

Planning familial et régulation des naissances dans les pays en développement

Agostini A¹, Blanc B²

1. Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital La Conception, Marseille

2. Service de Gynécologie, Clinique Ambroise Paré, Marseille

Med Trop 2011 ; 71 : 339-342

RÉSUMÉ • La mortalité maternelle à travers le monde est liée à l'absence de planification familiale et à la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse dans de mauvaises conditions de sécurité. L'accès à la contraception et l'adhésion des populations sont limitées dans les régions qui en ont le plus besoin. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne l'importance sur la mise en place d'une planification familiale sur la santé des populations. La mise en place d'une politique de planification familiale et de structures adaptées permettraient de répondre à ces besoins en termes de soins et d'éducation à la santé.

MOTS-CLÉS • Mortalité maternelle. Contraception. Planning familial. IVG. Pays en développement.

FAMILY PLANNING AND BIRTH CONTROL IN DEVELOPING COUNTRIES

ABSTRACT • Maternal mortality throughout the world is closely linked to the absence of family planning and abortion carried out under poor conditions. Access to contraception and community support is lacking in the most needy regions. The WHO has underlined the importance of family planning in improving public health. Implementation of family planning and other suitable programs would make it possible to address these needs with better health care and education.

KEY WORDS • Maternal mortality. Contraception. Family planning. Abortion. Developing countries.

La planification familiale ou planning familial ou politique génésique est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir à quel moment elles auront un enfant. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère aujourd'hui que la planification familiale est une priorité en terme de santé publique. En effet à travers la planification familiale, plusieurs actions peuvent être menées à la fois directement sur les soins et l'éducation des populations. Dans ce texte nous essayerons dans un premier temps de faire un état des lieux de la planification familiale et dans un deuxième temps, nous rapporterons les outils, recommandations et les objectifs argumentés de l'OMS concernant la planification familiale.

Contexte

Il se produit à peu près 150 millions de grossesses chaque année. La moitié d'entre elles sont non désirées, et la moitié de ces grossesses non désirées finiront par une interruption volontaire de grossesse (IVG), dont la moitié ne sont pas médicalisées et qui aboutissent chaque année à 68 000 morts, soit 10% de la mortalité maternelle, et même jusqu'à 20% dans certains pays (1). D'après les estimations les plus récentes, le nombre de femmes mourant de complications de la grossesse ou de l'accouchement a diminué de 34%, passant de 546 000 en 1990 à 358 000 en 2008. Si les pro-

grès sont notables, le rythme annuel de baisse de 2,3% n'atteint pas même la moitié du rythme de 5,5% nécessaire pour atteindre la cible consistant à réduire des trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. En 2008, presque tous les décès maternels (99%) se sont produits dans des pays en développement. Si le rythme de baisse de la mortalité maternelle dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est fait partie des plus élevés enregistrés, l'OMS, celui observé dans la Région africaine reste obstinément bas et correspond à un taux de mortalité de 620 pour 100 000 naissances vivantes en 2008 (2).

Ces chiffres sur la mortalité maternelle dans le monde et ses corrélations avec les grossesses non désirées soulignent l'importance du planning familial et de la régulation des naissances comme outil essentiel dans les pays en voie de développement. L'OMS dispose de quelques indicateurs sur le planning familial qui reflètent les conditions de réalisations de l'IVG et l'accès à la contraception.

Conditions de réalisation de l'IVG

En ce qui concerne l'IVG, la réalisation de l'IVG par du personnel non formé et/ou dans un environnement inadapté (IVG dangereuse, *unsafe abortion*) est responsable directement d'un nombre important de décès maternels. Il y a eu en 2008 21,6 millions d'IVG dangereuses. Ce chiffre était de 19,3 millions en 2003. Cependant, le taux d'IVG dangereuses par rapport aux nombres de femmes entre 15 et 44 ans est resté stable autour de 14 en raison d'une augmentation de la population de cette tranche d'âge. Par contre en ce qui concerne la région sub-saharienne et d'autres pays les moins développés (*least developed countries*) ce taux monte à 31 et 27 (2,3).

• Correspondance : Aubert.AGOSTINI@hp-hm.fr

La relation entre mortalité maternelle globale et mortalité secondaire à l'IVG dangereuse semble évidente. Dans un groupe de 100 pays dans lesquels il est prouvé qu'il existe une pratique de l'IVG dangereuse et dont les données sont disponibles, la mortalité maternelle représente 83% de la mortalité maternelle mondiale et la mortalité maternelle secondaire à l'IVG dangereuse représente 84% de la mortalité maternelle secondaire à la réalisation de l'IVG dangereuse au niveau mondial. Sur un groupe de 60 pays pour lesquels il semble ne pas exister d'IVG dangereuse, la mortalité maternelle représente 3% de la mortalité maternelle mondiale et par définition aucun décès maternel secondaire à la réalisation d'IVG dangereuse. Dans un groupe intermédiaire de 36 pays pour lesquels les données sont incomplètes, la mortalité maternelle représente 14% de la mortalité maternelle mondiale et la mortalité maternelle secondaire à la réalisation d'IVG dangereuse représente 16% de la mortalité maternelle secondaire à la réalisation d'IVG dangereuse au niveau mondial (3).

La répartition de la population mondiale en fonction de la loi du pays où elle réside est la suivante : 39 % de la population mondiale environ vit dans des pays où la loi autorise l'IVG à la demande de la femme, dans un certain délai ou sans restriction dans le temps, 21 % de la population mondiale vivent dans des pays qui autorisent l'IVG pour des motifs sociaux, 4 % vivent dans des pays où l'interruption de grossesse est autorisée si la santé physique ou mentale de la femme se trouve menacée, 10 % vivent dans des pays où l'interruption de grossesse n'est autorisée que si la santé physique de la femme se trouve menacée et 26 %, principalement dans le Tiers Monde, vivent dans des pays où l'interruption de grossesse n'est autorisée que si la vie de la femme se trouve menacée (4).

Accès à la contraception

L'utilisation d'un moyen de contraception est très variable d'une région OMS à l'autre. Au niveau mondial, le pourcentage d'utilisation d'une contraception chez les patientes qui sont en union est de 62 %. Le pourcentage moyen dans la région OMS Europe est de 74 % alors qu'il est de 24 % en région OMS Afrique. Lorsqu'on considère uniquement les pays sub-sahariens, ce taux est compris entre 3 et 12 % (2).

L'OMS utilise un indicateur plus fin qui est le besoin non satisfait de contraception (BNC). Il s'agit de l'absence de contraception chez une femme fertile qui est en union ne désirant pas d'enfant pour le moment. Le taux BNC a tendance à diminuer mais reste élevé. En région OMS Afrique, ce taux est de 22 % et reste stable. Dans les régions OMS Asie, Amérique latine et Caraïbes, ce taux est beaucoup plus faible, compris entre 9 et 11 % (2). On estime à 200 millions le nombre de couples dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants, mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception ou ont un choix limité des méthodes. Les raisons de ce manque de contraception sont multiples : accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de population les plus pauvres ou les couples non mariés ; crainte ou expérience d'effets secondaires; opposition culturelle ou religieuse; médiocre qualité des services disponibles; obstacles fondés sur le sexe (2).

Le risque de complications et de décès maternel et néonatal liés à la grossesse et à l'accouchement est plus élevé chez les adolescentes. Le taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans) est un indicateur permettant d'évaluer le nombre de grossesses chez les jeunes filles. Ce taux est particulièrement élevé. En 2007, au niveau mondial il était de 48 pour 1000. Dans la région OMS Afrique il était de 117 pour 1000 (2, 3).

Outils, recommandations et objectifs

Outils

Les principaux outils développés par l'OMS sont des manuels d'information et de formation destinés aux personnels de santé afin de permettre une contraception adaptée, suivie et non dangereuse (5-7). Dans le même objectif, l'OMS a mis à disposition un manuel de bonnes pratiques des soins concernant notamment l'IVG et sa prévention (8).

Bien entendu ces outils ne sont que le complément des soignants qui doivent être assez nombreux et formés. Dans le cadre du planning familial et de la santé de la mère, l'OMS soulignait récemment la place importante de la sage-femme (9).

Recommandations de la FIGO (Fédération internationale de Gynécologie Obstétrique) (1, 10)

Les gouvernements et autres instances concernées doivent tout mettre en œuvre pour améliorer le droit des femmes, leur condition et leur santé, et essayer d'empêcher la survenue de grossesses non désirées par l'éducation (y compris sexuelle), l'accompagnement, la mise en place de services d'information sanitaire et de planification familiale fiables, et par la mise au point de méthodes plus efficaces de contraception. L'IVG ne doit jamais être considérée comme une méthode de planification familiale.

Les femmes ont le droit de choisir d'être enceintes ou non et doivent donc avoir accès à des méthodes de contraception légales, sûres, acceptables, à la portée de leurs moyens.

A la condition que leur soit assuré un consentement éclairé, le droit des femmes au libre choix de leur fécondité, joint au devoir de leur éviter les dangers de l'avortement clandestin, justifient la pratique des IVG médicalisées (10).

Là où l'avortement n'est pas interdit, chaque femme devrait pouvoir, après avoir reçu les conseils d'usage, bénéficier d'un avortement médical ou chirurgical. Les établissements de soins ont l'obligation de garantir la sécurité de ces actes. Toute femme victime des complications d'un avortement non médicalisé doit être traitée avec humanité et bénéficier de soins médicaux compatissants. Les centres de planning familial et l'information sur la contraception doivent être accessibles pour permettre l'espacement des naissances (1).

Objectifs de l'OMS

La Déclaration du Millénaire des Nations Unies, signée en septembre 2000, engage les dirigeants du monde entier à combattre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'encontre des femmes. Les objectifs du millénaire du développement (OMD) découlent de cette Déclaration et chacun des objectifs s'accompagne de cibles et d'indicateurs spécifiques. La Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé des femmes et des enfants vise à éviter 33 millions de grossesses non désirées entre 2011 et 2015 et à sauver la vie des femmes qui risquent de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, dont les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.

La santé de la femme est comprise dans l'OMD 5. Afin de réaliser cet objectif, l'OMS a privilégié la planification familiale.

- *Objectifs argumentés de l'OMS (11)*

La planification familiale permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité (le présent aide-mémoire s'intéresse plus particulièrement à la contraception). Des services de planification familiale de qualité offrent toute une série d'avantages aux femmes, à leurs familles et à la société.

- *Prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes*

La capacité d'une femme d'espacer et de limiter ses grossesses a des conséquences directes sur sa santé et son bien-être. La planification familiale permet l'espacement des naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses chez les femmes jeunes, les grossesses précoces étant associées à un risque élevé de problèmes de santé et de décès. Elle permet de réduire la mortalité maternelle.

- *Réduire la mortalité infantile*

La planification familiale peut prévenir les grossesses et les naissances trop rapprochées et survenant à un moment inopportun, qui contribuent à des taux de mortalité infantile parmi les plus élevés au monde. Les nourrissons dont les mères décèdent lors de l'accouchement courent également un risque plus élevé de décès et de santé médiocre.

- *Contribuer à prévenir le VIH/sida*

La planification familiale réduit le risque de grossesses non désirées parmi les femmes vivant avec le VIH, ce qui permet de diminuer le nombre de bébés infectés et d'orphelins. En outre, les préservatifs masculins et féminins fournissent une protection double à la fois contre les grossesses non désirées et contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

- *Réduire le besoin d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité*

En réduisant les taux de grossesses non désirées, la planification familiale permet de limiter le besoin de recourir aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, qui représentent une cause principale de la mortalité maternelle dans le monde.

- *Donner aux populations la capacité d'agir*

La planification familiale permet aux populations de faire des choix en toute connaissance de cause en matière de santé sexuelle et génésique.

- *Réduire les grossesses chez les adolescentes*

Les adolescentes qui sont enceintes sont davantage susceptibles de donner naissance à des bébés prématurés ou d'un faible poids à la naissance. Les taux de mortalité néonatale sont plus élevés chez les bébés dont les mères sont des adolescentes. Nombreuses sont les adolescentes qui sont obligées d'abandonner leur scolarité lorsqu'elles tombent enceintes. Cela a des conséquences à long terme sur leur vie en tant qu'individus, mais aussi sur leur famille et leur communauté.

- *Ralentir la croissance de la population*

La planification familiale est essentielle pour ralentir une croissance de la population qui n'est pas viable à long terme et les conséquences négatives qui en résultent pour l'économie, l'envi-

ronnement et les efforts de développement aux niveaux national et régional.

- *Utilisation des contraceptifs*

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. L'utilisation de la contraception par les hommes représente un sous-ensemble relativement faible des taux de prévalence ci dessus. Les méthodes destinées aux hommes se limitent à la stérilisation (vasectomie), aux préservatifs et au retrait (coït interrompu). À l'échelle mondiale, 11,3% des femmes en âge de procréer indiquent qu'elles ont recours à l'une de ces méthodes dans le cadre de leur mariage ou d'une union officielle; à nouveau, il y a de grandes variations d'une région et d'un pays à l'autre.

- *L'action de l'OMS*

L'OMS s'efforce de promouvoir la planification familiale en produisant des lignes directrices basées sur des données factuelles sur la sécurité des méthodes contraceptives et la prestation des services correspondants, en élaborant des normes de qualité et en effectuant une présélection des produits contraceptifs, et en aidant les pays à introduire, à adapter et à mettre en œuvre ces outils pour répondre à leurs besoins. L'OMS met également au point de nouvelles méthodes contraceptives, y compris des méthodes pour l'homme, afin de réduire les besoins non satisfaits en matière de contraception.

Conclusion

La santé des populations et principalement des femmes dépend étroitement de la planification familiale et du contrôle des naissances. Les objectifs fixés par les Nations Unis concernant l'amélioration de la santé de la femme ne pourront être atteints que si une vraie politique de planning familial est développée. Dans cet objectif, l'OMS a souligné la priorité de développer cette politique de santé.

Références

1. Maternité sans risque. Grossesse et conflit foeto-maternel. Les aspects ethniques de la gynécologie et de l'obstétrique (FIGO) 2009, pp 205-7. Disponible à : <http://www.figo.org/publications>
2. WHO. Statistiques sanitaires mondiales 2011. OMS ed, Genève, 2011, 170 p. http://www.who.int/entity/whosis/whostat/FR_WHS2011_Full.pdf
3. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. WHO ed, Genève, 2007, 56 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf
4. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. Guttmacher Institute ed, New York, 2009, 64 p.
5. Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition. WHO ed, Genève, 121 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
6. Department of Reproductive Health. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. WHO ed, Genève, 174 p. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>
7. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, World Health Organization. Family planning: a global handbook for providers 2011 Update. WHO ed, Genève, 388 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf

Agostini A, Blanc B

8. UNICEF, UNFPA, WHO, World Bank. Packages of interventions. Family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. WHO ed, Genève, 2010, 20 p. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf
9. UNFPA. La pratique de sage femme dans le monde en 2011. WHO ed, Genève, 2011.
10. Contraception et IVG. Les aspects ethniques de la gynécologie et de l'obstétrique (FIGO) 2009, pp 222-30. Disponible à : <http://www.figo.org/publications>
11. OMS. Aide-mémoire N°351.OMS ed, Genève, 2011. <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs351/fr/index.html>



Mères kangourou, Madagascar © Imbert Patrick