



mars 2007

Pourquoi la contraception est un bon investissement

La planification familiale sauve des vies et encourage le développement

La disponibilité répandue des méthodes contraceptives modernes, ainsi que les changements socioéconomiques qui ont rendu les grandes familles moins désirables, ont contribué à des déclin spectaculaires du nombre d'enfants par famille dans les pays développés. La fécondité moyenne a chuté d'environ 6 naissances par femme dans les années 60 à environ 3 naissances par femme aujourd'hui. Des changements sociaux de cette ampleur sont advenus dans bien peu d'autres domaines du développement et leurs effets sur la santé ont été profonds.

L'utilisation de contraceptifs affecte la santé des femmes, de leurs partenaires sexuels et de leurs enfants, ainsi que la société dans son ensemble. L'utilisation de contraceptifs pour retarder ou arrêter les naissances permet aux femmes de donner naissance aux moments les plus opportuns d'un point de vue santé pour elles-mêmes et leurs enfants, abaissant ainsi le nombre de décès et d'incapacités maternels et infantiles. De plus, certaines méthodes contraceptives empêchent à la fois la grossesse et les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

L'investissement dans la planification familiale est un moyen rentable d'éviter des naissances et des maladies (voir le tableau page 2). Les bénéfices sociaux et environnementaux de la planification familiale vont bien au-delà du secteur de la santé et d'une seule génération. Pourtant, l'accroissement de l'utilisation des contraceptifs parmi les populations rurales et traditionnelles dans une bonne partie de l'Afrique sub-saharienne a été lent et difficile.

La contribution des programmes de planification familiale

Les programmes organisés de planification familiale financés par les gouvernements et les

baillleurs sont en grande partie responsables de l'apport de la contraception moderne au monde en voie de développement. Les contraceptifs offerts par l'entremise de tels programmes vont de méthodes temporaires (surtout les pilules contraceptives orales, les injections hormonales et les préservatifs) à des méthodes permanentes (stérilisation homme ou femme).

Certains programmes sont uniquement voués à la fourniture de services de planification familiale (et sont connus sous le nom de programmes verticaux), certains sont appliqués dans le contexte du système de soins et sont combinés à des services de santé reproductive, tandis que d'autres programmes opèrent indépendamment des centres de soins, distribuant des produits contraceptifs subventionnés par l'entremise du secteur privé. Les prestataires gouvernementaux et non-gouvernementaux, les docteurs privés et les pharmacies coexistent souvent, et fournissent des contraceptifs à une clientèle différente. Les programmes de planification familiale qui vont vers les communautés pauvres pour fournir des informations et distribuer des contraceptifs gratuits dans les foyers sont les principaux vecteurs de l'utilisation accrue des contraceptifs dans certains des pays les plus pauvres, comme le Bangladesh.

La demande de contraceptifs et les besoins non satisfaits

Malgré une plus grande adoption de la planification familiale dans le monde en voie de développement, l'utilisation des contraceptifs est encore très limitée dans la plupart des régions de l'Afrique sub-saharienne et dans des zones d'autres régions où les femmes sont très pauvres, non éduquées et n'ont qu'un accès limité à des services de planification familiale de qualité. On définit que

les femmes ont un « besoin non satisfait » de planification familiale si elles affirment qu'elles préfèrent éviter une grossesse mais n'utilisent pas de méthode contraceptive.

L'Afrique sub-saharienne a le plus fort taux de besoin non satisfait : environ une femme sur cinq ne souhaite pas tomber enceinte mais n'utilise pas de méthode contraceptive. L'utilisation de contraceptifs est limitée, seulement une femme mariée sur cinq en moyenne y a recours. Inversement, au moins 75 % des femmes mariées utilisent la contraception au Viet Nam, au Cambodge et au Brésil, et seulement 6 à 7 % de femmes dans ces pays ont un besoin non satisfait.

Pourquoi y a-t-il un tel besoin non satisfait dans certaines régions ? Les femmes qui préfèrent éviter des grossesses peuvent ne pas utiliser la contraception à cause d'un manque de connaissances, de la peur d'effets secondaires, de croyances religieuses ou d'une opposition de la part de leurs conjoints ou de membres de leur famille. Elles citent rarement le coût comme étant un obstacle.

Conséquences des naissances non désirées sur la santé

Toutes les grossesses et les naissances présentent des risques de santé, en particulier dans les pays pauvres. En Afrique sub-saharienne, par exemple, les femmes ont une chance sur 16 de mourir des suites de complications à la grossesse et à la naissance. Les recherches ont démontré que les femmes et leurs enfants sont confrontés à un risque plus élevé de mort et d'incapacité lorsque les femmes ont moins de 17 ans ou plus de 35 ans, ont des grossesses trop rapprochées, ont trop d'enfants ou ont des conditions médicales préexistantes. Comme les grossesses chez les femmes ayant ces caractéristiques sont risquées, il est d'autant plus important de prévenir les grossesses non désirées.

Les grossesses non désirées qui peuvent se terminer en avortements à risque ou en naissances non désirées sont responsables d'entre 12 et 30 % de la charge de morbidité maternelle, selon la seconde édition de *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Toutefois, ces chiffres sous-estiment la charge de morbidité, présente et future, qui peut être évitée grâce à la planification familiale. Ils excluent les effets potentiellement bénéfiques de la planification

familiale sur la nutrition et l'éducation des enfants ainsi que les économies publiques réalisées grâce à l'incidence réduite du sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles qui peuvent être évités en utilisant un préservatif. Ils excluent également les effets débilissants des grossesses non désirées.

Le rapport coût/efficacité des programmes de planification familiale

Le rapport coût/efficacité des programmes de planification familiale est estimé sur la base des bénéfices sanitaires directs de l'accroissement des intervalles entre les naissances et de la réduction des grossesses parmi les adolescentes ; ces estimations ignorent les bénéfices plus larges pour les enfants et leurs familles indiqués ci-dessus. Toutefois, ces programmes sont extrêmement rentables, même si on exclut les bénéfices sanitaires supplémentaires qui affectent de multiples générations. Les interventions de santé qui coûtent moins de 100 USD par année de vie gagnée corrigée de l'incapacité (voir le tableau) sont considérées hautement rentables selon les critères internationaux.

Combiner la planification familiale aux services de prévention du VIH serait particulièrement rentable dans les pays fortement touchés par l'épidémie. Une analyse a démontré que l'adjonction de la planification familiale aux services plus communs qui empêchent la transmission du VIH de la mère à l'enfant a considérablement réduit les coûts de prévention. L'intégration des services de planification familiale pour aider les femmes séropositives qui souhaitent éviter des grossesses non désirées réduit aussi le nombre de morts maternelles et le nombre d'enfants rendus orphelins par le VIH. Éviter une mort maternelle liée au sida coûte environ 1 824 USD.

Les gouvernements et les bailleurs de fonds ont suffisamment de données pour justifier le financement de programmes de planification familiale mais les chargés de programmes manquent souvent d'informations sur la manière de dépenser au mieux les fonds dans le cadre de leurs programmes. De nombreux chargés de programmes ont besoin de lignes directrices pour décider des moyens les plus rentables de fournir des contraceptifs dans divers lieux, la manière de diriger les subventions vers les plus pauvres et la manière de combiner les services connexes.

Recherches requises

Les priorités de recherche pour l'amélioration de l'efficacité de la planification familiale incluent :

- les recherches opérationnelles concernant les programmes les plus rentables et les systèmes de fourniture de soins les plus rentables dans des lieux spécifiques des pays en voie de développement
- le développement de nouvelles méthodes contraceptives qui empêchent à la fois les grossesses et le VIH, et que les hommes et femmes souhaitent utiliser
- la recherche de meilleures façons d'intégrer les programmes de planification familiale et les programmes contre le VIH dans les pays à forte

prévalence de VIH, permettant ainsi d'obtenir une plus grande efficacité au niveau de la prestation des services, de sauver davantage de vies de femmes et d'enfants et d'empêcher la propagation du VIH.

Pour de plus amples informations

Levine, R., A. Langer, N. Birdsall, G. Matheny, M. Wright, et A. Bayer, 2006. « Contraception » dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^{de} éd., eds. D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, A. Mills, et P. Musgrove, 1193-1209. New York: Oxford University Press.

Coûts moyens par bénéfice de la planification familiale (en dollars US 2001)

Région	Naissance évitée	Mort d'enfant évitée	Mort maternelle évitée	Année de vie gagnée corrigée de l'incapacité
Asie de l'Est et Pacifique	\$163	\$4 907	\$12 880	\$60
Amérique Latine et Caraïbes	\$87	\$2 316	\$34 564	\$53
Moyen-Orient - Afrique du Nord	\$97	\$1 989	\$18 917	\$49
Asie du Sud	\$113	\$1 577	\$5 172	\$30
Afrique sub-saharienne	\$131	\$1 367	\$10 231	\$34

Note : l'année de vie corrigée de l'incapacité mesure une année de vie sans maladie ni incapacité
Source : Ruth Levine et al. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*.