

Avantages liés à la satisfaction des besoins en matière de contraception moderne au Burkina Faso

Au Burkina Faso, beaucoup de femmes et de couples n'ont pas les connaissances, les moyens ou le soutien dont ils ont besoin pour protéger leur santé reproductive et avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent. Par conséquent, plusieurs femmes ont plus d'enfants qu'elles ne veulent ou dont elles ne peuvent s'occuper. D'autres recourent à l'avortement provoqué qui est tout à fait clandestin dans le pays et potentiellement dangereux.

En aidant les femmes et les couples à planifier leur famille et avoir des enfants en bonne santé, les soins de santé reproductive de qualité—y compris l'accès suffisant aux services de contraception—contribuent directement à atteindre trois des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD): réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et lutter contre le VIH/SIDA. L'amélioration des services de contraception peut également permettre d'atteindre d'autres OMD plus rapidement et d'une façon plus abordable, tels que assurer l'éducation primaire pour tous, réduire la pauvreté extrême, et promouvoir l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes¹.

La présente publication vise à contribuer à un meilleur état de santé des femmes burkinabè et leurs familles en démontrant les avantages et les économies qui découleraient des services de contraception améliorés. S'appuyant sur un travail antérieur²⁻⁵ et en utilisant les données nationales pour fournir des estimations

pour 2009 (voir l'encadré, page 2), elle décrit la situation actuelle de l'utilisation des méthodes de contraception. Également, pour quantifier les avantages au profit des femmes et de la société qui résulteraient d'aider les femmes à éviter les grossesses qu'elles ne cherchent pas, la publication présente deux scénarios hypothétiques d'une utilisation accrue des contraceptifs modernes. Nous mettons l'accent sur les décès et l'incapacité qui pourraient être évités, ainsi que sur les ressources financières qui seraient économisées grâce à la prévention de grossesses non planifiées. Un autre aspect important serait la prévention des avortements provoqués clandestins, y compris toutes leurs complications dangereuses, si les femmes burkinabè pouvaient éviter les grossesses non désirées. Sauf indication contraire, toutes les données présentées sont les résultats de calculs spéciaux basés sur des sources énumérées dans l'encadré de méthodes, en utilisant la méthodologie détaillée de l'Annexe à <<http://www.guttmacher.org/pubs/appendices/IB-2011-1.pdf>>.

Points clés

- Chaque année, près d'un tiers des grossesses au Burkina ne sont pas planifiées. La grande majorité des grossesses non planifiées y sont voulues plus tard (87%), et une minorité sont arrivées quand la femme n'en désirait plus (13%).
- Parmi les femmes qui veulent actuellement éviter une grossesse, presque deux tiers, soit n'utilisent aucune méthode de contraception (60%), soit utilisent une méthode traditionnelle relativement inefficace (4%). L'ensemble de ces femmes ont des besoins non satisfaits en matière des méthodes modernes.
- Le bien-être économique des femmes influe notablement sur l'utilisation contraceptive. Le niveau des besoins non satisfaits est le plus élevé chez les femmes les plus pauvres, et le plus bas chez les femmes les plus riches (88% contre 36%).
- Satisfaire la moitié des besoins du pays aboutirait à quelques 116 000 grossesses non planifiées de moins chaque année, conduisant à 37 000 avortements provoqués de moins et 400 décès maternels de moins.
- Investir dans les services de contraception moderne pour satisfaire la moitié des besoins non satisfaits, permettrait de faire une économie annuelle dans les frais médicaux associés à des grossesses non planifiées et leurs conséquences. Comme résultat, le pays peut sauver 18 millions de dollars US (soit 8,6 milliards de francs CFA) chaque année.
- Elargir les services de contraception confère des avantages substantiels pour les femmes, leurs familles et la société burkinabè. Toutes les parties prenantes, devraient accroître leurs investissements dans les services de contraception moderne.

Méthodes

Les estimations pour 2009 dans ce rapport sont projetées à partir des données les plus récentes disponibles. Sauf indication contraire, les données ont été calculées en utilisant les méthodes suivantes. Une annexe qui contient les sources et plus de détails méthodologiques, est disponible en ligne à <<http://www.gutmacher.org/pubs/appendices/IB-2011-1.pdf>> et des auteurs.

Le nombre de femmes dans chaque région selon l'état matrimonial, les préférences en matière de grossesse et l'utilisation des méthodes de contraception en 2009, ont été estimés en utilisant l'Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso (EDSBF) III de 2003, les résultats préliminaires de l'EDSBF IV de 2010, et les estimations régionales du nombre de femmes de 15–49 ans de l'Institut national de la statistique et de la démographie.

Le nombre de grossesses non planifiées en 2009 qui résultent de la situation actuelle de l'utilisation des méthodes de contraception, et le nombre qui résulteraient selon les scénarios alternatifs d'utilisation, ont été calculés sur les taux d'échec de chaque méthode et le taux de grossesse chez les non-utilisatrices. Les sources de ces données sont les EDSBF III et IV, et les estimations des taux d'échec faites au cours de plusieurs études qui datent de 1986 à 2004 (voir l'Annexe).

Les informations sur les naissances pour l'année 2009—telles que le fait d'être planifiée ou non planifiée, et les résultats de grossesses (naissances, avortements ou fausses couches)—ont été estimées à partir des sources suivantes: l'EDSBF III (données sur la planification des naissances récentes), la méthodologie d'estimer l'avortement par ses complications du Guttmacher Institute (estimations des avortements provoqués en 2008, appliquées également en 2009); et publications de recherche médicale (estimations de fausses couches).

Les décès liés à la grossesse pour 2009 ont été déterminés à l'aide des estimations pour 2008 faites par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la mortalité maternelle au niveau national. Les taux régionaux de mortalité infantile ont été estimés à partir des EDSBF les plus récentes (III et IV).

Les projections nationales pour 2009 des Années de Vie Corrigées de l'Incapacité (AVCI) liées à la grossesse et chez les nouveau-nés, ont été obtenues à partir de la révision de 2004 des AVCI, faite par le projet mondial du fardeau des maladies de l'OMS.

Les coûts des services de contraception et les soins maternels et néonataux ont été estimés à partir des éléments des coûts de base. Pour chaque méthode contraceptive ou intervention de soins de santé, nous avons fusionné les coûts des médicaments, des fournitures, des matériaux, de la main-d'œuvre, de l'hospitalisation, des programmes, et des systèmes pour obtenir le coût total par utilisatrice pour chaque année de protection contre les grossesses non planifiées ou par femme recevant les soins maternels médicaux (en dollars US, selon la valeur de 2009). Les coûts des programmes et des systèmes proviennent de la Conseil économique et social des Nations Unies; ces montants se réfèrent à des coûts indirects comme les frais généraux et les dépenses en capital. Les coûts directs des médicaments, des fournitures, de matériaux et de main-d'œuvre utilisés pour la prestation de services de planification familiale et les interventions en soins maternels et néonataux, proviennent des Outils de frais de santé de la reproduction du Fonds des Nations Unies pour la Population, et des données sur les coûts provenant des sources officielles au Burkina Faso.

La grossesse et l'accouchement comportent des risques de santé pour les femmes et les nouveau-nés.

Bien qu'un fonds qui subventionne fortement les accouchements assistés ait, depuis 2007, contribué à augmenter le pourcentage de femmes burkinabè qui accouchent dans un centre de santé⁶, près de 30% des accouchements en 2009 n'étaient pas assistés⁷. Par ailleurs, à peine 20% des femmes enceintes faisaient les quatre visites prénatales recommandées. Sans ces éléments importants de soins prénatals et d'accouchement, la mère et l'enfant pourraient courir un risque élevé de complications⁸.

Ce risque est mis en évidence par le taux élevé de mortalité infantile du pays: pour chaque 1 000 naissances vivantes, on estime que 80 enfants meurent avant leur premier anniversaire, dont 35 cas de décès (44%) surviennent dans le premier mois de vie⁹. Il y a une mesure qui permet de quantifier le fardeau potentiel de la mortalité précoce et de la maladie. Il s'agit du nombre d'années de santé que l'on perdrait par la suite. Cette mesure est les Années de Vie Corrigées de l'Incapacité, ou AVCI. A partir de notre analyse basée sur les données de 2009, les complications subies dans le premier mois de vie et leurs conséquences à long terme entraînent une perte qui se projette à environ 645 000 années de vie de santé chez les nouveau-nés au Burkina.

Le ratio de mortalité maternelle est également élevé au Burkina Faso. Selon les estimations de l'Organisation

mondiale de la Santé (OMS) pour 2008, 560 femmes burkinabè meurent chaque année des suites de problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement pour chaque 100 000 naissances vivantes¹⁰. Selon notre analyse, un total de 3 600 femmes sont décédées de causes de la grossesse en 2009; environ 820 d'entre elles—23% en général—ne voulaient pas tomber enceintes. Ces décès et un nombre inconnu de cas d'incapacité entraînent une perte annuelle estimée à 236 000 années de bonne santé chez les femmes burkinabè; un tiers (74 000) de ces Années de Vie Corrigées de l'Incapacité en 2009 ont été associés à des grossesses non planifiées.

Etant donné que la prévention des grossesses non planifiées est l'un des moyens les plus directs pour réduire le ratio de mortalité maternelle¹¹, l'expansion de l'utilisation des méthodes de contraception effectives est cruciale pour une meilleure santé des femmes. De plus, plusieurs cas de morbidité et de mortalité maternelle peuvent être attribués à l'avortement à risque et clandestin, une situation qui serait réduite de façon significative si l'on pouvait éviter tout d'abord les grossesses non planifiées. Les avortements provoqués sont sujets à des restrictions légales au Burkina Faso. Les interruptions volontaires de grossesse sont autorisées par la loi uniquement lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé et la vie de la femme, lorsque le fœtus a une sérieuse anomalie et lorsque la

Tableau 1

Besoins non satisfaits

Besoins non satisfaits en méthodes modernes de contraception chez les femmes burkinabè de 15–49 ans qui veulent éviter une grossesse, 2009

Région et quintile de bien-être économique	No. de femmes de 15–49 ans (000s)	Femmes qui veulent éviter une grossesse*			
		No. (000s)	% n'utilisent aucune méthode	% utilisent une méthode traditionnelle†	% dont les besoins en méthodes modernes ne sont pas satisfaits‡
Total	3 560	1 400	60,2	3,7	63,9
Région					
Boucle du Mouhoun	340	140	55,6	1,6	57,2
Cascades	140	50	43,7	1,8	45,5
Centre	510	230	33,4	3,8	37,2
Centre-est	290	100	72,2	1,4	73,6
Centre-nord	300	110	62,7	6,2	68,9
Centre-ouest	300	120	67,8	3,4	71,3
Centre-sud	160	50	70,6	1,5	72,1
Est	290	80	70,1	13,3	83,4
Haut-bassins	390	180	59,7	1,9	61,6
Nord	290	140	73,2	3,0	76,1
Plateau Central	170	60	78,8	1,0	79,8
Sahel	230	90	84,7	0,5	85,2
Sud-ouest	150	50	44,1	14,9	59,0
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	620	190	83,3	4,7	88,0
Second	650	220	75,6	5,4	81,0
Moyen	850	300	71,4	3,5	74,9
Quatrième	590	230	65,8	2,5	68,3
Le plus riche	850	460	33,0	3,3	36,2

Note: Les Enquêtes Démographiques et de Santé classent les ménages en fonction de leurs biens durables et ensuite répartissent les ménages en cinq groupes égaux (quintiles). Nous avons fusionné les données individuelles des enquêtées avec les données des ménages, afin d'attribuer aux enquêtées leurs groupes respectifs. *Les femmes mariées, ou les célibataires qui ont été sexuellement actives dans les trois derniers mois, qui sont capables de tomber enceintes et ne veulent pas d'enfants ou ne veulent pas un enfant dans les deux prochaines années. †Les méthodes de la continence périodique, du retrait, de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, et d'autres (e.g., mouses/gelée). ‡ Inclut les femmes qui n'utilisent aucune méthode et celles qui utilisent des méthodes traditionnelles. Nous entendons par méthodes modernes la pilule, le DIU (le stérilet), les injectables, l'implant, le condom masculin et la stérilisation masculine et féminine. Source: Voir Annexe à <<http://www.guttmacher.org/pubs/appendices/IB-2011-1.pdf>>.

grossesse est la conséquence de viol ou d'inceste¹². Selon une évaluation récente de l'incidence de l'avortement provoqué au Burkina Faso (dont très peu des cas sont autorisés), on estime que 87 000 femmes burkinabè recourraient aux avortements provoqués en 2009¹³. Les conditions dans lesquelles on pratique l'avortement provoqué sont si dangereuses qu'on estime que 43% des cas entraînent des complications qui nécessitent des soins dans un établissement sanitaire.

L'utilisation des contraceptifs peut améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés.

En permettant aux femmes d'éviter des naissances dont le risque est élevé, l'utilisation des méthodes modernes de contraception occasionne non seulement moins d'avortements, mais également l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Les niveaux d'utilisation de méthodes et de besoins non satisfaits en matière de

contraception, sont généralement calculés chez toutes les femmes mariées, y compris celles qui veulent tomber enceintes. Dans notre étude, nous calculons ces indicateurs uniquement chez les femmes qui veulent *éviter* une grossesse. Aussi, nous estimons l'utilisation et les besoins chez les femmes mariées (qui sont supposées être sexuellement actives) et chez les célibataires (c'est-à-dire, celles qui ont eu des rapports sexuels au cours des trois derniers mois.) En outre, étant donné que les méthodes traditionnelles ont généralement un taux d'échec beaucoup plus élevé que les méthodes modernes¹⁴, notre mesure de besoins non satisfaits prend en compte les utilisatrices des méthodes traditionnelles et celles qui n'utilisent aucune méthode. Ces femmes ont le plus à gagner des services améliorés de contraception moderne, et sont donc la cible majeure des politiques et des programmes de santé de la reproduction qui sont mises en œuvre.

En 2009, 1,4 millions de femmes de 15 à 49 ans (ou environ 39% des femmes burkinabè en âge de procréer) étaient sexuellement actives, susceptibles de tomber enceintes, et soit ne voulaient pas d'enfant pendant une période d'au moins deux ans, soit ne voulaient plus avoir d'enfants (Tableau 1). Ces femmes constituent la base de notre analyse. Bien que la grande majorité (87%) fût mariée, 13% (175 000 femmes) étaient célibataires et sexuellement actives.

Parmi les femmes burkinabè qui désiraient éviter une grossesse en 2009, 71% voulaient attendre au moins deux ans avant d'avoir un enfant, et 29% voulaient complètement arrêter de procréer. Toutefois, malgré le fait qu'elles voulussent éviter une grossesse, seulement 36% de ces femmes utilisaient une méthode moderne de contraception efficace. Un total de 64% avait des besoins non satisfaits en contraception moderne: 4% utilisait une méthode traditionnelle (principalement les méthodes du retrait et de la continence périodique), et 60% n'utilisait aucune méthode.

Les besoins non satisfaits varient largement selon les régions sanitaires et l'état de bien-être économique des femmes concernées. Par exemple, en 2009, le niveau national de besoins non satisfaits parmi les femmes qui voulaient éviter une grossesse était de 64%. Mais le niveau le plus bas, 37%, était dans la région sanitaire du Centre, qui comporte la ville de Ouagadougou, la capitale, où les services de contraception modernes sont les plus disponibles et accessibles. En revanche, le niveau le plus élevé, 85%, était dans le Sahel. Plus la femme voulait éviter une grossesse est pauvre, plus ses besoins non satisfaits sont élevés: les besoins non satisfaits varient de 36% chez les femmes appartenant au quintile de bien-être économique le plus élevé, à 88% chez les femmes appartenant au quintile le plus bas.

L'utilisation actuelle des méthodes modernes de contraception est insuffisante.

Les femmes burkinabè utilisent une gamme limitée de méthodes modernes de contraception. En 2009, 36% des femmes qui voulaient éviter une grossesse utilisaient une méthode moderne; ce chiffre inclut les 19% de femmes qui utilisaient les injectables ou les implants, 9% les condoms masculins, 7% les pilules, et environ 2% le DIU, la stérilisation féminine et d'autres méthodes.

Les deux enquêtes les plus récentes, les Enquêtes Démographiques et de Santé au Burkina Faso (EDSBF) III et IV, ont montré que l'utilisation des méthodes modernes parmi toutes les femmes mariées (y compris celles qui veulent tomber enceintes) a augmenté de 74% entre 2003 et 2010^{9,15}. Toutefois, le niveau de départ a été si faible (9%) que la prévalence actuelle de

méthodes modernes reste encore assez limitée (15%). Plusieurs raisons expliquent probablement le faible niveau d'utilisation de ces méthodes. Au Burkina Faso, où 84% des femmes en âge de procréer ne peuvent pas lire du tout¹⁵, le faible niveau de connaissances sur la contraception est accentué par la désinformation sur le mode d'action des méthodes et leurs effets secondaires. Les méthodes modernes sont également susceptibles d'être inaccessibles pour beaucoup de femmes burkinabè qui vivent loin des quelques centres urbains du pays ou qui ne peuvent pas en acquérir (77% de la population est rurale¹⁶, et 46% vit dans la pauvreté¹⁷). En effet, dans une étude dont les données proviennent de 39 pays, le Burkina Faso avait les pourcentages les plus forts de femmes qui ont déclaré le coût et l'accès des contraceptifs comme étant les raisons qui les empêchaient de pratiquer la contraception en 2003¹⁸.

Un tiers des grossesses ne sont pas planifiées.

La taille des familles diminue à peine au Burkina Faso où la population croît de 3% chaque année¹⁷. Les femmes ont maintenant six enfants en moyenne, juste un enfant de moins qu'il y a presque deux décennies. Par ailleurs, ce nombre d'enfants est très proche du nombre qu'elles considèrent être idéal¹⁵. Par conséquent, un pourcentage relativement faible de naissances n'est pas planifié: moins de 25%, un chiffre qui n'a pas beaucoup changé depuis 1993¹⁹. Alors que la grande majorité des naissances non planifiées (87%) correspondent aux naissances désirées qui sont arrivées trop tôt (voulues plus tard), seulement 13% sont non désirées, ou survenues quand une femme a la taille souhaitée de famille¹⁵.

Quand nous analysons les grossesses plutôt que les naissances, environ un tiers (31%) des 870 000 grossesses

en 2009 n'étaient pas planifiées (Tableau 2): 15% de toutes les grossesses aboutissent à des naissances voulues plus tard; 2% à des naissances non désirées (survenues après qu'une femme décide de ne plus en vouloir); et 10% à des avortements provoqués. Quatre pour cent des grossesses n'étaient pas planifiées et ont abouti à des avortements spontanés (voir l'Annexe pour des informations sur la manière dont nous avons calculé la proportion de grossesses planifiées et non planifiées qui aboutissent à des fausses couches).

Comme mentionné précédemment, les méthodes modernes sont plus efficaces pour prévenir les grossesses non planifiées que les méthodes traditionnelles. Au Burkina Faso, en 2009, moins de 4% des femmes qui voulaient éviter une grossesse et qui utilisaient une méthode moderne sont tombées enceintes au bout d'un an, contre 15% des femmes qui utilisaient une méthode traditionnelle. Bien sûr, si on n'utilise aucune méthode, on court le plus grand risque de grossesse non planifiée: parmi celles qui voulaient éviter une grossesse et qui n'avaient pas utilisé de la contraception, 29% sont tombées enceintes au bout d'un an.

L'utilisation des méthodes de contraception favorise la santé et sauve des vies. Etant donné que les avortements clandestins et les autres risques liés à la maternité peuvent être réduits de façon drastique à travers la prévention des grossesses non

Tableau 2

Les grossesses et leurs dénouements

La planification des grossesses et les dénouements de grossesses non désirées, selon les quintiles de bien-être économique, 2009

	Grossesses selon type de planification				Dénouements des grossesses non planifiées (comme proportion de toutes les grossesses)*		
	No. (000s)	% planifiée	% non planifiée	Total	% aboutissent à des naissances voulues plus tard†	% aboutissent à des naissances non désirées‡	% aboutissent à des avortements provoqués
Total	870	69	31	100	14,7	2,2	10,1
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	170	70	30	100	15,1	1,6	9,2
Second	180	71	29	100	13,7	2,5	8,8
Moyen	230	69	31	100	15,6	1,6	9,2
Quatrième	160	68	32	100	15,2	2,7	9,1
Le plus riche	130	64	36	100	13,3	2,8	15,5

Note: Voir le Tableau 1 pour l'explication des quintiles de bien-être économique. *Etant donné que ce tableau n'inclut pas les cas d'avortements spontanés, les trois colonnes qui représentent les résultats des grossesses non planifiées ne donnent pas une somme de 31%. †Une naissance est considérée comme voulue plus tard (c'est à dire, pas à ce moment) si la femme voulait atteindre au moins deux ans avant d'avoir un enfant au moment de tomber enceinte. ‡Une naissance est considérée comme non désirée si la femme ne voulait pas d'enfants au moment de tomber enceinte. Source: Voir Annexe à <<http://www.guttmacher.org/pubs/appendices/IB-2011-1.pdf>> pour de plus amples informations.

Tableau 3

Scénarios des différents niveaux d'utilisation de contraceptifs modernes

L'impact de l'utilisation des méthodes modernes de contraception dans la réduction des grossesses non désirées et leurs conséquences négatives, selon plusieurs résultats, 2009

Résultat	Scénarios de l'utilisation de méthodes modernes et niveaux de besoins satisfaits				Pourcentage de réduction des résultats par scénario		
	Utilisation actuelle de contraception*	Aucune utilisation de contraception moderne	Besoins en méthodes modernes satisfaits à moitié†	Tous les besoins en méthodes modernes satisfaits‡	Utilisation actuelle C/ aucune utilisation moderne	Besoins satisfaits à moitié C/ utilisation actuelle	Tous les besoins satisfaits C/ utilisation actuelle
Grossesses non planifiées	271 000	412 000	155 000	40 000	34	43	85
Naissances non planifiées	146 000	217 000	83 000	21 000	33	43	86
Avortements provoqués	87 000	138 000	50 000	13 000	37	43	85
Avortements spontanés	38 000	57 000	22 000	5 000	33	42	87
Mortalité maternelle	3 600	4 000	3 200	2 900	10	11	19
Mortalité infantile	49 800	55 200	44 900	39 900	10	10	20
AVCI maternelles	236 000	275 000	211 000	173 000	14	11	27
AVCI de nouveaux-nés §	645 000	749 000	536 000	473 000	14	17	27

Notes: AVCI= Années de vie corrigées de l'incapacité, une mesure qui quantifie les années de vie de santé perdues à cause de décès ou d'incapacité. Les différences calculées à partir de ces données ne correspondent pas toujours aux différences présentées dans le texte en raison des arrondissements effectués. *Répartition (en %) de méthodes utilisées chez les femmes qui veulent éviter une grossesse: modernes 36%, traditionnelles 4%, aucune 60%. †Répartition (en %) de méthodes utilisées chez les femmes qui veulent éviter une grossesse: modernes 68%, traditionnelles 2%, aucune 30%. ‡Utilisation à 100% des méthodes modernes chez les femmes qui veulent éviter une grossesse. §Périnatale. Source: Voir Annexe à <http://www.guttmacher.org/pubs/appendices/IB-2011-1.pdf>.

planifiées, quelle est alors la contribution d'une meilleure utilisation des méthodes modernes à la santé et au bien-être des femmes et de la nation burkinabè? Comme le montrent

clairement les scénarios hypothétiques suivants, les niveaux les plus élevés de prévalence contraceptive correspondent directement aux niveaux les plus bas de

grossesses non planifiées et de leurs conséquences négatives.

Si l'on compare le niveau actuel d'utilisation contraceptive au scénario où aucune méthode moderne n'est utilisée, les avantages de la contraception sont tout à fait évidents: selon nos estimations pour 2009, les femmes burkinabè connaissent actuellement environ 271 000 grossesses non planifiées, dont 184 000 se terminent par des naissances non planifiées et des fausses couches, et 87 000 aboutissent à des avortements provoqués (Tableau 3 et Graphique 1). Toutefois, si les femmes burkinabè n'utilisent aucune méthode moderne de contraception (et maintiennent l'utilisation de méthodes traditionnelles à son niveau actuel), le pays aurait à prendre en charge près de 412 000 cas de grossesses non planifiées. En supposant que la situation actuelle du pays concernant les résultats des grossesses resterait la même,

environ 274 000 grossesses aboutiraient à des naissances non planifiées et des fausses couches, et 138 000 à des cas d'avortements provoqués. Ainsi, le niveau actuel de la planification familiale empêche près de 141 000 grossesses non planifiées chaque année et, par conséquent, quelques 51 000 avortements provoqués.

Chaque année, les grossesses non planifiées—et les avortements résultants—qui ont été évités grâce à la contraception, évitent 400 décès maternels et la perte de 38 000 années de bonne santé chez les femmes burkinabè. De façon générale, le niveau actuel d'utilisation de méthodes de contraception permet de réduire ces résultats négatifs de 10–14% par rapport à ce qui se passerait en l'absence de toute utilisation moderne.

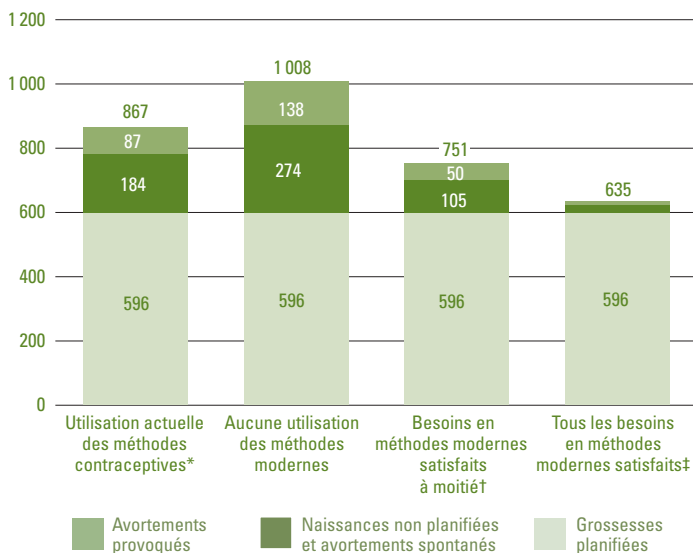
Le fait d'améliorer les niveaux actuels d'utilisation des méthodes modernes augmenterait ces avantages. De façon idéale, toutes les femmes qui veulent éviter une grossesse utiliseraient une méthode moderne de contraception. Dans cette situation hypothétique, chaque année il y aurait 232 000 grossesses non planifiées de moins que celles qui surviennent actuellement. Cela permettrait de réduire les naissances non planifiées, les avortements provoqués et les fausses couches liées à des grossesses non planifiées de 85–87%. Comme les décès maternels diminueraient alors à environ 700 par an—et un nombre non quantifiable des cas d'incapacité seraient également évités—nous

Graphique 1

Avantages liés à satisfaire les besoins

Le fait d'accroître l'utilisation des méthodes modernes permet d'obtenir moins d'avortements provoqués et moins de naissances non planifiées.

Les grossesses et leurs résultats (en 000s), 2009

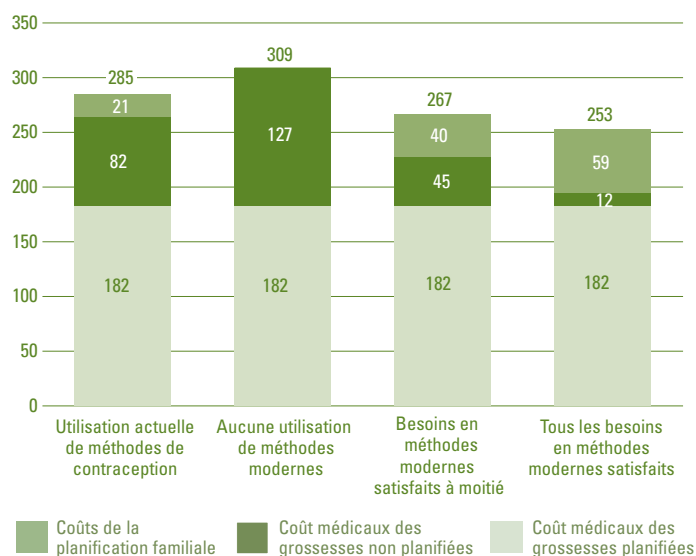


*Répartition (en %) de méthodes utilisées chez les femmes qui veulent éviter une grossesse: modernes 36%, traditionnelles 4%, aucune 60%. †Répartition (en %) de méthodes utilisées chez les femmes qui veulent éviter une grossesse: modernes 68%, traditionnelles 2%, aucune 30%. ‡Utilisation à 100% des méthodes modernes.

Les économies

Le fait d'investir dans la contraception moderne pourrait réduire de façon considérable les coûts associés à la grossesse non planifiée.

Coût (millions de dollars US), 2009



Notes: Les éléments des coûts peuvent ne pas correspondre aux totaux à cause de l'arrondissement effectué. Les frais médicaux couvrent les soins prénatals, les soins néonataux de routine, l'assistance professionnelle de l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence. Lorsqu'il s'agit uniquement de grossesses non planifiées, les frais médicaux incluent également le traitement des cas de complications d'avortement à risque.

estimons que quelques 63 000 années de bonne santé chez les femmes pourraient être sauvées chaque année. Par ailleurs, si toutes les femmes qui veulent éviter une grossesse utilisent des méthodes modernes, il y aurait environ 10 000 décès d'enfants de moins.

Bien qu'atteindre une situation où toutes les femmes qui veulent éviter une grossesse utilisent une méthode moderne soit un objectif louable, il peut être difficile à réaliser dans le court terme au Burkina. Il faut non seulement accroître les services actuels, mais il faut également accroître leur accès, ce qui nécessitera un renforcement plus important des infrastructures. Un scénario plus réaliste correspondrait à satisfaire la moitié des besoins en méthodes modernes de contraception, de sorte que 68% des femmes qui veulent éviter une grossesse utiliseraient une méthode moderne (voir l'Annexe pour comprendre la façon dont les proportions de femmes dans chaque catégorie d'utilisation de contraceptifs changeraient). Même dans ce scénario plus modeste, les avantages sont remarquables: par rapport à ce qui se produit actuellement, il y aurait près de 116 000 grossesses non planifiées de moins chaque année, ce qui signifierait 63 000 naissances non planifiées de moins, 37 000 avortements provoqués de moins, et 350 décès maternels de moins.

Les méthodes modernes de contraception permettent également d'économiser.

Chaque franc dépensé pour la planification familiale économise des ressources financières qui seraient autrement dépensées pour les soins associés aux grossesses non planifiées—tels que les soins de santé maternelle, néonatale et après avortement. Pour calculer les économies nettes, il faut d'abord estimer les coûts impliqués. En appliquant notre modèle des coûts par utilisatrice de contraception moderne à l'estimation du nombre d'utilisatrices actuelles, cela donne pour les services de planification familiale un coût total (direct et indirect) de 21 millions de dollars US (de 9,8 milliards de francs* de la Communauté Financière Africaine, ou CFA; Graphique 2). (Voir l'Annexe pour savoir comment ces coûts par individu ont été calculés.) Ces coûts passeraient à 40 millions de dollars (soit à 18,9 milliards de francs CFA) si la moitié des besoins non satisfaits en méthodes modernes de contraception était couverte, et à 59 millions de dollars (soit à 27,9 milliards de francs CFA) afin de répondre à tous ces besoins. (Les coûts totaux sont supportés par tous les secteurs de la société—gouvernement national et collectivités locales, bailleurs de fonds internationaux, les organisations non gouvernementales, les frais payés pour les burkinabè, etc.)

Selon chaque scénario décrivant l'augmentation de l'utilisation des méthodes modernes, plus de grossesses non planifiées sont évitées, ce qui engendre une baisse du

coût de prestation en matière de soins maternels et néonataux. Le coût total des soins médicaux associés aux grossesses non planifiées baisserait de 37 millions de dollars (soit de 17,7 milliards de francs CFA) par rapport aux niveaux de dépenses actuels si la moitié des besoins non satisfaits en méthodes modernes de contraception était satisfaite, et il diminuerait de 70 millions de dollars (soit de 33 milliards de francs CFA) si toutes les femmes qui voulaient éviter une grossesse pouvaient le faire avec une méthode moderne de contraception. Par ailleurs, ce ne sont que des économies directes de santé à court terme faites à partir des dépenses sur les grossesses non planifiées (c'est-à-dire, tous les soins de grossesse, y compris les

urgences obstétricales, les soins après avortement, les consultations prénatals, l'accouchement et les soins de santé néonatale). Les économies à long terme seraient faites dans plusieurs domaines, comme les coûts destinés aux services en matière d'éducation, d'eau et d'assainissement, et les programmes de vaccination—pour n'en citer que quelques uns¹.

Les accroissements proposés dans le financement de la planification familiale, qui peuvent paraître élevées à première vue, sont plus que compensées par les économies qui découleraient de la réduction des coûts des soins de santé maternelle et néonatale, qui résulteraient de la réduction des grossesses et des naissances non planifiées.

*Le taux de change calculé pour 2009 était US\$1=FCFA 472.1863 (source: World Bank, Indicators: official exchange rate (LCU per US\$, period average), 2011, [http://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.FCRF?](http://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.FCRF?locations=PA), DOWNLOAD data, PA.NUS.FCRF_Indicator_MetaData_en_EXCEL.xls, row 59, column AZ; site consulté le 6 octobre, 2011).

Ainsi, en considérant seulement les coûts de la planification familiale et des soins de santé maternelle et néonatale, l'utilisation *actuelle* de méthodes modernes de contraception génère une économie nette annuelle de 24 millions de dollars (soit de 11,5 milliards de francs CFA) par rapport à ce qui aurait été dépensé pour les soins liés à la grossesse, l'accouchement et les soins néonataux de routine en l'absence de toute utilisation de méthodes modernes de contraception.

Bien que réduire les besoins non satisfaits en méthodes modernes impliquerait une augmentation des dépenses de contraception au début, les économies nettes résulteraient. Comparé avec les coûts totaux de la contraception actuelle et des soins maternels, néonataux et après avortement, la satisfaction de la moitié des besoins en méthodes modernes de contraception se traduirait en une économie nette de 18 millions de dollars (soit 8,6 de milliards de francs CFA). Le fait de couvrir tous les besoins non satisfaits générerait une économie nette encore plus grande, de 32 millions de dollars (soit de 15 milliards de francs CFA).

Plus de ressources sont nécessaires maintenant—mais il y aura des bénéfices plus tard.

Le financement actuel de la contraception est insuffisant. Les services de planification familiale ne représentent qu'une fraction des dépenses totales des différentes composantes de santé de la reproduction. Selon les Comptes Nationaux de la

Santé de la reproduction, les données pour 2006 montrent que les dépenses directes par individu pour *l'ensemble* des 17 domaines ayant un impact (direct ou indirect) sur la santé de la reproduction a été de seulement 1,68 dollars (soit de 881 francs CFA) par personne²⁰.

Les problèmes de santé liés à la grossesse, y compris les complications d'avortements provoqués, peuvent rendre les femmes incapables de travailler et de s'occuper de leur famille pendant une longue période. L'utilisation accrue des méthodes modernes de contraception améliorerait chez chaque femme non seulement le bien-être, la productivité économique et la capacité de prendre soin de sa famille, mais également permettrait au pays d'atteindre les OMD plus rapidement et plus facilement qu'il ne le serait possible autrement. Par exemple, en répondant à tous les besoins non satisfaits en méthodes modernes de contraception, la nation s'approcherait de l'objectif capital qui est de réduire la mortalité maternelle: l'on peut réduire les décès maternels en réduisant la fécondité non planifiée—et donc l'exposition des femmes aux risques inhérents liés à la grossesse et la maternité. Il pourrait y avoir près de 20% des décès maternels de moins chaque année (et de 85% des grossesses non planifiées de moins) si toutes les femmes qui veulent éviter une grossesse pouvaient profiter pleinement des avantages liés à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Investir dans les services de contraception non seulement favorise la santé des femmes et des familles, mais permet également d'économiser les ressources limitées du pays. Si l'on fait des dépenses pour que la moitié des femmes qui veulent éviter une grossesse et qui n'utilisent aucune méthode ou qui choisissent une méthode traditionnelle, puissent adopter une méthode moderne, le pays économiserait chaque année environ 18 millions de dollars (soit 8,6 milliards de francs CFA), par rapport aux dépenses qui seraient effectuées pour les soins liés aux grossesses non planifiées et leurs conséquences.

La responsabilité pour cet investissement devra être partagée par plusieurs parties prenantes—à savoir, les gouvernements nationaux, les collectivités locales, le secteur privé et les bailleurs de fonds internationaux. Une utilisation de méthodes de contraception plus élevée permettrait de renforcer la main-d'œuvre en améliorant la santé des femmes en âge de procréer qui travaillent et le bien-être des générations futures. Par ailleurs, les économies réalisées en évitant les grossesses non planifiées et ses effets négatifs, pourraient être réorientées vers le développement économique et une gamme variée de services publics. En assumant ces coûts, cela permettrait alors d'éviter des dépenses beaucoup plus grandes dans un futur lointain. Les avantages pour les femmes burkinabè et leurs familles—en termes d'amélioration de la qualité de vie et des vies sauvées—seraient inestimables.

RÉFÉRENCES

1. U.S. Agency for International Development Health Policy Initiative, *Atteindre les OMD: la contribution de la planification familiale*, Washington, DC: Consella Futures, 2009, <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/123_1_MDG_Burkina_Faso_french_acc.pdf>, site consulté le 6 octobre, 2011.
2. Darroch J et al., Meeting women's contraceptive needs in the Philippines, *In Brief*, New York: Guttmacher Institute, 2009, No. 1.
3. Singh S et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, New York: The Alan Guttmacher Institute, 2003.
4. Sundaram A et al., Benefits of meeting the contraceptive needs of Ethiopian women, *In Brief*, New York: Guttmacher Institute, 2010, No. 1.
5. Vlassoff M et al., Benefits of meeting the contraceptive needs of Ugandan women, *In Brief*, New York: Guttmacher Institute, 2009, No. 4.
6. Ridde V, Kouanda S et Yaogo M, La politique de subvention des soins de santé maternelle au Burkina Faso, Programme "Abolition du Paiement," *Note d'information*, No. 2, 2010, <<http://www.sidiief.org/~media/E4CCF932A16F4406BD7165AC08955E7F.ashx>>, site consulté le 4 octobre, 2011.
7. Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique 2009*, Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la Santé, 2010.
8. Ronsmans C et Graham WJ, Maternal mortality: who, when, where, and why, *Lancet*, 2006, 368(9542):1189–1200.
9. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), *Enquête Démographique et de Santé et aux Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV), 2010: Rapport Préliminaire*, Ouagadougou, Burkina Faso: INSD; et Calverton, MD, Etats Unis: Measure DHS/ICF Macro.
10. Organisation mondiale de la Santé (OMS) et al., *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, Genève: OMS, 2010.

11. Graham W et al., Maternal and perinatal conditions, dans: Jamison D et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, deuxième ed., Washington, DC: Banque Mondiale; et New York: Oxford University Press, 2006, pp. 499-529.

12. Loi N° 049-2005/Loi Portant Santé de la Reproduction, 2005, <<http://ouidi.gov.bf/cgi-bin/ssg/library?e=d-000-00---0collecti-collecti-01-0-0--0prompt-10---4---dtx--0-1l--1-fr-50---20-about-loi+2010--000341-001-1-0utfZz-8-00&a=d&c=collecti&cl=CL2.1.1&d=HASH016f0374050677db3669ab0d>>, site consulté le 3 octobre, 2011.

13. Sedgh G et al., Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):147-154.

14. Trussell J, Contraceptive efficacy, dans Hatcher R et al. eds, *Contraceptive Technology*, ed. 19^{ème}, New York: Ardent Media, 2007.

15. INSD et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso, 2003*, Ouagadougou, Burkina Faso: INSD; et Calverton, MD, Etats Unis: ORC Macro, 2004.

16. Bureau Central de Recensement, *Recensement General de la Population et de l'Habitation de 2006: Résultats Définitifs*, Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de l'Economie et des Finances, 2008.

17. INSD, *Annuaire Statistique 2009*, Ouagadougou, Burkina Faso: INSD, 2010.

18. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.

19. INSD et Macro International, *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso, 1993*, Ouagadougou, Burkina Faso: INSD; et Calverton, MD, Etats Unis: Macro International, 1994.

20. Ministère de la Santé, *Comptes Nationaux de la Santé de la Reproduction: Burkina Faso, 2005 et 2006, Rapport Final*, Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la Santé, 2008, p. 15.

REMERCIEMENTS

La présente publication a été élaborée par Michael Vlassoff, Aparna Sundaram et Akinrinola Bankole, tous du Guttmacher Institute; Lisa Remez, consultante indépendante; et Danielle Yugbare/Belemsaga de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso. Elle a été éditée par Haley Ball du Guttmacher Institute, et traduite par Joseph Mukassa

Koussé, consultant indépendant. Les auteurs expriment leur gratitude par rapport aux commentaires faits par Seni Kouanda, IRSS; David Newlands, Aberdeen University; Léopold Ouédraogo, Organisation Mondiale de la santé au Burkina; Valéry Ridde, l'Université de Montréal; Djénéba Sanon/Ouedraogo, Ministère de la santé du Burkina; Jessica Shearer, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; et Issiaka Sombie, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé. Les auteurs tiennent à remercier leurs collègues de Guttmacher pour leurs contributions: Suzette Audam, Carolyn Cox, Patricia Donovan, Jessica Malter, Jesse Philbin, Susheela Singh et Gustavo Suarez. La présente publication a été soutenue par une subvention de la Banque mondiale.



Promouvoir la santé sexuelle et de la reproduction dans le monde à travers la recherche, l'analyse politique et l'information au public

New York
125 Maiden Lane
New York, NY 10038 USA
Tel: 212.248.1111
Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington, DC
1301 Connecticut Avenue, NW, Suite 700
Washington, DC 20036 USA
Tel: 202.296.4012
Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org



Institut de Recherche en Sciences de la Santé

03 PO Box 7192
Ouagadougou 03
Burkina Faso
Tel: 226-50-36-32-15
Fax: 226-50-36-03-94
Email: dirss@fasonet.bf