Higher Education." *Early Childhood Research Quarterly* 62: 217–228.
- Neal, Zachary P. and Jennifer Watling Neal, 2022. "Prevalence, Age of Decision, and Interpersonal Warmth Judgements of Childfree Adults." *Scientific Reports* 12: 11907.
- Nelson, Heidi D. and others, 2020. "Associations of Unintended Pregnancy with Maternal and Infant Health Outcomes. A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of the American Medical Association* 328(17): 1714–1729.
- Nguyen, Cuong V., 2018. "The Long-Term Effects of Mistimed Pregnancy on Children's Education and Employment." *Journal of Population Economics* 31: 937–968.
- Noordhuizen, Suzanne and others, 2010. "The Public Acceptance of Voluntary Childlessness in the Netherlands: From 20 to 90 per cent in 30 years." *Social Indicators Research* 99: 163–181.
- Norden, n.d. "Parental Benefit and Parental Leave in Norway." Website: www.norden.org/en/info-norden/parental-benefit-and-parental-leave-norway, accessed 31 March 2025.
- Norman, Robert J. and Bart C. Fauser, 2024. "Seeds of Hope: Fertility Support in Resource-Limited Settings." *Fertility and Sterility* 122(4): 595–597.
- Nuevo-Chiquero, Anna, 2010. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91–101.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2025. *Korea's Unborn Future: Understanding Low-Fertility Trends*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2022. "Share of Births Outside of Marriage." OECD Family Database.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2016. "Ideal and Actual Number of Children." OECD Family Database.
- Office of the U.S. Surgeon General, 2024. Parents Under Pressure. The U.S. Surgeon General's Advisory on the Mental Health & Well-Being of Parents. US Department of Health and Human Services.
- Ogawa, Naohiro and others, 2009. "Declining Fertility and the Rising Cost of Children. What can NTA Say About Low Fertility in Japan And Other Asian Countries?" *Asian Population Studies* 5(3): 289–307.
- OHCHR (United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner), 2025. "Ecuador and Nicaragua: Forced Pregnancy and Motherhood Violated Rights of Girl Victims of Rape, UN Human Rights Committee Finds." United Nations Human Rights, 20 January 2025.
- OHCHR (United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner), 2024. "A/HRC/WG.11/41/2: Gender Equality and Gender Backlash - - Guidance Document of the Working Group on Discrimination Against Women and Girls." United Nations Human Rights, 31 October 2024.
- Okonofua Friday, 2003. "New Reproductive Technologies and Infertility Treatment in Africa/ Les Nouvelles Technologies Reproductives et le Traitement de la Stérilité en Afrique." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive* 7(1): 7–11.
- Okonofua, Friday E., 1996. "The Case Against the Development of Reproductive Technology in Developing Countries." *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 103: 957–962.
- Okonofua, Friday E. and others, 1997. "The Social Meaning of Infertility in Southwest Nigeria." *Health Transition Review* 7(2): 205–220.
- Olsen, Jan M., 2024. "Swedes Take a New Step in Parental Leave. Grandparents Can Now Get Paid to Take Care of Grandkids." *AP*, 1 July 2024.
- Oni, Tosin O. and others, 2021. "Examining the Influence of Intimate Partner Violence on Fertility Planning Status of Couples: Evidence from the 2018 Nigeria Demographic and Health Survey." *Journal of Population and Social Studies* 29: 644–659.
- Osei Boakye, Augustine and others, 2021. "Juggling Between Work, Studies and Motherhood: The Role of Social Support Systems for the Attainment of Work-Life Balance." *SA Journal of Human Resource Management* 19: a1546.
- Osiewalska, Beata and others, 2024. "Home-Based Work and Childbearing." *Population Studies* (Cambridge) 78(3): 525–545.
- Otu, Akaninyene and others, 2021. "Refocusing on Sexually Transmitted Infections (STIs) to Improve Reproductive Health: A Call to Further Action." *Reproductive Health* 18: 242.
- Page, Abigail E. and others, 2016. "Reproductive Trade-offs in Extant Hunter-Gatherers Suggest Adaptive Mechanism for the Neolithic Expansion." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(17): 4694–4699.

- Pagoto, Sherry L. and others, 2023. "The Next Infodemic: Abortion Misinformation." *Journal of Medical Internet Research* 25: e42582.
- Pardo, I., Sacco, N., Acosta, E. et al. 2025. "Fertility Decline to Low and Lowest-Low Levels in Latin America." *Popul Res Policy Rev* 44, 9.
- Pařízková, Alena and others, 2023. "Inclusiveness of Access Policies to Maternity Care for Migrant Women Across Europe: A Policy Review." *Maternal and Child Health Journal* 28(3): 470–480.
- Parker, Kim, 2015. "Women More Than Men Adjust Their Careers for Family Life." Pew Research Center, 1 October 2025.
- Parr, Nick, 2020. "A New Measure of Fertility Replacement Level in the Presence of Positive Net Immigration." *European Journal of Population* 37(1): 243–262.
- Passet-Wittig, Jasmin and Martin Bujard, 2021. "Medically Assisted Reproduction in Developed Countries: Overview and Societal Challenges." In: *Research Handbook on the Sociology of the Family*, Schneider, N. F. and Kreyenfel, M. (eds). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. pp 417–438.
- Pavlova, Uliana and Jack Guy, 2022. "Putin Revives Stalin-Era 'Mother Heroine' Award for Women with 10 Children." *CNN*, 18 August 2022.
- Pessin, Léa and others, 2022. "Time, Money, and Entry into Parenthood: The Role of (Grand)parental Support." *Journal of Marriage and Family* 84(1): 101–120.
- Piotrowski, Konrad, 2021. "How Many Parents Regret Having Children and How is it Linked to Their Personality and Health: Two Studies with National Samples in Poland." *PLoS ONE* 16(7): e0254163.
- Pizarro, Jon and Leire Gartzia, 2024. "Paternity Leave: A Systematic Review and Directions for Research." *Human Resource Management Review* 34(1): 101001.
- Pop-Eleches, Cristian, 2006. "The Impact of an Abortion Ban on Socioeconomic Outcomes of Children: Evidence from Romania." *Journal of Political Economy* 114(4): 744–773.
- Population Reference Bureau, 2025. Glossary of Demographic Terms. Website: www.prb.org/resources/glossary, accessed 15 April 2025.
- Powell, Brian and others, 2006. "Advancing Age, Advantaged Youth: Parental Age and the Transmission of Resources to Children." *Social Forces* 84(3): 1359–1390.
- Presser, Harriet, 1994. "Employment Schedules Among Dual-Earner Spouses and the Division of Household Labor by Gender." *American Sociological Review* 59(3): 348–364.
- Presser, Lizzie and others, 2025. "Texas Banned Abortion. Then Sepsis Rates Soared." *ProPublica*, 20 February 2025.
- Pritchett, Lant H. and Martina Viarengo, 2013. "Why Demographic Suicide? The Puzzles of European Fertility." *Population and Development Review* 38: 55–71.
- Pulley, LeaVonne and others, 2002. "The Extent of Pregnancy Mistiming and its Association with Maternal Characteristics and Behaviors and Pregnancy Outcomes." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(4): 206–211.
- Rajesh, S., 2024. "Declining Hindu Population in Buddhist Majority Sri Lanka Should be of Concern for India." *Swarajya*, 15 May 2024.
- Ranganathan, Meghna and others, 2021. "Measurement and Prevalence of Sexual Harassment in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 11(6): e047473.
- Raybould, Alyce and Rebecca Sear, 2020. "Children of the (Gender) Revolution: A Theoretical and Empirical Synthesis of how Gendered Division of Labour Influences Fertility." *Population Studies* 75(2): 169–190.
- Raymo, James M. and Miho Iwasawa, 2005. "Marriage Market Mismatches in Japan: An Alternative View of the Relationship between Women's Education and Marriage." *American Sociological Review* 70(5): 801–822.
- Raymo, James M. and Hyunjoon Park, 2020. "Marriage Decline in Korea: Changing Composition of the Domestic Marriage Market and Growth in International Marriage." *Demography* 2020 57(1): 171–194.
- Raymo, James M. and others, 2021. "Marriage Intentions, Desires, and Pathways to Later and Less Marriage in Japan." *Demographic Research* 44: 67–98.
- Raymo, James M. and others, 2015. "Marriage and Family in East Asia: Continuity and Change." *Annual Review of Sociology* 41: 471–492.
- Reher, David and Miguel Requena, 2015. "The Mid-Twentieth Century Fertility Boom from a Global Perspective." *The History of the Family* 20(3): 420–445.
- Reuters, 2023. "Finland to Allow Gender Reassignment Without Sterilisation." *Reuters*, 3 March 2023.
- Reuters, 2020. "No Sex, No Babies: S. Korea's Emerging Feminists Reject Marriage." *Reuters*, 20 January 2020.
- Reyes, Adriana M., 2018. "The Economic Organization of Extended Family Households by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status." *Journal of Marriage and the Family* 80(1): 119–133.
- Rich, Motoko, 2019. "Craving Freedom, Japan's Women Opt Out of Marriage." *New York Times*, 3 August 2019.
- Rich, Motoko and Kiuko Notoya, 2024. "In Japan, These Women Want to Opt Out of Motherhood More Easily." *New York Times*, 21 June 2024.
- Richardson, Linda, 2012. "Costs of Childcare Across OECD Countries." OECD, 8 May 2012.
- Riederer, Bernhard and others, 2019. "Fertility Intentions and Their Realization in Couples: How the Division of Household Chores Matters." *Journal of Family Issues* 40(13): 1860–1882.
- Riese, Sara and others, 2023. "Collective Norms and Modern Contraceptive Use in Men and Women: A Multilevel Analysis of DHS Program Data in Nigeria and Zambia" [version 1]. *Gates Open Research* 7: 52.
- Rindfuss, Ronald R. and others, 2010. "Child-Care Availability and Fertility in Norway." *Population and Development Review* 36(4): 725–748.
- Riskind, Rachel G. and Samantha L. Tornello, 2017. "Sexual Orientation and Future Parenthood in a 2011–2013 Nationally Representative United States Sample." *Journal of Family Psychology* 31(6): 792.
- Roberts, Louisa L., 2019. "Changing Worldwide Attitudes Toward Homosexuality: The Influence of Global And Region-Specific Cultures, 1981–2012." *Social Science Research* 80: 114–131.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes from a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rostgaard, Tine, 2014. "Family Policies in Scandinavia." Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.
- Rothschild, Claire W. and others, 2023. "Preference-Aligned Fertility Management: Assessing the Feasibility of a New Measure of Contraceptive Autonomy Among Married Adolescent Girls in Kaduna and Nasarawa, Nigeria." *Contraception* 2023; 127: 110253.
- Rubenstein, Edwin S., 2019. "Controlling Population in a Strong Economy: Is Feminism the Answer?" NPG Forum Paper. Alexandria, VA, USA: NPG (Negative Population Growth, Inc).
- Rutigliano, Roberta and Mariona Lozano, 2022. "Do I want more if you help me? The impact of grandparental involvement on men's and women's fertility intentions." *Genus* 78, 13 (2022).

- SAFLII (Southern Africa Legal Information Institute), 2012. Case no: I 1603/2008, Case no: I 3518/2008, Case no: I 3007/2008, High Court of Namibia. Southern Africa Legal Information Institute.
- Sage, Mathilde, 2025. Children are a Poor Women's Wealth: How Inheritance Rights Affect Fertility. LIDAM Discussion Paper IRES 2025/04.
- Salgado, Filipa and Sara I. Magalhães, 2024. "I Am My Own Future: Representations and Experiences of Childfree Women." *Women's Studies International Forum* 102: 102849.
- Sanders, Rebecca, 2018. "Norm Spoiling: Undermining the International Women's Rights Agenda." *International Affairs* 94: 271–291.
- Sarnak, Dana and others, 2023. "Unmet Need and Intention to Use as Predictors of Adoption of Contraception in 10 Performance Monitoring for Action Geographies." *SSM Population Health* 22: 101365.
- Schmelz, Jerome, 1976. "Rising Aspirations of American Women and the Declining Birth Rate." *International Journal of Sociology of the Family* 6(2): 179–196.
- Schwanitz, Katrin and others, 2024. "Ideations and Intentions in the Transition to Adulthood: A Cross-European Comparison, version 1." INVEST Working Paper 105. SocArXiv Papers.
- Sear, Rebecca, 2021. "The Male Breadwinner Nuclear Family is not the 'Traditional' Human Family, and Promotion of this Myth may have Adverse Health Consequences." *Philosophical Transactions of The Royal Society B* 376(1827): 20200020.
- Sear, Rebecca, 2018. "Family and Fertility: Does Kin Help Influence Women's Fertility, and How Does This Vary Worldwide?" *Population Horizons* 14(1): 18–34.
- Sedlander, Erica and others, 2021. "Does the Belief that Contraceptive Use Causes Infertility Actually Affect Use? Findings from a Social Network Study in Kenya." *Studies in Family Planning* 52(3): 343–359.
- Sedlander, Erica and others, 2018. "They Destroy the Reproductive System: Exploring the Belief that Modern Contraceptive Use Causes Infertility." *Studies in Family Planning* 49(4): 345–365.
- Seidl, C. 1995. "The Desire for a Son is the Father of Many Daughters: A Sex Ratio Paradox." *Journal of Population Economics* 8(2): 185–203.
- Seiz, Marta and others, 2023. "Socioeconomic Differences in Access to and Use of Medically Assisted Reproduction (MAR) in a Context of Increasing Childlessness." Joint Research Centre. Seville: European Commission, March 2023.
- Selezneva, Ekaterina, 2016. "Struggling for New Lives: Family and Fertility Policies in The Soviet Union and Modern Russia." IOS Working Papers No. 255, April 2016. Regensburg: Institute for East and Southeast European Studies.
- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161–176.
- Shamim, Sarah, 2024. "What is the 4B Feminist Movement from S Korea that's Taking Off in the US?" *Al Jazeera*, 9 November 2024.
- Shand, Tim, 2018. "The Need for Fully Paid, Non-Transferable Parental Leave: Leaving Inequality Behind and Giving our Children the Care They Need." Background paper for the European Parliament. Promundo-US.
- Shankar, Sitaraman, 2024. "Resolving India's Population Woes Requires Political Maturity." *Al Jazeera*, 25 November 2024.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLOS Medicine* 11(9): e1001723.
- Skalla, Nicole M., 2004. "China's One-Child Policy: Illegal Children and the Family Planning Law." *Brooklyn Journal of International Law* 30(1): 8.
- Sobotka, Tomáš, 2005. "Is Lowest-Low Fertility in Europe Explained by the Postponement of Childbearing?" *Population and Development Review* 30(2): 195–220.
- Sobotka, Tomáš and others, 2019. Policy Responses to Low Fertility: How Effective Are They? Working Paper No. 1. UNFPA Technical Division. Working Paper Series. Population & Development Branch.
- Socialist Republic of Romania, 1966. Decree No. 770 of October 1, 1966 for the Regulation of the Interruption of the Course of Pregnancy.
- Spicer, Kate, 2013. "Any Woman Who Says She's Happy to be Childless is a Liar or a Fool: Take it From a Woman Who's Given Up Her Dreams of Motherhood at 44, says Kate Spicer." *Mail Online*, 7 August 2013.
- Stahnke, Brittany and others, 2022. "A Systematic Review of Life Satisfaction Experiences Among Childfree Adults." *The Family Journal* 31(1): 60–68.
- Strasser, Julia and others, 2025. "Tubal Sterilization and Vasectomy Increased Among US Young Adults After the Dobbs Supreme Court Decision in 2022." *Health Affairs (Millwood)* 44(1): 99–107.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health* 2019. New York: Guttmacher Institute.
- Sunder, Kalpana, 2020. "Single by Choice: India's Women Reject Marriage in Their Millions, but Society Hasn't Caught Up." *South China Morning Post*, 14 November 2020.
- Suozzo, Andrea and others, 2025. "Texas Won't Study How Its Abortion Ban Impacts Women, So We Did." *ProPublica*, 20 February 2025.
- Sustainable Development Solutions Network, 2024. Sustainable Development Report 2024. Website: dashboards.sdgindex.org/, accessed 21 March 2025.
- Sutcliffe, Alastair G. and others, 2012. "The Health and Development of Children Born to Older Mothers in the United Kingdom: Observational Study Using Longitudinal Cohort Data." *BMJ* 345: e5116.
- Tan, Josephine, 2024. "Singapore's Parental Leave Policies Foster a Family-Friendly Workforce." *HRM Asia*, 21 August 2024.
- Tanaka, Kimiko and Nan E. Johnson, 2014. "Childlessness and Mental Well-Being in a Global Context." *Journal of Family Issues* 37(8): 1027–1045.
- Tanskanen, Antti and Anna Rotkirch, 2014. "The Impact of Grandparental Investment on Mothers' Fertility Intentions in Four European Countries." *Demographic Research* 31(1): 1–26.
- Tate, Doyle P. and others, 2019. "Predictors of Parenting Intentions Among Childless Lesbian, Gay, and Heterosexual Adults." *Journal of Family Psychology* 33: 194–202.
- Tedros, Adhanom Ghebreyesus and Natalia Kanem, 2018. "Defining Sexual and Reproductive Health and Rights for All." *Lancet* 391(10140): 2583–2585.
- Tenbarge, Kat, 2023. "Conservative Influencers are Pushing an Anti-Birth Control Message." *NBC News*, 1 July 2023.
- Testa, Maria Rita and Fabian Stephany, 2017. "The Education Gradient in Fertility Intentions: A European Perspective." Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 4/2017.
- The Hindu, 2025. "Chandrababu Naidu for Barring Candidates with Fewer than Two Children from Contesting Local Body Polls." *The Hindu*. 17 January 2025.
- Thévenon, Olivier, 2009. "Assessing the Costs of Children: A Challenge for Policy." In: *The Costs of Raising Children and the Effectiveness of Policies to Support Parenthood in European Countries: A Literature Review*, Letablier, M.-T. and others (eds.), 1–20.

- Thoma, Marie and others, 2021. "Biological and Social Aspects of Human Infertility: A Global Perspective." Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.
- Thomese, Fleur and Aart Liefbroer, 2013. "Child Care and Child Births: The Role of Grandparents in the Netherlands." *Journal of Marriage and Family* 75(2): 403–421.
- Tierney, Katherine, 2022. "The Future of Assisted Reproductive Technology Live Births in the United States." *Population Research and Policy Review* 41(5): 2289–2309.
- Tocchioni, Valentina and others, 2021. "The Changing Association Between Homeownership and the Transition to Parenthood." *Demography* 58(5): 1843–1865.
- Torres, Ana J. C. and others, 2024. "The Impact of Motherhood on Women's Career Progression: A Scoping Review of Evidence-Based Interventions." *Behavioural Sciences* (Basel) 14(4): 275.
- Townsend, Nicholas, 2002. *The Package Deal: Marriage, Work, and Fatherhood in Men's Lives*. Philadelphia: Temple University Press.
- Trillingsgaard, Tea and Dion Sommer, 2018. "Associations Between Older Maternal Age, Use of Sanctions, and Children's Socio-Emotional Development Through 7, 11, and 15 Years." *European Journal of Developmental Psychology* 15(2): 141–155.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2025. SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2025a. *World Fertility Report 2024* [advance unedited version] (UN DESA/POP/2024/TR/NO.10). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2024. *World Population Prospects 2024: Summary of Results* (UN DESA/POP/2024/TR/NO.9). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2023. Leaving No One Behind in an Ageing World. *World Social Report 2023*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Global Population Growth and Sustainable Development (UN DESA/POP/2021/TR/NO.2). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2017. World Fertility Report 2015 - Highlights (ST/ESA/SER.A/415). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2016. *Changing Patterns of Marriage and Unions Across the World*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2014. *World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes* (ST/ESA/SER.A/331). New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, n.d. "World Population Policies." Website: www.un.org/development/desa/pd/content/older-revisions, accessed 12 March 2025.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. Breaking Down Gender Biases. Shifting Social Norms Towards Gender Equality. *2023 Gender Social Norms Index*. New York: UNDP.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All. *2016 Global Education Monitoring Report*. Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025. SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025a. "Adolescent Pregnancy Costs Latin America and the Caribbean USD 15.3 Billion a Year and Deepens Inequality, According to New UNFPA Report." Website: lac.unfpa.org/es/news/adolescent-pregnancy-cost-latin-america-caribbean, accessed 19 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025b (forthcoming). "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025c. *An Infographic Guide to Technology-facilitated Gender-Based Violence*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2025d. UNFPA Paper on the Strategy for Intergenerational Fairness of the European Commission. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. *Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD Think Piece: Demographic Change and Sustainability*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. "Interwoven Lives, Threads of Hope." *State of World Population 2024*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. *Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD Think Piece: The Future of Sexual Health and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. *Advancing Sexual and Reproductive Health and Rights in the Private Sector*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "8 Billion Lives, Infinite Possibilities." *State of World Population 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. Safeguard Young People Programme: Annual Report 2023. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. "Does Menstruation Limit What People Can Do?" In: Menstruation and Human Rights – Frequently Asked Questions. Website: www.unfpa.org/menstruationfaq, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. "Seeing the Unseen: The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy." *State of World Population 2022*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022b. SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 31 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "First Menstruation is Often Accompanied by Fear, Shame, Lack of Information, Women and Girls in Arab States Reveal." Website: www.unfpa.org/news/first-menstruation-often-accompanied-fear-shame-lack-information-women-and-girls-arab-states, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. Regional Programme Evaluation for East and Southern Africa Regional Office (2018–2021). www.unfpa.org/unfpa-regional-programme-evaluation-east-and-southern-africa-regional-office-2018-2021, accessed 16 April 2025.

- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. Policy Responses to Low Fertility: How Effective Are They? Working Paper No. 1. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education. A Evidence-Informed Approach*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. Programme of Action of the International Conference on Population Development, 20th Anniversary Edition. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. Background Document on the Population Programme of the UN. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. "Child Marriage." Website: www.unfpa.org/child-marriage, accessed 12 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Demographic Resilience Programme for Europe and Central Asia. Website: eeca.unfpa.org/en/demographic-resilience-programme, accessed 28 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.b. National Transfer Accounts. Website: asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_nta_booklet_quo_february_15.pdf, accessed 21 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.c. Shrinking Populations in Eastern Europe. Website: eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Shrinking%20population_low%20fertility%20QA.pdf, accessed 17 March 2025.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and Equimundo, 2022. *International Men & Gender Equality Survey (IMAGES)*. New York: UNFPA.
- UNHCR (United Nations Refugee Agency), n.d. "Countries with Gender-Discriminatory Nationality Laws Regarding the Conferral of Nationality on Children." Website: www.unhcr.org/ibelong/gender-discrimination-and-stateless-children, accessed 18 March 2025.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019. "Sweden, Norway, Iceland, Estonia and Portugal Rank Highest for Family-Friendly Policies in OECD and EU Countries." Website: www.unicef.org/press-releases/sweden-norway-iceland-and-estonia-rank-highest-family-friendly-policies-oecd-and-eu, accessed 13 March 2025.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), n.d. "Redesigning the Workplace to be Family-Friendly: What Governments and Businesses Can Do." Website: www.unicef.org/early-childhood-development/family-friendly-policies, accessed 17 March 2025.
- United Nations, 2023. "Disagreeing Over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." 14 April 2023.
- United Nations General Assembly, 2013. Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53.
- United States District Court for the Northern District of Texas, Amarillo Division, 2024. "State of Missouri; State of Kansas; State of Idaho v. U. S. Food and Drug Administration." Case No. 2:22-cv-00223-Z.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), 2019. *Global Study on Homicide*. Vienna: UNODC.
- UN Women, 2025. "Explainer: the Beijing Declaration and Platform for Action at 30, and Why That Matters for Gender Equality." UN Women Australia.
- UN Women, 2025a. Women's Rights in Review 30 Years After Beijing. New York: UN Women.
- UN Women, 2024. Action Coalition on Bodily Autonomy and SRHR Report. New York: UN Women.
- UN Women, 2014. Beijing Declaration and Platform for Action. Beijing+5 Political Declaration and Outcome. New York: UN Women.
- Vafa, Yasmin and Rebecca Epstein, 2023. Criminalized Survivors: Today's Abuse to Prison Pipeline for Girls. Rights4Girls and Center on Gender Justice & Opportunity, Georgetown Law, 2023.
- Valente, Christine and others, 2024. "Are Self-Reported Fertility Preferences Biased? Evidence from Indirect Elicitation Methods." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 121(34): e2407629121.
- Van der Gaag, Nikki and others, 2023. State of the World's Fathers: Centering Care in a World Crisis. Washington, DC: Equimundo.
- Van Doornik and others, 2025. "Housing and Fertility." Vox EU, Center for Economic and Policy Research. Website: cepr.org/voxeu/columns/housing-and-fertility, accessed 28 March 2025.
- Van Gerwen, Olivia T. and others, 2022. "Sexually Transmitted Infections and Female Reproductive Health." *Nature Microbiology* 7(8): 1116–1126.
- Vartanova, Irina and others, 2023. "Survey Data Show a Global Decline in Intimate Partner Violence Against Women Associated with Rising Living Standards." 19 December 2023, PREPRINT (Version 1) available at Research Square: doi: 10.21203/rs.3.rs-3733106/v1.
- Vélez, Maria P. and others, 2014. "Universal Coverage of IVF Pays Off." *Human Reproduction* 29(6): 1313–1319.
- Vignoli, Daniele and others, 2020. "A Reflection on Economic Uncertainty and Fertility in Europe: The Narrative Framework." *Genus* 76: 28.
- Vitagliano, Amerigo and others, 2023. "Does Maternal Age Affect Assisted Reproduction Technology Success Rates After Euploid Embryo Transfer? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Fertility and Sterility* 120(2): 251–265.
- Vohra, Divya, 2014. Understanding the Gap Between Fertility Intentions and Outcomes. PhD dissertation, University of California, Berkeley.
- Volgsten, Helena and Lone Schmidt, 2021. "Motherhood Through Medically Assisted Reproduction – Characteristics and Motivations of Swedish Single Mothers by Choice." *Human Fertility (Cambridge)* 24(3): 219–225.
- Von Hippel, Courtney and others, 2016. "Stereotype Threat and Perceptions of Family-Friendly Policies Among Female Employees." *Frontiers in Psychology* 7:2043.
- Waldby, Catherine, 2019. "The Business of IVF: How Human Eggs went from Simple Cells to a Valuable Commodity." *The Conversation*, 3 October 2019.
- Wallace, Maeve and others, 2021. "Maternity Care Deserts and Pregnancy-Associated Mortality in Louisiana." *Women's Health Issues* 31(2): 122–129.
- Wang, Iris Y. and Rebecca Y. M. Cheung, 2023. "Parents' Gender Role Attitudes and Child Adjustment: The Mediating Role of Parental Involvement." *Sex Roles* 89: 425–441.
- Wang, Vivian, 2025. "Chinese Company to Single Workers: Get Married or Get Out." *New York Times*, 4 March 2025.
- Wang, Yanwen and Zheng Mu, 2025. "Partnership Trajectories Toward Childlessness in China." *Family Relations* 74(2): 901–915.
- Watts, Susan May, 2024. "Son Preference in India." Ballard Brief, Fall 2024.
- Weinreb, Alexander and others, 2024. "The Complicated ART of Finding Consensus on Family-Building Health Policy: A Comment on the IFFS Consensus Document." *Human Reproduction Update* 30(2): 131–132.

- Weldon, Michel J. and Laura Gregory, 2021. *Educational Underachievement Among Boys and Men*. Washington, DC: World Bank Group.
- Westoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- What Young People Want, n.d. "Results Dashboard." Website: wypw.1point8b.org/en, accessed 13 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024. "Violence Against Women." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women, accessed 12 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024a. "Abortion." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion, accessed 12 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2024b. "Infertility." Website: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility, accessed 15 March 2025.
- WHO (World Health Organization), 2023. *Infertility Prevalence Estimates, 1990–2021*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2021. "Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates."
- WHO Europe (World Health Organization), 2018. "Men's Health and Well-Being in the WHO European Region." Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (World Health Organization), 2011. *Preventing Gender-Biased Sex Selection. An Interagency Statement*, OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1987. "Infections, Pregnancies, and Infertility: Perspectives on Prevention." *Fertility and Sterility* 47(6): 964–968.
- WHO (World Health Organization) and others, 2014. *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement*. Geneva: WHO.
- Wilkins, Elizabeth and others, 2025. "Future-Proofing the ICPD PoA: Reproductive Rights in a Low Fertility World." *Studies in Family Planning*. doi: 10.1111/sifp.70009.
- Wilkins, Elizabeth, 2019. "Low Fertility: A Review of the Determinants." Working Paper No. 2. New York: UNFPA.
- Wilkinson, Krystal and others, 2023. "Assisted Reproductive Technologies and Work, Employment and Society: Extending the Debate on Organisational Involvement In/Responsibilities Around Fertility and Reproduction." *Work, Employment and Society* 37(5): 1419–1433.
- Willingham, Emily, 2022. "People Have Been Having Less Sex—Whether They're Teenagers or 40-Somethings." *Scientific American*, 3 January 2022.
- Włodarczak-Semczuk, Anna and Alan Charlish, 2024. "Polish President Halts Law Easing Access to 'Morning After' Pill." *Reuters*, 29 March 2024.
- Wood, Jonas and Karel Neels, 2019. "Local Childcare Availability and Dual-Earner Fertility: Variation in Childcare Coverage and Birth Hazards Over Place And Time." *European Journal of Population* 35(5): 913–937.
- World Bank, 2022. "Female Labor Force Participation." Website: genderdata.worldbank.org/en/data-stories/flfp-data-story, accessed 29 March 2025.
- World Bank, 2020. "Adjusted Net Enrollment Rate, Primary, Female (% of Primary School Age Children) – India."
- Wu, Alex K. and others, 2013. "Time Costs of Fertility Care: The Hidden Hardship of Building a Family." *Fertility and Sterility* 99(7): 2025–2030.
- Xinhua, 2016. "China Grants 746,000 Residence Permits to Unregistered Citizens." *Xinhua News Agency*, 9 June 2016.
- Yamaguchi, Mari, 2023. "Japan's Top Court Strikes Down Required Sterilization Surgery to Officially Change Gender." *AP*, 25 October 2023.
- Yeatman, Sara and Christie Sennott, 2024. "Fertility Desires and Contraceptive Transition." *Population and Development Review* 50(S2): 511–538.
- Yeboah, Isaac and others, 2021. "Predictors of Underachieved and Overachieved Fertility Among Women with Completed Fertility in Ghana." *PLoS ONE* 16(6): e0250881.
- Yoon, Min-sik, 2023. "Regional Governments Roll Out Measures to Boost Birth Rate", *Korean Herald*, 24 December 2023.
- Zhang, Lei, 2024. "House Ownership and Fertility Intention in China: An Empirical Study Based on the Perspective of Life Course Theory", 8th KOSTAT-UNFPA Symposium on Low Fertility and Ageing, Seoul, Republic of Korea, 26–27 November 2024.



Assurer les droits et les choix pour tous

Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tél. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
@UNFPA

ISBN (PDF) : 978921154875
ISSN (version imprimée) : 2226-4957
ISSN (version en ligne) : 2520-2006

 Imprimé sur papier recyclé