

Afrique subsaharienne

Les faits sur l'investissement dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale

- En Afrique subsaharienne, seulement 17% des femmes mariées en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive moderne, même si bien davantage désirent éviter une grossesse dans l'immédiat ou à long terme. Dans la région, 39% des grossesses ne sont pas planifiées, selon des proportions variant entre 30% en Afrique de l'Ouest et 59% en Afrique australe.*

- La mortalité et la santé précaire parmi les femmes et les nouveau-nés sont fort trop élevées. Pour chaque centaine de milliers de naissances, 903 femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Le taux de mortalité néonatale est de 38 pour 1.000 naissances vivantes.

- Les disparités sont très marquées entre et à l'intérieur des pays. Il est particulièrement difficile pour les femmes jeunes ou pauvres, peu instruites ou habitantes des milieux ruraux, d'obtenir les services nécessaires à l'assurance de grossesses et naissances planifiées et saines.

- D'importants investissements devront être consentis au renforcement des systèmes de santé d'Afrique subsaharienne si l'on veut répondre au besoin de planification familiale moderne et de services de santé maternelle et néonatale.

- La réponse aux besoins de planification familiale des femmes et à ceux de santé des mères et des nouveau-nés permettrait, entre autres avantages spectaculaires, de sauver jusqu'à 750.000 vies par an.

BESOIN NON SATISFAIT DE SERVICES

- Les services de planification familiale moderne incluent des prestations de conseil, approvisionnement en contraceptifs et suivi. Les normes de santé maternelle et néonatale recommandées par l'Organisation mondiale de la santé préconisent au moins quatre consultations prénatales, l'accouchement en centre de santé ou maternité et des soins post-partum pour les mères et les nouveau-nés, y compris les soins de routine et les soins en cas de complications obstétriques, après avortement et néonatales.

- En 2008, environ 60% (47 millions) des femmes de la région désireuses d'éviter une grossesse n'utilisaient aucune méthode de planification familiale (46%) ou en utilisaient une traditionnelle (14%). Ces femmes représentent 91% des grossesses non planifiées.

- Plus de la moitié des femmes qui accouchent chaque année ne bénéficient pas des quatre consultations prénatales recommandées et n'accouchent pas en centre de santé ou maternité. Le risque pour leur santé et celle de leur nouveau-né en est d'autant plus grand. Environ 55% des femmes séropositives enceintes ne reçoivent pas les antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH (non indiqué dans les estimations présentées ici).

- Presque 80% des femmes qui présentent chaque année un besoin de soins pour complications de grossesse ou d'accouchement n'en bénéficient pas.

- À l'échelle des pays, les femmes issues

du cinquième de ménages les plus riches sont bien plus susceptibles d'accoucher dans un centre de santé que leurs homologues du cinquième de ménages les plus pauvres (81% vs 26%). L'écart entre pays est aussi très large, du 85% en Afrique du Sud jusqu'à moins de 20% en Tchad, Ethiopie et Niger.

COÛT DES SERVICES

- En Afrique subsaharienne, le coût de l'apport de services de planification familiale aux femmes qui utilisent actuellement les méthodes modernes s'élève à 290 millions de dollars américains. Le coût de prestation des niveaux actuels de soins maternels et néonataux s'élève à 1,5 milliard de dollars (voir le tableau). Ces niveaux sont cependant largement inférieurs aux normes recommandées.

- L'apport de contraceptifs modernes à toutes les femmes qui en ont besoin ferait passer le coût des services de planification familiale à près de 2,4 milliards de dollars par an. Le nombre de grossesses non planifiées en serait toutefois considérablement réduit, rendant de ce fait plus abordable l'amélioration des soins des mères et des nouveau-nés.

*Ce document repose sur la définition régionale de la Division de statistique de l'ONU, selon laquelle l'Afrique subsaharienne se compose de l'Afrique de l'Est (Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Mayotte, Mozambique, Ouganda, Réunion, Rwanda, Seychelles, Somalie, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe), de l'Afrique centrale (Angola, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et São Tomé-et-Principe), de l'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland), de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sainte-Hélène, Sénégal, Sierra Leone et Togo) et du Soudan en Afrique du Nord.

Coûts et avantages des services

Coût des services, issue des grossesses et décès, en fonction de la pratique de la planification familiale et des prestations de santé maternelle et néonatale, Afrique subsaharienne, 2008

	Niveaux actuels d'usage des services	Satisfaction à 100% des besoins de service
Coût des services (USD 2008; en millions)		
Planification familiale	\$290	\$2.380
Soins maternels et néonataux*	\$1.460	\$8.100
Total	\$1.750	\$10.480
Issue des grossesses (en milliers)		
Planifiées		
Naissances et fausses couches	26.950	26.950
Non planifiées		
Naissances et fausses couches	11.730	2.750
Avortements provoqués	5.310	1.240
Total	43.990	30.940
Décès		
Mères	290.000	90.000
Nouveau-nés	1.220.000	670.000
Total	1.510.000	760.000

*En l'absence d'investissement simultané dans les services de planification familiale, l'amélioration des soins de santé maternelle et néonatale coûterait \$10,8 milliards.

• L'apport à toutes les femmes enceintes de soins maternels et néonataux conformes aux normes recommandées coûterait 8,1 milliards de dollars en présence d'investissements simultanés dans la planification familiale moderne—soit 2,7 milliards de moins qu'en l'absence d'améliorations au niveau de la planification familiale.

• Pour les deux types de services, le coût total serait donc, à concurrence de 10,5 milliards de dollars, cinq fois supérieur à l'investissement actuel, reflet de la nécessité urgente d'augmenter la disponibilité et d'améliorer la qualité des services.

AVANTAGES DIRECTES DE SANTÉ

• La satisfaction des besoins de planification familiale moderne des femmes et des normes recommandées de soins maternels et néonataux se traduirait par de grands avantages immédiats en termes de santé.

• Les grossesses non planifiées diminueraient de 77%, passant

de 17 millions à quatre millions par an.

• Les avortements non médicalisés diminueraient aussi, de 5,2 millions à 1,2 million (toutes législations sur l'avortement demeurant égales; non indiqué), et le nombre de femmes requérant une assistance médicale pour faire face aux complications de procédures non médicalisées tomberait de 2,2 millions à 500.000.

• Environ 750.000 vies seraient sauvées chaque année—200.000 parmi les femmes (soit une baisse de 69% de la mortalité maternelle) et 550.000 parmi les nouveau-nés (soit une baisse de 45% de la mortalité néonatale).

• Le nombre d'années de vie saine perdues pour cause d'incapacité et de décès prématuré parmi les femmes et les nouveau-nés baisserait également de près de deux tiers, de 61 millions à 22 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues.

OPTIMISATION DES RESSOURCES

• La prestation de ces services dans un ensemble intégré en rend l'usage plus facile pour les utilisateurs. Il est aussi plus rentable en termes généraux que les approches non intégrées.

• Plus que rentable, l'apport de contraceptifs modernes à toutes les femmes qui en ont besoin permettrait d'économiser 1,30 dollar de coûts de soins maternels et néonataux pour chaque dollar investi.

• Sauver une année de vie saine ou AVCI reviendrait en moyenne à 149 dollars; la comparaison est favorable par rapport à d'autres interventions pour prévenir ou traiter le cholera, le VIH/sida et la tuberculose.

AUTRES AVANTAGES

• L'usage accru du préservatif à des fins de contraception réduirait par la même occasion la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, aidant dès lors à endiguer la pandémie du sida. Une meilleure intégration des services de prévention du VIH, de planification familiale et de santé maternelle serait plus rentable encore en ce qu'elle aiderait notamment les femmes séropositives à éviter les grossesses non planifiées et les femmes séropositives enceintes à protéger la santé de leur enfant.

• La réduction des naissances non planifiées allégerait les dépenses du secteur public en faveur de la santé, l'éducation, l'eau, l'assainissement et d'autres services. Elle soulagerait la pression exercée sur de faibles ressources naturelles, facilitant ainsi l'accès aux buts de développement social et économique.

• Les moindres nombres de grossesses non planifiées, parmi les adolescentes en particulier, amélioreraient les chances d'instruction et d'emploi des femmes, contribuant à leur tour à des gains dans l'égalité de genre, la condition féminine, la productivité, l'accroissement de l'épargne des familles, la réduction de la pauvreté et la croissance économique.

L'information dans ce document est pour l'année 2008 et repose sur les tableaux de données spéciaux publiés dans Singh S et al., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, New York: Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population, 2009.



220 East 42nd Street
New York, NY 10017 USA
Tel: 212.297.5000
hq@unfpa.org

www.unfpa.org



125 Maiden Lane
New York, NY 10038 USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org