

## Avantages à répondre aux besoins de contraception des Camerounaises

**La capacité à pratiquer la contraception est essentielle à la protection de la santé des Camerounaises et leur permet de planifier la taille de leur famille et l'espace des naissances. Le faible recours à la contraception a cependant entraîné des niveaux élevés de grossesses non désirées, une conséquence que les femmes et la société toute entière paient cher : tant au niveau des vies des femmes et du bien-être des familles que des dépenses inutiles.**

Accéder à des contraceptifs efficaces et modernes permet aux femmes d'avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent, et quand elles le souhaitent. Au Cameroun cependant, le manque d'accès à des services de santé reproductive de qualité contribue au nombre élevé de grossesses non désirées et inopportunes. De ce fait, les risques liés à un accouchement sans soins obstétricaux adéquats ou à un avortement non médicalisé concernent de nombreuses Camerounaises, mettant leur vie et leur santé en danger, ainsi que leur bien-être économique et celui de leur famille, tout en constituant un fardeau réel pour la société. L'augmentation du rapport de mortalité maternelle, telle que citée dans la dernière Enquête Démographique

et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS),\* est un indicateur majeur de la gravité du problème et il est urgent que des mesures soient prises afin d'inverser la tendance.<sup>1</sup>

L'utilisation de contraceptifs modernes† contribue au bon état de santé et au bien-être des femmes et de leur famille, notamment en réduisant les mortalité et morbidité maternelles et infantiles.<sup>2,3</sup> La planification familiale permet d'atteindre directement trois des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), à savoir réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et promouvoir l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes en permettant une plus grande présence aux niveaux de l'école, du travail et de la vie politique. De même, l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale permet d'atteindre trois autres OMD : assurer l'éducation primaire pour tous, préserver l'environnement et combattre le VIH/sida. Les Nations Unies ont déclaré qu'«une progression accélérée et une action plus audacieuse sont requises» — et particulièrement en

\*Le rapport de mortalité maternelle a augmenté de 669 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon les conclusions de l'EDS-MICS de 2004 à 782 pour 100 000 dans l'enquête de 2011.<sup>1</sup> Les décès maternels sont ceux qui ont lieu au cours de la grossesse, ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, pour toute raison en lien avec la grossesse.<sup>14</sup>

†Nous entendons par contraceptifs modernes la stérilisation masculine ou féminine, les contraceptifs oraux, stérilets, contraceptifs injectables, implants et préservatifs masculins et féminins.

### Points clés

- En 2013, environ 40% des grossesses au Cameroun étaient non planifiées.
- Plus de six femmes sur 10 souhaitant éviter une grossesse ne pratiquent pas de contraception, ou utilisent une méthode traditionnelle relativement inefficace. On peut dire de ces femmes qu'elles ont des besoins non satisfaits de contraception moderne.
- Combler ne serait-ce que la moitié de ces besoins non satisfaits éviterait 187 000 grossesses non planifiées chaque année, et permettrait également d'échapper à 65 000 avortements provoqués et 600 décès maternels.
- Si une réponse était apportée à l'ensemble des besoins non satisfaits de méthodes modernes de contraception, la mortalité maternelle chuterait de plus de 20%, et les naissances non planifiées et avortements à risque de 75%.
- L'investissement dans des contraceptifs et services de contraception pour répondre à l'ensemble des besoins non satisfaits des femmes qui souhaitent éviter une grossesse permettrait une économie annuelle nette de US\$5,4 millions (2,7 milliards F CFA) par rapport à ce qui serait dépensé, dans le cas contraire, en frais médicaux relatifs aux grossesses non planifiées et à leurs conséquences.
- Élargir l'offre de services de contraception apporte d'immenses bénéfices aux femmes, à leurs familles et à la société tout entière. Toutes les parties prenantes, y compris le gouvernement camerounais et le secteur privé, devraient augmenter leurs investissements dans les services de contraception moderne.

## Méthodes

Les estimations du présent rapport concernent l'année 2013, et ont été projetées à partir des plus récentes données disponibles. Sauf mention contraire, les données ont été calculées à l'aide des méthodes et sources suivantes. Une Annexe décrivant les méthodes et sources plus en détail se trouve en ligne à l'adresse <<http://www.guttmacher.org/pubs/appendices/IB-2014-1.pdf>>, ou est disponible auprès des auteurs.

Le nombre de femmes dans chaque région, selon leur état matrimonial, leur désir d'éviter une grossesse et leur pratique contraceptive en 2013, a été estimé à l'aide de données tirées de l'EDS-MICS de 2011 et d'estimations régionales du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans de la Projection démographique de 2012 du Bureau central des études statistiques et de la population.

Les nombres de grossesses non planifiées dans le cadre de la pratique contraceptive actuelle et de scénarios alternatifs ont été calculés à l'aide de taux de pratique contraceptive avec échec de la méthode et de taux de grossesse des non-utilisatrices tirés de l'EDS-MICS et d'autres sources (références 22 et 27), et corrigés en fonction du nombre estimé de grossesses non planifiées dans chaque région en 2013.

Les intentions de grossesse et les résultats de grossesse ont été estimés à partir de données régionales relatives à l'état de planification des récentes naissances tiré de l'EDS-MICS de 2011, d'estimations régionales des taux d'avortements provoqués en 2008 et d'estimations du nombre de fausses-couches.

Le nombre de décès survenus dans le cadre d'une grossesse a été chiffré à partir des estimations nationales du rapport de mortalité maternelle fourni par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2010. L'estimation de l'OMS, contrairement à celle de l'EDS-MICS, est corrigée pour tenir compte des sous-déclarations et mauvaises catégorisations des décès maternels. Les estimations régionales relatives aux avortements à risque proviennent de l'estimation régionale du taux d'avortement publié par des chercheurs du Guttmacher Institute. Les taux de mortalité infantile sont des estimations tirées de l'EDS-MICS de 2011. Les estimations nationales des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) relative à la maternité pour les femmes et les AVCI chez les nouveau-nés ont été calculées en corrigeant les estimations 2009 du Département des Systèmes de mesure et d'information sanitaire de l'OMS.

Les coûts des services de contraception et de soins de santé maternelle et infantile ont été estimés à partir d'éléments tarifaires de base. Pour chaque méthode contraceptive ou intervention de soins de santé, nous avons conjugué les coûts (en US\$ de 2013) des médicaments, fournitures et matériel, du travail et de l'hospitalisation, avec les coûts des programmes et systèmes afin de parvenir à un coût par utilisatrice par année de protection contre la grossesse non planifiée par femme recevant des soins médicaux relatifs à la grossesse. Les coûts des programmes et des systèmes, qui sont des coûts indirects (frais généraux et dépenses d'immobilisation), ont été obtenus auprès du Conseil économique et social des Nations Unies. Les coûts directs des médicaments, fournitures, matériel et de la main-d'œuvre utilisés dans les actions de planification familiale et d'interventions de soins de santé maternels et infantiles ont été obtenus grâce à l'outil de calcul des coûts de la santé reproductive du Fonds des Nations Unies pour la Population, à partir d'études tarifaires menées au Cameroun et d'autres documents disponibles au Cameroun.

Afrique subsaharienne, afin d'atteindre ces objectifs.<sup>4</sup>

Ce bref rapport s'attache à décrire la pratique contraceptive actuelle au Cameroun, et à faire état des coûts élevés qu'entraînent les besoins

constamment non satisfaits de contraceptifs modernes. En nous basant sur des travaux précédents,<sup>5-7</sup> nous avons utilisé des données nationales afin d'estimer les bénéfices nets en 2013 qu'il y aurait, à éviter les grossesses non désirées, à la

fois avec les niveaux actuels de pratique, et en posant deux scénarios hypothétiques d'investissement accru dans la contraception moderne. La planification familiale apporte certes de nombreux avantages aux femmes et à leur famille sur les plans social, économique et de la santé, tels qu'un accroissement de la productivité et une plus grande accumulation de capital humain,<sup>8,9</sup> mais nous avons choisi de centrer notre propos sur les économies sanitaires et financières que permet la prévention des naissances non planifiées et des avortements à risque.

Les conclusions du présent rapport constituent des preuves qui permettront aux décideurs politiques et aux donateurs internationaux d'augmenter les investissements dans le domaine des services contraceptifs, afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, et d'alléger les fardeaux financiers inutiles imposés au système de santé. Sauf mention contraire, toutes les données présentées ici sont des calculs particuliers réalisés à l'aide de données provenant des sources énumérées dans la section Méthodes.

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

La grossesse et la naissance peuvent menacer la vie de la femme et celle de l'enfant, et ce, particulièrement en l'absence de soins prénatals et obstétricaux adéquats.<sup>10,11</sup> Seules 61% des femmes au Cameroun bénéficient des quatre visites prénatals minimales recommandées, et 66% seulement des naissances sont assistées d'un professionnel de la santé.<sup>12</sup> L'utilisation de contraceptifs modernes améliore la santé maternelle et infan-

tile en évitant les grossesses à risque élevé, telles que celles qui sont trop rapprochées, qui concernent les femmes de moins de 18 ans ou plus de 35 ans, ou les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants.<sup>2,3,13</sup>

Au Cameroun, les premiers mois de la vie présentent des risques : il est en effet estimé que, pour 1 000 naissances vivantes, 69 nourrissons décèdent avant d'atteindre l'âge d'un an.<sup>1</sup> Parce que les femmes pauvres et rurales font face à des obstacles culturels et infrastructurels très ancrés au niveau de l'obtention de soins prénatals et obstétricaux, leurs nourrissons sont bien plus susceptibles que d'autres de mourir au cours de leur première année de vie. Le taux de mortalité est ainsi près de deux fois plus élevé parmi les nourrissons nés dans les foyers les plus démunis que pour ceux nés dans les familles les plus riches (90 et 51 décès de nourrissons pour 1 000 naissances vivantes, respectivement).<sup>1</sup> La mesure en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) est une autre manière de quantifier les conséquences du mauvais état de santé : la charge de morbidité est ainsi exprimée en termes de nombre d'années de vie saine perdues au détriment du décès ou de la maladie. Au cours de la seule année 2013, les complications périnatales ont contribué à la perte d'un million d'années de vie saine parmi les nouveau-nés camerounais.

La situation de la mortalité maternelle au Cameroun est tout aussi préoccupante. Il a été estimé qu'en 2010, 690 femmes sont décédées pour des raisons relatives à une grossesse ou un accouchement pour 100 000 naissances vivantes.<sup>14</sup> Chaque année, ceci se traduit par le décès de

## Besoins non satisfaits et grossesse non planifiée

Besoins non satisfaits de contraception moderne chez les Camerounaises de 15 à 49 qui souhaitent éviter une grossesse, intention de grossesse et issues de grossesses non planifiées, par région et quintile de richesse, 2013

| Région et quintile de richesse | No. de femmes de 15 à 49 ans (000s) | Femmes souhaitant éviter la grossesse* |                              |   |  | Ensemble des grossesses† |              |                  |   |   |  |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|---|--|--------------------------|--------------|------------------|---|---|--|
|                                |                                     | No. de femmes (000s)                   | % n'utilisent aucune méthode | % utilisent une méthode traditionnelle‡ | % ayant des besoins de méthodes modernes non satisfaits§ | No. (000s)               | % planifiées | % non planifiées | % abou-tissent à des naissances voulues plus tard** | % abou-tissent à des naissances non dési-rées†† | % abou-tissent à des avortements provoqués |
| Ensemble                       | 5 210                               | 2 260                                  | 44,5                         | 18,0                                    | 62,6   | 1 220                    | 59,8         | 40,2             | 15,7  | 4,8   | 14,3                                       |
| <b>Région</b>                  |                                     |  |                              |   |  |                          |              |                  |   |   |  |
| Adamaoua                       | 260                                 | 80                                     | 63,3                         | 5,7                                     | 69,0   | 60                       | 60,1         | 39,9             | 15,7  | 4,8   | 13,9                                       |
| Centre                         | 1 020                               | 560                                    | 39,9                         | 16,4                                    | 56,3   | 210                      | 58,5         | 41,5             | 15,3  | 4,7   | 15,9                                       |
| Est                            | 200                                 | 90                                     | 67,8                         | 6,6                                     | 74,4   | 50                       | 60,6         | 39,4             | 15,9  | 4,9   | 13,2                                       |
| Extrême-Nord                   | 830                                 | 210                                    | 83,6                         | 2,9                                     | 86,5   | 250                      | 62,2         | 37,8             | 16,3  | 5,0   | 11,2                                       |
| Littoral                       | 900                                 | 470                                    | 30,8                         | 25,9                                    | 56,6   | 170                      | 56,7         | 43,3             | 14,8  | 4,6   | 18,3                                       |
| Nord                           | 540                                 | 160                                    | 84,9                         | 0,5                                     | 85,3   | 160                      | 62,0         | 38,0             | 16,2  | 5,0   | 11,4                                       |
| Nord-Ouest                     | 480                                 | 220                                    | 32,2                         | 24,5                                    | 56,6   | 100                      | 58,1         | 41,9             | 15,2  | 4,7   | 16,4                                       |
| Ouest                          | 440                                 | 190                                    | 29,4                         | 28,4                                    | 57,9   | 110                      | 60,8         | 39,2             | 15,9  | 4,9   | 13,0                                       |
| Sud                            | 160                                 | 90                                     | 38,7                         | 16,7                                    | 55,4   | 40                       | 59,0         | 41,0             | 15,4  | 4,7   | 15,2                                       |
| Sud-Ouest                      | 390                                 | 190                                    | 28,7                         | 28,3                                    | 57,0   | 70                       | 57,4         | 42,6             | 15,0  | 4,6   | 17,3                                       |
| <b>Quintile de richesse</b>    |                                     |  |                              |   |  |                          |              |                  |   |   |  |
| Le plus pauvre                 | 840                                 | 210                                    | 84,9                         | 3,8                                     | 88,6   | 260                      | 67,3         | 32,7             | 11,7  | 5,3   | 10,9                                       |
| Second                         | 930                                 | 330                                    | 58,8                         | 15,0                                    | 73,8   | 260                      | 61,8         | 38,2             | 15,8  | 5,1   | 12,0                                       |
| Moyen                          | 990                                 | 430                                    | 49,3                         | 17,9                                    | 67,2   | 250                      | 59,4         | 40,6             | 16,5  | 5,3   | 13,2                                       |
| Quatrième                      | 1 190                               | 610                                    | 37,4                         | 20,1                                    | 57,5   | 240                      | 53,1         | 46,9             | 19,5  | 4,6   | 16,5                                       |
| Le plus riche                  | 1 270                               | 680                                    | 28,2                         | 22,2                                    | 50,4   | 210                      | 55,9         | 44,1             | 15,1  | 3,5   | 20,0                                       |

\*Femmes mariées (ou non mariées, mais sexuellement actives au cours des trois derniers mois) en mesure d'être enceintes et qui ne veulent pas d'enfant au cours des deux prochaines années ou dans l'absolu. †Inclut les fausses-couches, qui ont lieu dans environ 16 % des grossesses déclarées. Les fausses-couches n'étant pas présentées séparément, le total des trois dernières colonnes n'est pas équivalent au pourcentage de l'ensemble des grossesses non planifiées. ‡Méthodes du rythme, du retrait et traditionnelles. §Inclut les non-utilisatrices et les utilisatrices de méthodes traditionnelles. La pilule, le stérilet, le contraceptif injectable, l'implant, le préservatif masculin et les stérilisations masculine et féminine représentent les méthodes modernes. \*\*Les naissances voulues plus tard sont celles des femmes qui voulaient l'enfant mais pas dans ce moment. ††Les naissances non désirées sont celles des femmes qui ne voulaient plus d'enfants au moment de leur grossesse. N.B. : Les pourcentages peuvent ne pas correspondre aux totaux du fait de l'arrondissement. Les quintiles de richesse sont définis en fonction des classements des ménages des Enquêtes Démographiques et de Santé et à Indicateurs Multiples. Sources : Disponibles sur <<http://www.guttmacher.org/pubs/appendices/IB-2014-1.pdf>>.

5 900 Camerounaises, dont bon nombre auraient souhaité éviter la grossesse. Prévenir les grossesses non planifiées peut contribuer à réduire de manière significative la mortalité maternelle.<sup>15</sup> En effet, développer la pratique contraceptive réduirait l'exposition des femmes aux risques inhérents à la grossesse et à la maternité au Cameroun, et les aiderait particulièrement à éviter les grossesses à risque élevé.<sup>2</sup>

La recherche démontre que pour chaque femme qui décède de causes liées à la maternité, 20 autres sont invalides des suites d'une grossesse ou d'un accouchement.<sup>16</sup> Une telle

\*En l'absence de toute étude nationale sur l'avortement au Cameroun, nous utilisons les taux moyens régionaux relatifs à l'avortement de l'Afrique centrale.<sup>18</sup>

morbidity empêche la mère de s'occuper de sa famille ou de participer à la vie active. Les années de vie corrigées de l'incapacité qui sont perdues au Cameroun du fait de complications liées à la maternité ont atteint le nombre de 153 000 en 2013, dont 61 700 perdues dans le cadre de grossesses non planifiées.

Parmi les principales causes de mortalité et d'invalidité maternelles figurent les avortements à risque auxquels de nombreuses femmes ont recours lorsque leur grossesse n'est pas désirée. Bien qu'il n'y ait pas de données nationales fiables à ce propos, les avortements provoqués seraient responsables d'environ 12% des décès maternels dans l'Afrique centrale, où se situe le Came-

roun.<sup>17</sup> L'avortement est soumis à une législation extrêmement stricte au Cameroun, et n'est autorisé que si la santé ou la vie de la femme est en danger, ou dans les cas de viols ou d'inceste. Mais environ 36 Camerounaises sur 1 000 âgées de 15 à 44 ans subissent un avortement chaque année.<sup>18</sup> La plupart des avortements pratiqués au Cameroun le sont dans les lieux non autorisés, et par des intervenants non qualifiés ; ils impliquent de nombreux risques de complications pouvant mettre la vie des femmes en danger et épuiser leurs maigres ressources. Il est estimé que plus de 46 000 Camerounaises ont besoin de soins après avortement chaque année (non indiqué).

### Au Cameroun, la pratique contraceptive actuelle est insuffisante.

En 2013, près de 2,3 millions de Camerounaises en âge de procréer (Tableau 1), soit 43% des femmes de 15 à 49 ans, risquaient une grossesse non planifiée, c'est-à-dire qu'elles étaient mariées (ou non mariées, mais avaient une activité sexuelle) et pouvaient être enceintes, mais désiraient attendre au moins deux ans avant d'avoir un nouvel enfant, ou n'en désiraient plus du tout. Ces femmes constituent la base de notre analyse. Parmi les femmes mariées, 47% (1,6 million) souhaitaient éviter une grossesse et 700 000 femmes non mariées ayant une activité sexuelle désiraient également éviter la maternité, bien que ce nombre soit peut-être sous-estimé, car

l'activité sexuelle hors du cadre du mariage est stigmatisée, donc sous-déclarée.<sup>19-21</sup>

Au sein du groupe de femmes souhaitant éviter une grossesse, 72% voulaient attendre au moins deux ans avant d'avoir un enfant, et 28% ne voulaient plus d'enfant du tout.<sup>12</sup> Cependant, seules 37% des femmes qui désiraient éviter une grossesse utilisaient une méthode contraceptive efficace et moderne. Et alors que 18% utilisaient des méthodes traditionnelles, essentiellement le retrait et l'abstinence périodique, 45% n'utilisaient absolument aucune méthode (Tableau 1). Nous établissons que ces 63% de femmes, désirant éviter une grossesse mais n'utilisant pas de méthode moderne, ont des besoins non satisfaits de contraception moderne.\*

Au niveau régional, les besoins non satisfaits sont les plus élevés chez les femmes à risque du Nord et de l'Extrême-Nord (85% et 87% respectivement), probablement car les femmes de ces régions font face à des obstacles culturels et structurels majeurs dans l'accès à la contraception.<sup>20,23</sup> Alors que les femmes des autres régions sont également confrontées à des niveaux plus faibles des besoins non satisfaits (55% à 58%), de grandes franges de la population féminine de l'ensemble des régions du Cameroun doivent relever des défis afin d'atteindre leurs objectifs de fécondité désirée. De plus, les besoins non satisfaits sont largement supérieurs parmi les femmes les plus pauvres (89% de femmes à risque dans le quintile de richesse le plus pauvre) que parmi celles des ménages les plus aisés (50%). De manière évidente, les femmes pauvres

doivent affronter des obstacles plus importants pour accéder à la contraception moderne que les femmes au statut de richesse plus élevé.

Des facteurs tels que le souhait d'avoir une famille nombreuse (la taille idéale de la famille moyenne pour les femmes comprend 5,5 enfants) incitent les Camerounaises à préférer espacer les grossesses plutôt qu'à y renoncer complètement.<sup>1</sup> Les besoins de méthodes contraceptives réversibles sont ainsi supérieurs à ceux des méthodes définitives. Les préservatifs sont la méthode contraceptive moderne la plus largement utilisée : 46% des femmes ayant recours à la planification familiale l'utilisent, et elle représente 68% de l'ensemble des méthodes modernes utilisées. Alors que le contraceptif injectable et la pilule sont, respectivement, utilisés par 10% et 7% des femmes qui souhaitent éviter une grossesse, moins de 2% des femmes ont opté pour la stérilisation, et les stérilets et les implants sont utilisés par une proportion aussi faible de femmes. Malgré l'efficacité élevée des méthodes modernes permettant d'éviter les grossesses non planifiées, les femmes qui souhaitent espacer leurs grossesses sont plus susceptibles d'utiliser une méthode moderne de contraception que celles qui ne souhaitent plus du tout avoir d'enfant (71% contre 59%).<sup>12</sup>

Divers facteurs permettent d'expliquer le faible recours aux méthodes modernes au Cameroun. Parmi les raisons les plus communément citées de ne pas utiliser de méthode moderne figurent l'activité sexuelle absente ou réduite, des inquiétudes quant aux effets secondaires et risques pour la

Figure 1

## Niveaux de fécondité

Les Camerounaises ont plus d'enfants qu'elles n'en veulent, et particulièrement si elles sont pauvres.



santé, une aménorrhée postpartum ou l'allaitement, et le coût et autres obstacles à l'accès à la contraception moderne.<sup>24</sup> Ces obstacles incluent l'insuffisante formation des fournisseurs, les fréquentes ruptures de stock de contraceptifs et le choix limité parmi les méthodes.<sup>25,26</sup>

### L'absence de méthode est la cause de la majorité des grossesses non planifiées.

La probabilité qu'une femme ait une grossesse non planifiée dépend directement de l'utilisation, ou non, au sein du couple, de méthodes modernes de contraception et, le cas échéant, de l'efficacité de cette utilisation. Le risque est au plus bas avec le recours à la stérilisation et aux méthodes réversibles à long terme (telles que les stérilets, implants et contraceptifs injectables) et au plus haut lorsqu'aucune méthode n'est utilisée. La pilule est plus efficace que le préservatif, et tous deux sont plus efficaces que les méthodes traditionnelles, telles que l'abstinence périodique et le retrait.<sup>27</sup>

Il est estimé que 493 000 grossesses non planifiées ont

eu lieu au Cameroun en 2013, et il n'est pas surprenant de constater que la majorité de ces grossesses non planifiées (79%) aient concerné des femmes qui n'utilisent pas de contraceptifs. Mais parmi les 21% restants cependant, soit les grossesses non planifiées consécutives d'un échec de la méthode de contraception, un peu plus de la moitié ont eu lieu chez des femmes qui utilisent des méthodes traditionnelles plutôt qu'inefficaces. Seules 9% des grossesses non planifiées ont concerné des femmes qui utilisent des méthodes modernes. La grande majorité des grossesses résultantes d'échec de méthodes modernes sont survenues chez des utilisatrices de préservatifs (86%), alors que seules 7% des utilisatrices de la pilule ont connu une grossesse

\*La présente définition des besoins non satisfaits diffère de la définition standard utilisée dans les enquêtes EDS-MICS. Nous incluons les femmes utilisant des méthodes traditionnelles dans notre définition des femmes ayant des besoins non satisfaits, car les méthodes traditionnelles présentent des taux d'échec relativement élevés ; les femmes les utilisant sont donc vulnérables à l'occurrence de grossesses non planifiées et de leurs conséquences négatives (cf. référence 22).

non planifiée. Dans l'ensemble, 1,3% seulement de toutes les grossesses non planifiées au Cameroun concernent des femmes qui utilisent une méthode moderne autre que le préservatif (non indiqué).

### De nombreuses femmes ont plus d'enfants qu'elles ne le souhaitent.

La faible utilisation de contraceptifs modernes au Cameroun, ainsi que l'usage répandu de méthodes moins efficaces, ont entraîné des niveaux élevés de naissances non planifiées, soit celles qui ont lieu trop tôt ou lorsque la femme ne veut plus d'enfant. En 2011, ce sont 21% des naissances qui ont été non planifiées.<sup>12</sup> Cette proportion est demeurée relativement constante entre 1991 et 2011.<sup>28</sup> Si la taille moyenne de la famille au Cameroun n'a diminué que de manière marginale au cours de ces dernières années, en passant de 5,2 enfants par femme en 1998 à 5,1 enfants à l'heure actuelle<sup>1</sup>, les femmes, en moyenne, rapportent toujours ne désirer que 4,1 enfants (Figure 1, page 4). L'écart entre ces chiffres indique que la femme type a un enfant de plus qu'elle ne le souhaite, et souligne la nécessité d'améliorer l'accès des femmes à des services de planification familiale de qualité.

Les femmes les plus pauvres sont particulièrement désavantagées, au Cameroun, dans leur capacité à atteindre leurs objectifs de reproduction. Alors qu'elles désirent, généralement, une famille plus nombreuse que leurs homologues plus aisées, les femmes ayant de faibles revenus connaissent l'écart le plus important entre leur fécondité désirée et la réalité. Les femmes les plus pauvres ont, en effet,

environ 2,0 enfants de plus qu'elles ne le souhaitent, alors que les femmes les plus aisées, qui ont généralement un meilleur accès à la contraception, n'ont que 0,7 enfant de plus que désiré (Figure 1).

La différence entre la taille souhaitée de la famille et la fécondité actuelle diverge également selon les régions. L'écart le plus important (2,4 enfants de plus que souhaité) est constaté dans le Nord, l'une des régions les plus défavorisées, et le plus faible dans la région du Sud, où les femmes n'ont en moyenne que 0,4 enfant de plus que désiré.<sup>1</sup> L'une des raisons pour lesquelles les femmes du Sud réalisent presque leur niveau de fécondité tient peut-être au fait qu'elles utilisent globalement des méthodes modernes de contraception : environ 45% des femmes du Sud souhaitant éviter une grossesse utilisent une méthode moderne. Ce chiffre est à comparer avec la moyenne nationale, qui est de 37%.<sup>12</sup>

La fécondité désirée et la fécondité actuelle sont directement en lien avec les niveaux élevés de grossesses non planifiées chez les Camerounaises. Sur les 1,2 million de grossesses estimées en 2013, 40% étaient non planifiées (Tableau 1). De ce chiffre, 39% étaient des grossesses survenues trop tôt conclues par des naissances, 12% des grossesses non désirées conclues par des naissances, 36% de ces grossesses ont été interrompues par un avortement et 14% par une fausse-couche. Et alors que la proportion de grossesses non planifiées ne varie que légèrement entre les régions, les différences sont marquées selon les statuts socioéconomiques : 33% des gros-

esses parmi les Camerounaises les plus pauvres étaient non planifiées, contre 44% chez les femmes appartenant au groupe le plus aisé. Les femmes les plus aisées ont le taux de fécondité le plus faible au Cameroun, mais leur désir d'adopter un modèle moderne de fécondité réduite pour la constitution de leur famille a apparemment changé de manière encore plus drastique.

Il est estimé que 36% des grossesses non planifiées ont abouti à un avortement en 2013, pour un total de 175 000 interruptions de grossesse. La proportion varie en fonction des régions, allant de 30% dans l'Extrême-Nord à 42% sur le Littoral. Il est remarquable qu'alors que 33% des femmes les plus pauvres ont mis un terme à leur grossesse non planifiée, 45% des femmes les plus aisées ont mis un terme à la leur (pourcentages tirés du Tableau 1).

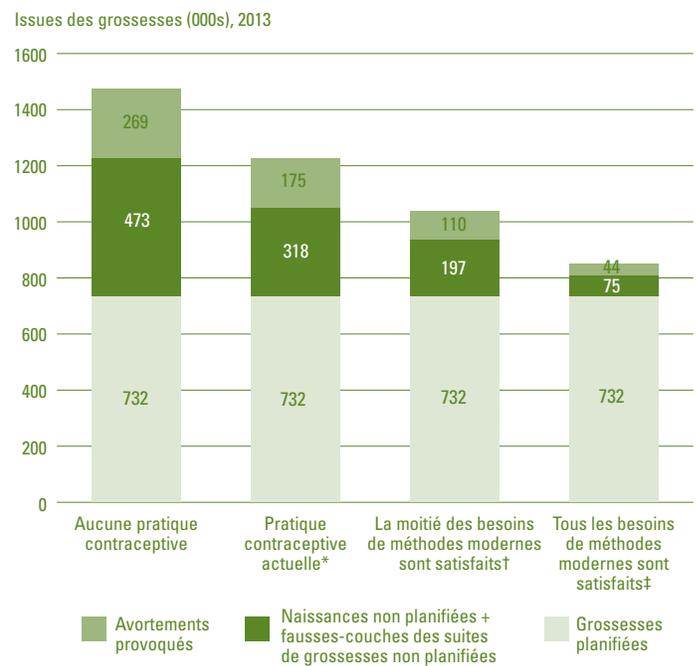
### La pratique contraceptive promeut la santé et sauve des vies.

Puisque la prévention des grossesses non planifiées permet de réduire considérablement les avortements à risque et autres dangers liés à la maternité, quels sont les apports quantifiables de la planification familiale pour la santé et le bien-être des femmes ? Nous étudions cette question en estimant dans quelle mesure le nombre de grossesses non planifiées chuterait à mesure que les niveaux de pratique contraceptive augmenteraient. Comparons tout d'abord le statu quo avec un scénario dans lequel il n'y a pas d'utilisation de contraceptifs modernes. Les Camerounaises subissent actuellement 493 000 grossesses non planifiées par an, dont environ 318 000 débouchent sur des naissances non planifiées et des fausses-couches,

Figure 2

#### Avantages à réduire les besoins non satisfaits

La pratique contraceptive, surtout de méthodes modernes, diminue les avortements provoqués et les naissances non planifiées.



N.B. : Pour les définitions des différents scénarios, voir notes en bas du Tableau 2.

et 175 000 sur des avortements provoqués (Tableau 2 et Figure 2, page 5). En l'absence totale de contraception moderne, cependant, le pays serait confronté à 742 000 grossesses non planifiées, dont 473 000 déboucheraient sur des naissances non planifiées et des fausses-couches, et 269 000 sur des avortements, dont la grande majorité serait à risque. Le niveau actuel de contraception moderne évite ainsi déjà 249 000 grossesses non planifiées, y compris 94 000 avortements, chaque année.

La maternité est porteuse de risques au Cameroun, et les avortements non médicalisés sont tout particulièrement dangereux. Ces grossesses évitées grâce au niveau actuel de pratique contraceptive représentent la prévention de 900 décès maternels annuels et garantissent 29 000 années de vie saine supplémentaires aux femmes chaque année, en réduisant le nombre de femmes invalides des suites d'une

grossesse non planifiée. Dans l'ensemble, le niveau actuel de pratique contraceptive limite ces conséquences maternelles négatives de 11% à 17%, en comparaison avec le scénario de l'absence totale d'utilisation de méthodes modernes.

Dans l'idéal, toutes les femmes qui souhaiteraient planifier la composition de leur famille utiliseraient des méthodes modernes de contraception. Dans un tel scénario, il n'y aurait que 120 000 grossesses non planifiées (conséquentes à un échec de la méthode), soit 373 000 de moins qu'à l'heure actuelle. De ce fait, les nombres de naissances non planifiées, avortements et fausses-couches seraient tous réduits de 75% à 76% : le nombre de décès maternels chuterait de 22% et près de 46 000 années de vie saine seraient rendues aux femmes. De plus, 1 300 femmes de moins mourraient chaque année au cours de leur grossesse ou de l'accouchement, le nombre d'avortements provoqués baisse-

rait de 131 000 et 13 000 décès infantiles de moins auraient lieu.

Il va sans dire qu'une réponse totale aux besoins de contraceptifs modernes serait difficile à mettre en place et nécessiterait d'importants investissements en termes d'infrastructure, de développement du personnel et de services de proximité. Le scénario plus réaliste serait de répondre à la moitié des besoins non satisfaits d'aujourd'hui. Cela se traduirait par 69% des femmes souhaitant éviter une grossesse qui utiliseraient une méthode moderne. Et même dans ce scénario plus modeste, les avantages par rapport à la situation actuelle sont frappants. Comblé ne serait-ce que la moitié des besoins non satisfaits actuel se traduirait par 187 000 (38%) grossesses non planifiées en moins chaque année, ce qui permettrait d'éviter 95 000 naissances non planifiées, 65 000 avortements provoqués et 600 décès maternels de moins qu'à l'heure actuelle. Les femmes gagneraient

16 000 années de vie corrigées de l'incapacité (Tableau 2).

### La contraception moderne épargne également de l'argent.

Chaque dollar dépensé en planification familiale, quel que soit le scénario suivi, épargne de l'argent qui serait autrement dépensé en soins maternels, infantiles et après avortement suite à des grossesses non planifiées. Au Cameroun, les dépenses totales estimées en planification familiale s'élèvent à US\$13,7 millions en 2013 (Figure 3, page 7). Répondre à la moitié des besoins non satisfaits en contraceptifs modernes coûterait US\$25,5 millions, et US\$37,2 millions pour répondre aux tous les besoins non satisfaits. Il s'agit là de montants globaux, qui incluent les coûts des contraceptifs, les salaires du personnel, les frais généraux, les améliorations apportées à l'infrastructure sanitaire du pays, le conseil et les activités d'information, d'éducation et de communication.

Ces coûts peuvent sembler élevés de prime abord, mais ils sont inférieurs aux économies qui seraient réalisées en évitant les dépenses de soins médicaux relatifs aux grossesses non planifiées et aux naissances non planifiées. En 2013 par exemple, les dépenses du système de santé pour fournir les soins prénatals, obstétriques et de routine aux nouveau-nés, incluant le traitement de complications d'urgence obstétriques et de avortement, se sont élevées à environ US\$110 millions. Les coûts seraient sensiblement plus élevés—US\$132 millions— sans aucune pratique contraceptive moderne, car le nombre de grossesses non planifiées et de naissances non planifiées serait

Tableau 2

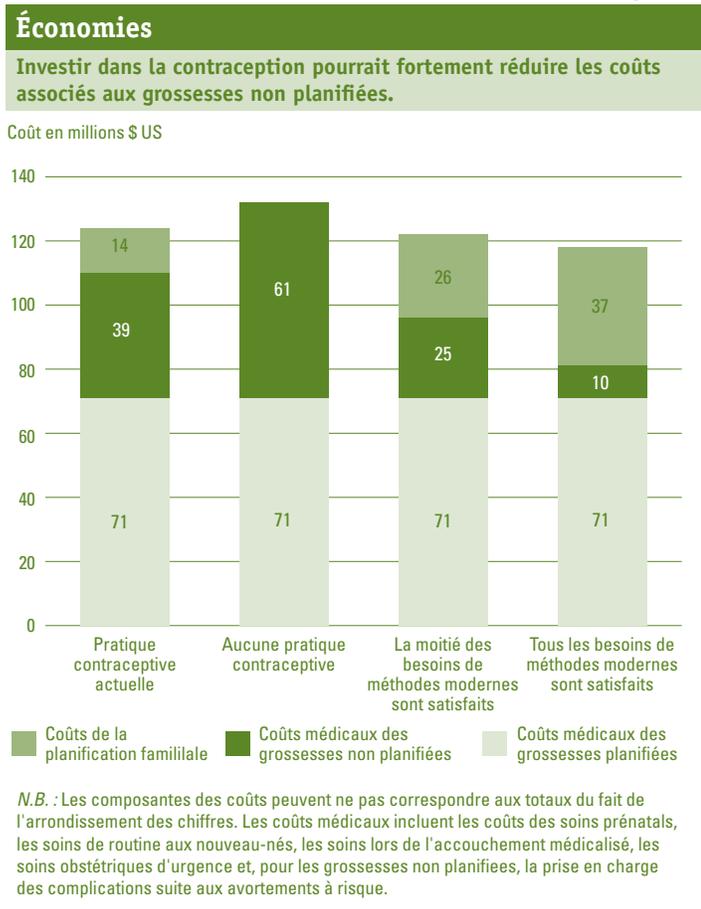
## Scénarios permettant de répondre aux besoins non satisfaits

Nombre de grossesses et issues, par scénario de pratique contraceptive, et % de réduction des événements, 2013

| Résultat                  | No. d'événements (000s)       |                                  |   |   | % de réduction des événements            |   |   |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|---|--|---|---|
|                           | Aucune pratique contraceptive | Pratique contraceptive actuelle* | Moitié des besoins de méthodes modernes satisfaits† | Tous besoins de méthodes modernes satisfaits‡ | Pratique actuelle contre aucune pratique | Moitié des besoins de méthodes modernes satisfaits contre pratique actuelle | Tous besoins de méthodes modernes satisfaits contre pratique actuelle |
| Grossesses non planifiées | 742                           | 493                              | 306   | 120   | 34                                       | 38  | 76  |
| Naissances non planifiées | 372                           | 250                              | 155   | 59  | 33                                       | 38  | 76  |
| Avortements provoqués     | 269                           | 175                              | 110   | 44  | 35                                       | 37  | 75  |
| Fausses-couches**         | 101                           | 68                               | 42  | 16  | 33                                       | 38  | 76  |
| Décès maternels           | 7                             | 6                                | 5   | 5   | 13                                       | 10  | 22  |
| Décès infantiles          | 66                            | 59                               | 52  | 45  | 11                                       | 11  | 23  |
| AVCI maternelles          | 184                           | 153                              | 137   | 107   | 17                                       | 10  | 30  |
| AVCI périnatales          | 1 145                         | 1 003                            | 914   | 780   | 12                                       | 9   | 22  |

\*L'éventail des méthodes utilisées parmi les femmes souhaitant éviter une grossesse est de 37% modernes, 18% traditionnelles et 45% aucune. †L'éventail de méthodes utilisées parmi les femmes souhaitant éviter une grossesse est de 69% modernes, 9% traditionnelles et 22% aucune. ‡Pratique d'une méthode moderne à 100% parmi les femmes à risque de grossesse non planifiée. \*\*Fausses-couches suite à des grossesses non planifiées. N.B. : Les chiffres peuvent ne pas correspondre aux totaux, ni correspondre au texte, du fait de l'arrondissement. AVCI = années de vie corrigées de l'incapacité. Sources : Disponibles sur <<http://www.guttmacher.org/pubs/appendices/IB-2014-1.pdf>>.

Figure 3



supérieur. Cette économie de 22 millions est supérieure au coût des prestations de planification familiale (US\$13,7 millions). Le niveau actuel de pratique contraceptive fournit déjà une économie annuelle nette de US\$8,1 millions (4 milliards F CFA) au Cameroun. Nous ne prenons en compte, pour les besoins de cette comparaison, que les économies à court terme relatives aux coûts des soins de santé. Des économies à long terme se répercuteraient également dans d'autres domaines, tels que l'éducation, l'eau, l'assainissement, la vaccination et la lutte contre le paludisme.<sup>9</sup>

Un système de santé en mesure de répondre à l'ensemble des besoins non satisfaits de contraceptifs modernes permettrait d'éviter un nombre important de grossesses non

planifiées, et les réductions des coûts de soins de santé seraient encore plus importantes. Le coût total des soins médicaux afférant à la grossesse chuterait de US\$28,9 millions si toutes les femmes souhaitant retarder ou limiter leurs grossesses utilisaient des méthodes modernes de contraception, et de US\$14,5 millions si était satisfait seulement la moitié des besoins de contraception moderne.

La réduction des besoins non satisfaits nécessite d'importantes dépenses en termes de services de planification familiale, mais elle permettrait de réaliser des économies nettes conséquentes. En comparaison des dépenses actuelles en services de contraception et soins maternels, infantiles et après avortement, répondre à seulement la

moitié des besoins de contraceptifs modernes permettrait une économie nette de US\$2,7 millions (1,3 milliard F CFA), et satisfaire l'ensemble de ces besoins économiserait US\$5,4 millions (2,7 milliards F CFA), malgré les dépenses supplémentaires en services de planification familiale visant à éliminer les besoins non satisfaits. La conclusion est que tout franc dépensé dans des services de contraception permet au système de santé l'économie de 1,23 franc en soins maternels et infantiles.

### La pratique élargie de la contraception avantage surtout les femmes les plus pauvres.

Les femmes économiquement aisées ont un meilleur accès aux contraceptifs que les femmes les plus pauvres. Ces dernières profitent ainsi dans une plus grande mesure des avantages de la pratique contraceptive. Les femmes pauvres tireraient ainsi un plus grand avantage à avoir un meilleur accès à la planification familiale. Si, par exemple, les besoins non satisfaits étaient entièrement satisfaits, les femmes pauvres éviteraient presque quatre fois plus de grossesses que les femmes aisées (341 grossesses contre 89 pour 1 000 femmes souhaitant éviter la grossesse). De même, la réduction de la mortalité maternelle serait plus marquée chez les femmes pauvres. Répondre à l'ensemble des besoins non satisfaits de contraceptifs modernes éviterait 138 décès maternels pour 100 000 femmes pauvres souhaitant éviter une grossesse, contre 23 pour 100 000 femmes les plus aisées (non indiqué). Les investissements visant à répondre aux besoins reproductifs des femmes réduiront fortement

les inégalités actuelles liées à la maternité.

### Des financements supplémentaires sont nécessaires aujourd'hui.

Le gouvernement camerounais s'est engagé auprès de la Commission de l'Union africaine et de la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) du Fonds des Nations Unies pour la Population, qui a déterminé que la planification familiale est la composante clé de la stratégie d'amélioration de la santé publique.<sup>29</sup> De plus, le gouvernement a approuvé un plan stratégique de santé reproductive dans lequel un des objectifs clés est l'augmentation de la prévalence de la pratique contraceptive moderne de 16% à au moins 30% d'ici 2020.<sup>30</sup> Les dépenses en santé maternelle ont cependant été inadéquates, en n'atteignant que US\$960 000 (soit US\$0,20 par femme en âge de procréer) entre 2007 et 2009.<sup>31</sup> Il faudra réaliser d'importants investissements en termes d'infrastructure de soins de santé et de prestation de services de planification familiale de qualité afin d'obtenir des réductions conséquentes de la mortalité maternelle et infantile et des coûts connexes. Les dépenses totales en soins de santé reproductive représentent seulement 1,1% des dépenses totales de santé du gouvernement.<sup>31</sup> Une importante partie du financement nécessaire devra probablement provenir de donateurs internationaux.

Tel que l'indique le présent rapport, une stratégie efficace de réduction de la mortalité et de l'invalidité maternelles et infantiles consiste à commencer par limiter l'exposition des femmes aux risques associés à

la grossesse et à la maternité. Les demandes de services de planification familiale vont se multiplier dans un proche avenir, puisque les femmes et les couples désirent de plus en plus réduire la taille de leur famille. La responsabilité de répondre à cette demande devra être partagée entre toutes les parties prenantes, dont le gouvernement, le secteur privé et la communauté internationale. L'amélioration de la planification familiale subventionnée est particulièrement importante pour les couches économiquement défavorisées de la population.

Une pratique contraceptive élargie permettra au pays d'atteindre les OMD, et particulièrement ceux centrés sur la santé maternelle et infantile, de manière plus rapide et plus abordable. Dans l'ensemble, tout franc supplémentaire dépensé en contraception réduira les dépenses en soins maternels et infantiles de 1,23 F CFA. Une pratique contraceptive élargie augmentera également la productivité en améliorant la santé des travailleuses et permettant aux femmes de participer davantage à la vie active. De plus, les économies générées par la prévention des grossesses non planifiées peuvent être réorientées vers d'autres initiatives de développement. Les avantages d'une meilleure qualité de vie et les vies sauvées seront un gain incommensurable pour les familles camerounaises.

## RÉFÉRENCES

1. Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, *Cameroun Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011*, Calverton, MD, États-Unis: INS et ICF International, 2012.
2. Cleland J et al., Contraception and health, *Lancet*, 2012, 380(9837):149–156.
3. Stover J et Ross J, How increased contraceptive use has reduced maternal mortality, *Maternal and Child Health Journal*, 2010, 14(5):687–695.

4. Nations Unies, *Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2013*, New York: Nations Unies, 2013.
5. Singh S et Darroch JE, *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012*, New York: Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUP), 2012.
6. Sundaram A et al., Benefits of meeting the contraceptive needs of Ethiopian women, *In Brief*, New York: Guttmacher Institute, 2010, No. 1.
7. Vlassoff M et al., Benefits of meeting the contraceptive needs of Ugandan women, *In Brief*, New York: Guttmacher Institute, 2009, No. 4.
8. Cleland J et al., Family planning: the unfinished agenda, *Lancet*, 2006, 368(9549):1810–1827.
9. Moreland S et Talbird S, *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning*, Washington, D.C.: U.S. Agency for International Development, 2006.
10. Ronsmans C et Graham WJ, Maternal mortality: who, when, where, and why, *Lancet*, 2006, 368(9542):1189–1200.
11. Starrs AM, Safe motherhood initiative: 20 years and counting, *Lancet*, 2006, 368(9542):1130–1132.
12. Tableaux spéciaux de données de l'Enquête démographique et de santé du Cameroun de 2011.
13. Govindasamy P et al., *High-Risk Births and Maternity Care*, Columbia, MD, États-Unis: Institute for Resource Development/Macro Systems, 1993.
14. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Tendances de la mortalité maternelle: 1990–2010*, Genève: OMS, 2012.
15. Graham WJ et al., Maternal and perinatal conditions, dans: Jamison DT et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., Washington, DC: Banque Mondiale et Oxford University Press, 2006, pp. 499–529.
16. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), *The State of the World's Children, 2009: Maternal and Newborn Health*, New York: UNICEF, 2008.
17. OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, Genève: OMS, 2011.
18. Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625–632.
19. Beninguisse G, Sexualité pré-maritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en

Afrique Subsaharienne, dans: Ferry B, ed., *L'Afrique Face à ses Défis Démographiques: Un Avenir Incertain*, Clamency, Cameroun: Karthala, 2007, pp. 289–327.

20. Sawadogo N et al., *Pauvreté et Besoins Non Satisfaits en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes en Afrique Centrale, Rapport Enquête Qualitative—Yaoundé*, Yaoundé, Cameroun: Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), 2012.
21. Tchoumkeu A, *Prévention des comportements sexuels à risque chez les jeunes à Ouagadougou*, Sarrebruck, Allemagne: Éditions Universitaires Européennes, 2013, p. 93.
22. Ali M, Cleland J et Shah IH, *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys*, Genève: OMS, 2012.
23. Rwenge JR, Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique Subsaharienne Francophone et facteurs associés, *African Journal of Reproductive Health*, 2013, 17(1):49–66.
24. Sedgh G et Hussain R, Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):151–169.
25. Fonkwo P, *Report on the evaluation of family planning services in Cameroon*, Yaoundé, Cameroun: Ministère de la Santé publique, République du Cameroun, 2011.
26. Données non publiées du ministère de la Santé, Gouvernement du Cameroun, 25 mars 2014.
27. Trussel J, Contraceptive efficacy, dans: Hatcher RA et al., eds., *Contraceptive Technology*, 19th ed., New York: Ardent Media, 2007, pp. 747–826.
28. Tableaux spéciaux de données des Enquêtes Démographiques et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun de 1991, 1998, 2004 et 2011.
29. United Nations Family Planning Fund, What is CARMMA?, absence de date, <<http://africa.unfpa.org/public/site/africa/cache/offonce/pid/8804;jsessionid=857CE4C27BA-CA7CBF1C70771E7A9AE90.jahia02>>, site consulté le 10 février 2014.
30. Ministère de la Santé publique, République du Cameroun, *Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatal et Infantile (PSN/SRMNI) 2014–2020*, Yaoundé, Cameroun: République du Cameroun, 2014.
31. Ministère de la Santé publique, République du Cameroun, *Cadre de Dépenses à Moyen Terme Santé*

2011–2013, Yaoundé, Cameroun: Gouvernement du Cameroun, 2010.

## REMERCIEMENTS

Ce rapport a été rédigé par Michael Vlassoff et Jenna Jerman, tous deux du Guttmacher Institute, et Gervais Beninguisse, Floriane Kamgaing et Firmin Zinvi, de l'IFORD, Yaoundé, Cameroun. Il a été édité par Peter Doskoch et traduit par Morgane Boëdec, Sustainable Translations. Les auteurs remercient Lea Monda, de Population Services International ; Sharif Egal, du Fonds des Nations Unies pour la Population ; Parfait Eloundou-Enyegue, de Cornell University ; et Nathalie Nkoume, de l'International Planned Parenthood Federation pour les suggestions apportées.

Ce rapport a été rendu possible grâce à une subvention de Population Services International (PSI), sous le Fonds «Choix et Opportunités» du Ministère des Affaires Étrangères des Pays-Bas.

Citation suggérée: Vlassoff M et al., Avantages à répondre aux besoins de contraception des Camerounaises, *En Bref*, New York: Guttmacher Institute, 2014, No. 1.



Institut de Formation et de Recherche Démographiques  
BP 1556  
Yaoundé, Cameroun  
Tel : (237)22 23 29 47  
Email: iford@iford-cm.org

[www.iford-cm.org](http://www.iford-cm.org)



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

[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)