

VUE D'ENSEMBLE:

Investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale, 2017

Ce document présente les estimations 2017 des besoins de contraception et de soins de santé maternelle et néonatale des femmes des régions en développement, les écarts critiques de couverture de services et les coûts et avantages que représenterait la pleine satisfaction de ces besoins.

- En 2017, 1,6 milliard de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) vivent dans les régions en développement. Environ la moitié d'entre elles (885 millions) désirent éviter une grossesse. Trois quarts environ des femmes de ce sous-groupe (671 millions) pratiquent la contraception moderne (Figure 1).
- Cela dit, 214 millions de femmes en âge de procréer qui vivent dans les régions en développement et désirent éviter une grossesse ne pratiquent aucune méthode de contraception moderne. Ce nombre comprend 155 millions de femmes sans méthode de contraception aucune et 59 millions pratiquant une méthode traditionnelle. Ces femmes sont considérées présenter des besoins non satisfaits de contraception moderne. Leur nombre est en baisse, par rapport à 225 millions en 2014, sous l'effet d'une hausse de la pratique contraceptive moderne.
- La proportion de femmes qui présentent des besoins non satisfaits de contraception moderne est la plus

élevée en Afrique subsaharienne (21%); alors qu'en nombre absolu (70 millions), ces femmes vivent principalement en Asie du Sud. Ensemble, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud représentent 39% de la totalité des femmes des régions en développement qui désirent éviter une grossesse et 57% de celles qui présentent des besoins non satisfaits de contraception moderne.

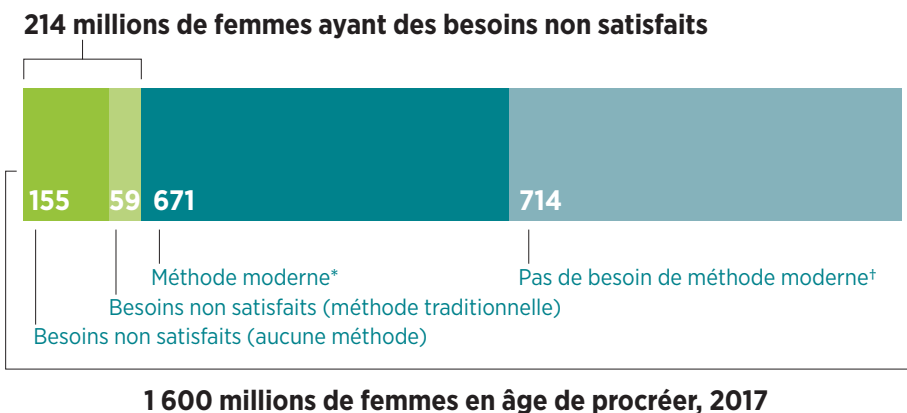
- Parmi les 206 millions de grossesses estimées pour 2017 dans les régions en développement, 43% ne sont pas planifiées (elles surviennent trop tôt ou ne sont pas désirées du tout).
- Les femmes qui présentent des besoins non satisfaits de contraception moderne représentent 84% de l'ensemble des grossesses non planifiées dans les régions en développement (Figure 2). Les femmes qui ne pratiquent aucune méthode de contraception représentent 74% des grossesses non planifiées et celles qui en pratiquent une traditionnelle, 10%.

■ Parmi les 127 millions de femmes qui accouchent chaque année dans les régions en développement, beaucoup ne bénéficient pas de soins de santé maternelle et néonatale essentiels. Globalement, 61% à peine bénéficient d'un minimum de quatre consultations prénatales et 73% accouchent en milieu médicalisé (Figure 3).

- Les soins de santé maternelle et néonatale varient largement d'une région à l'autre. Par exemple, 56% seulement des femmes qui accouchent en Afrique le font en établissement de santé, par rapport à 91% en Amérique latine et aux Caraïbes.

FIGURE 1: BESOINS CONTRACEPTIFS ET PRATIQUE

Dans les régions en développement, 214 millions de femmes désirent éviter une grossesse mais ne pratiquent pas la contraception moderne.



*Les méthodes de contraception moderne comprennent la stérilisation féminine et masculine, les méthodes hormonales, le stérilet, le préservatif masculin et féminin, les méthodes modernes basées sur la conscience de la fécondité, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, la contraception d'urgence et les autres méthodes d'approvisionnement.

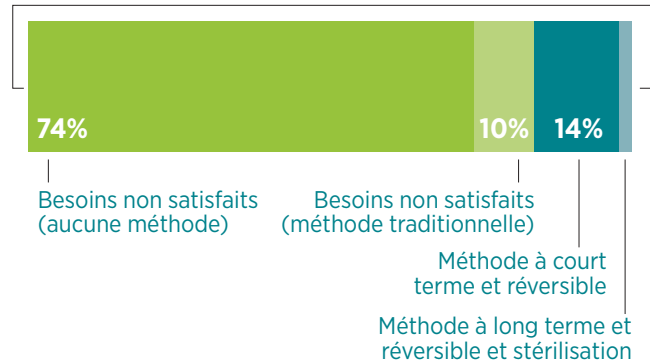
†Comprend les femmes célibataires sans activité sexuelle, stériles, qui désirent un enfant dans les deux prochaines années ou enceintes/post-partum d'une grossesse planifiée.

- Les différences entre les pays, en matière de contraception et de soins de santé maternelle et néonatale, suivent les lignes de démarcation économiques. La proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans dont les besoins de planification familiale sont satisfaits par la contraception moderne est la plus faible (49%) dans les pays à faible revenu, par rapport à 69% dans ceux à revenu intermédiaire inférieur et 86% dans ceux à revenu intermédiaire supérieur. De même, la proportion des femmes qui accouchent en milieu médicalisé est la plus faible (55%) dans les pays à faible revenu et la plus forte (94%) dans ceux à revenu intermédiaire supérieur.
- Parmi les femmes qui rencontrent des complications médicales en cours de grossesse ou d'accouchement, une sur trois seulement (35%) obtient les soins dont elle ou son nourrisson a besoin.
- En 2017, selon les estimations, 308 000 femmes des pays en développement mourront de causes liées à la grossesse, tandis

FIGURE 2: GROSSESSES NON PLANIFIÉES ET BESOINS NON SATISFAITS

Les femmes qui présentent des besoins non satisfaits de méthodes contraceptives modernes représentent 84% des grossesses non planifiées.

89 millions de grossesses non planifiées, 2017



Description générale de l'étude

Afin d'aider les décideurs à évaluer les investissements requis dans les régions en développement, ces estimations pour l'année 2017 révèlent le besoin de services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que les coûts et avantages associés, sur deux plans d'importance majeure: les services de contraception et les soins maternels et néonataux, qui incluent la prestation de soins prénatals, pendant le travail et l'accouchement, post-partum et néonataux, ainsi que les soins aux femmes qui accouchent d'un enfant mort-né, qui font une fausse couche, qui ont une grossesse extra-utérine ou qui se font avorter. Sur chaque plan, les estimations sont présentées dans ce document pour l'ensemble des régions en développement* et pour les principales régions géographiques. Les estimations par sous-région géographique et par groupe de revenu de la Banque mondiale†, de même que les sources spécifiques des données utilisées dans les estimations pour 2017, peuvent être consultées en ligne sur <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>.

Les estimations pour l'année 2017 reposent sur les rapports de *Vue d'ensemble* antérieurs, concernant les années 2003, 2008, 2012 et 2014. Les estimations 2017 proviennent de nouvelles données d'enquête et de l'information la plus récente disponible sur la population et les naissances, les rapports de mortalité maternelle, les taux de mortalité néonatale, les distributions de causes de mortalité maternelle et néonatale, les estimations concernant l'avortement provoqué et la grossesse non planifiée, les directives relatives aux services de contraception et de santé maternelle et néonatale, les estimations des coûts salariaux des agents de santé et les coûts des produits et des fournitures. Au besoin, nous avons ajusté les estimations en fonction de l'année de référence 2017. Les estimations pour 2017 comprennent un sous-ensemble limité des services couverts dans le rapport de 2014; en sont exclus les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de protection de la santé des femmes enceintes vivant avec le VIH et de traitement des IST parmi les femmes en âge de procréer. Les estimations relatives

à l'avortement présupposent l'absence de changement en termes de sécurité de l'avortement.

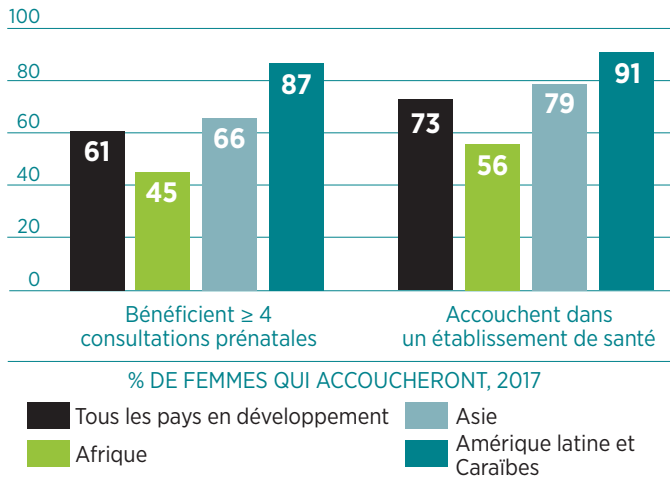
Pour chaque grand groupe de services de santé sexuelle et reproductive compris dans les estimations de 2017, les résultats sont estimés pour les nombres de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et leurs nouveau-nés ayant besoin de ces services, les niveaux de services dont elles bénéficient actuellement, les avantages sanitaires des services actuels et ceux qui résulteraient de la satisfaction à 100% des besoins de services, et les coûts des services actuels et de la réponse aux besoins non satisfaits de services (y compris les économies de coûts qui résulteraient de la prestation complète de services de contraception et de santé maternelle et néonatale, par rapport aux services de santé maternelle et néonatale seulement).

Les estimations de coûts (en USD 2017) comprennent les coûts directs et indirects. Les coûts directs sont ceux relatifs au temps de personnel, aux produits et fournitures nécessaires à la prestation de services contraceptifs et de soins médicaux maternels et néonataux, ainsi qu'à l'information et au conseil associés à ces services. Les coûts indirects, également appelés coûts de programme et de systèmes, sont ceux relatifs à la gestion programmatique, à l'encadrement et à la formation du personnel, au suivi-évaluation, au développement des ressources humaines, aux transports et télécommunications, à l'éducation à la santé, aux efforts de sensibilisation et de plaidoyer, aux améliorations de l'infrastructure et aux systèmes d'information de gestion sanitaire et d'approvisionnement en produits.

*D'après les classifications de la Division de la Population de l'ONU, les régions en développement comprennent l'Afrique, l'Asie, l'Amérique latine et les Caraïbes, et l'Océanie sauf Australie, Japon et Nouvelle-Zélande. Les estimations 2017 reposent sur les données relatives à 148 pays ou territoires et celles présentées ici pour l'Asie comprennent les pays d'Océanie. †D'après les classifications de la Banque mondiale, le revenu faible correspond à un RNB par habitant de 1 025 USD ou moins en 2015, la tranche intermédiaire inférieure, de 1 026 à 4 035 USD, et la tranche intermédiaire supérieure, à 4 036 USD ou plus. L'analyse couvre 96% des pays à revenu faible et intermédiaire: 100% de ceux à faible revenu, 98% de ceux de la tranche intermédiaire inférieure et 93% de ceux de la tranche intermédiaire supérieure.

FIGURE 3: UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE

D'importants écarts persistent entre les régions concernant l'obtention de services essentiels de santé maternelle.



que 2,7 millions de nourrissons ne vivront pas plus d'un mois. La plupart de ces décès pourrait être évitée sous accès complet à certains services vitaux: soins contraceptifs qui permettent aux femmes d'éviter les grossesses non planifiées et soins de santé maternelle et néonatale qui soutiennent les mères et les nouveau-nés tout au long de la grossesse et de l'accouchement.

Avantages de la pratique contraceptive moderne

- La pratique contraceptive moderne actuelle évite un nombre estimé annuellement à 307 millions de grossesses non planifiées sur la totalité des femmes en âge de procréer dans les régions en développement.
- Si l'ensemble des besoins non satisfaits de contraception moderne était satisfait dans les régions en développement, on assisterait à une baisse d'environ trois quarts des grossesses non planifiées (passant des 89 millions actuels à 22 millions

par an), des naissances non planifiées (de 30 millions à sept millions par an) et des avortements provoqués (de 48 millions à 13 millions par an).

- Les bienfaits sanitaires de la prévention des grossesses non désirées seraient considérables. Par rapport à la situation actuelle, la pleine satisfaction des besoins non satisfaits de contraception moderne donnerait lieu à une réduction annuelle des décès maternels estimée à 76 000 par an (Figure 4).

Prévention de la mortalité maternelle et néonatale

- Les soins de santé maternelle et néonatale, par lesquels on entend les services qui couvrent la grossesse et ses résultats (naissance vivante, fausse couche, mortalité ou avortement), permettent actuellement d'éviter 197 000 décès maternels et deux millions de morts de nouveau-nés par an dans les pays en développement.
- La prestation de soins de

santé maternelle et néonatale du niveau recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé à toutes les femmes enceintes et à leurs nourrissons réduirait la mortalité maternelle de 64%, à 112 000 décès par an, sous maintien de la pratique contraceptive ou du nombre de grossesses non planifiées aux niveaux actuels (Figure 4). La mortalité néonatale baisserait de 76%, à 659 000 décès.

- Sous combinaison de soins complets à toutes les femmes enceintes et nouveau-nés avec un apport intégral de contraception moderne aux femmes qui désirent éviter une grossesse, la mortalité maternelle tomberait de 308 000 à 84 000 décès par an, et la néonatale de 2,7 millions à 541 000 morts par an.

Coût de la contraception et des soins maternels et néonataux

- Le coût annuel actuel estimé des services de contraception moderne dans

les régions en développement, couvrant 671 millions de femmes qui pratiquent actuellement une méthode moderne, est de 5,5 milliards USD, coûts directs et indirects compris (Figure 5). Cela revient à moins d'un dollar par personne par an dans les régions en développement (0,88 USD).

- L'élargissement et l'amélioration des services, en vue de répondre aux besoins de contraception moderne de toutes les femmes dans les régions en développement, représenteraient un coût annuel de 11 milliards USD (coûts directs et indirects compris), soit 1,75 USD par personne par an.
- Aux niveaux actuels, les soins maternels et néonataux représentent un coût annuel estimé à 25,5 milliards USD, dont 17,2 milliards vont aux soins associés aux grossesses planifiées et 8,3 milliards à ceux de grossesses non planifiées. La pleine satisfaction du besoin de tels soins représenterait un

FIGURE 4: MORTALITÉ MATERNELLE

La satisfaction des besoins non satisfaits de services de contraception moderne et de soins de santé maternelle sauverait la vie de femmes.

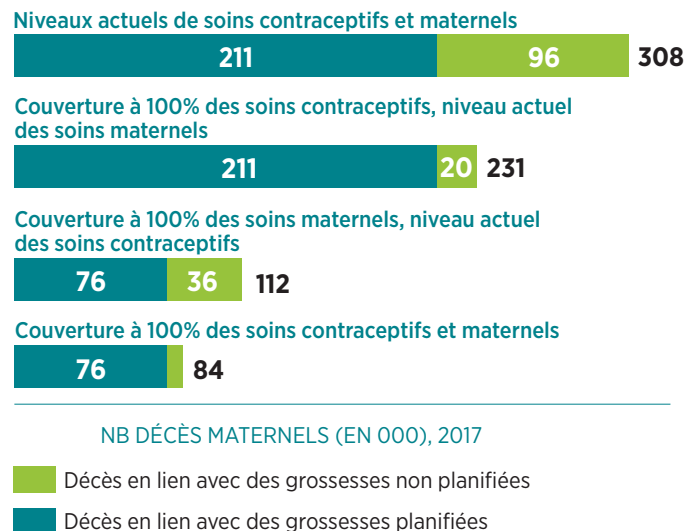
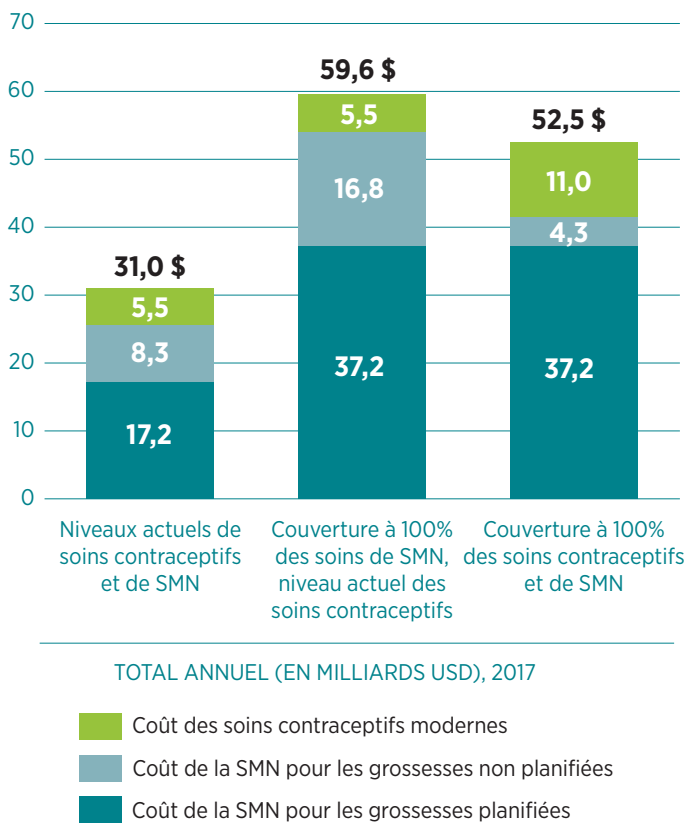


FIGURE 5: COÛT ANNUEL DES SERVICES

Les investissements dans les services de contraception moderne aident à réduire les coûts de satisfaction des besoins de soins de SMN*.



*SMN= santé maternelle et néonatale

coût annuel de 54 milliards USD (soit 8,63 USD par personne par an).

- Le coût de la prévention d'une grossesse non planifiée grâce à la contraception moderne est largement inférieur à celui de l'apport de soins pour une grossesse non planifiée. Ainsi, pour chaque dollar supplémentaire consenti aux services de contraception en sus du niveau actuel, le coût des soins associés à la grossesse diminuerait de 2,30 USD.
- Répondre pleinement aux besoins de contraception moderne et de soins maternels et néonataux coûterait 52,5 milliards USD par an — 8,39 USD par personne

— dans les régions en développement. Investir, de manière combinée, dans les services de contraception et de soins maternels et néonataux conduirait à une économie nette de 7,1 milliards USD par rapport à l'investissement dans les soins de santé maternelle et néonatale seulement.

Besoin accru d'investissement

- Un investissement de 8,39 USD par personne par an aiderait à garantir que toutes les femmes des régions en développement bénéficient de soins maternels et néonataux essentiels, tout en dotant les femmes et les couples de moyens efficaces d'éviter les

grossesses non planifiées, d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et de choisir le moment opportun de leur naissance.

- Les obstacles à l'apport de soins accessibles et acceptables doivent être supprimés. Il s'agit, par exemple, des restrictions politiques, des pénuries de personnel sanitaire formé, des services de faible qualité, du manque d'accès aux groupes marginalisés et de facteurs sociaux et économiques qui entravent l'accès ou le recours aux services.
- Un investissement considérable est requis dans les services de contraception et les soins de santé maternelle et néonatale. Gouvernements, donateurs, ONG, ménages et personnes individuelles: tous sont appelés à contribuer pour combler le déficit de financement et favoriser ainsi l'amélioration et l'élargissement des services. L'investissement dans les services de contraception et les soins de santé maternelle et néonatale, combiné plutôt que dans les seuls soins maternels et néonataux, est source d'économies et produit un plus grand impact en termes de prévention des décès et d'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et de leur famille.

- Au-delà d'impacts considérables sur la santé, la rentabilité de cet investissement combiné entraîne de nombreux avantages socio-économiques élargis pour les femmes, les familles et les sociétés, révélés notamment dans l'éducation accrue des femmes et des enfants, l'amélioration du revenu des femmes et l'amoinissement de la pauvreté.

REMERCIEMENTS

Ce document est publié dans le cadre de l'étude « Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2017 » actuellement menée par le Guttmacher Institute. D'autres données et ressources peuvent être consultées (en anglais) sur <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>. L'équipe de recherche est dirigée par Jacqueline E. Darroch, avec l'assistance (en ordre alphabétique) de Suzette Audam, Ann Biddlecom, Grant Kopplin, Taylor Riley, Susheela Singh et Elizabeth Sully, tous du Guttmacher Institute. L'étude a bénéficié de la contribution d'Eva Weissman, consultante indépendante, et de Karin Stenberg, de l'Organisation mondiale de la Santé.

SOUTIEN DES DONATEURS

L'étude à l'origine de ce document a bénéficié du soutien d'UK Aid sous les auspices du gouvernement britannique, ainsi que de subventions de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Fondation John D. et Catherine T. MacArthur. Les opinions exprimées sont celles des auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques des donateurs.



Une bonne politique de santé reproductive commence par une recherche fiable

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

www.guttmacher.org