

Document n° 16

**La problématique des grossesses non-désirées
et situation des filles mères en Afrique et dans le monde**
Projet de rapport

Présenté par

**Mme Mariam Marie Gisèle Guigma/Diasso, députée
(Burkina faso)**

Rapporteure

RÉSEAU
Femmes parlementaires



ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE) | 9-12 JUILLET 2013

Plan

Introduction

1. Causes des grossesses non désirées

2. Conséquences

3. Actions conduites par le Burkina Faso

Conclusion

INTRODUCTION

Il m'est agréable de prendre la parole afin de m'exprimer sur un problème qui, au regard du développement de la science et de la technologie, au regard des connaissances acquises sur l'être humain, les processus de sa reproduction et de la préservation de sa santé, ne devrait plus, en tant que problème, demeurer à l'ordre du jour de nos préoccupations en ce 21^{ème} siècle : c'est le problème des grossesses non désirées et ses conséquences sur les adolescentes qui en sont les victimes.

Et pourtant, il s'agit d'une préoccupation majeure pour l'ensemble de nos sociétés ; que nous soyons ressortissants d'Etats du Nord ou du Sud.

En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), chaque année, on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'IVG qui ont pour conséquences 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement. Cette situation est un grave problème de santé publique, surtout dans les pays du tiers monde.

Un tel état de chose subsiste malgré, le fait que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) garantit à la femme comme à l'homme le droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances. Le Comité CEDEF a du reste souligné l'obligation qu'avaient les États de « *donner une place prioritaire à la prévention des grossesses non désirées, par la planification familiale et l'éducation sexuelle, et réduire les taux de mortalité maternelle par des services de maternité sans risques, et d'assistance prénatale* ».

Pour ce qui concerne particulièrement mon pays, le Burkina Faso, la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des adolescentes, se caractérise par une sexualité précoce (un adolescent sur quatre dont l'âge varie de 15 à 19 ans a déjà enfanté ou connu une 1ère grossesse) ; des jeunes filles sont mariées à l'âge de 14 ou 15 ans ; des grossesses précoces et non désirées (14,4% en milieu urbain et 28,4% en milieu rural), des avortements provoqués (au CHN- Sourou SANOU de Bobo-Dioulasso, 37 % des décès maternels sont dus à des avortements clandestins et plus de la moitié concernent des adolescentes) sont enregistrés chaque jour ; le multi partenariat, les rapports sexuels non protégés (20% chez les garçons et 40% chez les filles) conduisant à une prévalence élevée au VIH/SIDA (le taux de prévalence au SIDA dans la tranche d'âges 15-24 ans est estimée à 2,7% selon l'EDS III), sont fréquents chez les adolescents.

1. CAUSES DES GROSSESSES NON DESIREES

Afin de trouver des solutions à ce problème social qui se manifeste de façon aussi dramatique dans mon pays, nous nous sommes interrogées sur ses **causes**.

A cet égard et d'après les témoignages recueillis par Amnesty International, les obstacles se conjuguent pour empêcher les femmes burkinabées d'avoir accès à la contraception. Ainsi, la sous scolarisation surtout des jeunes filles, le manque d'informations, qui fait souvent naître des craintes injustifiées, vient s'ajouter aux blocages culturels accompagnant les obstacles d'ordre structurel, comme l'insuffisance des services de planification familiale. De plus, bien souvent le coût constitue une grande difficulté. Enfin, le mari est souvent un obstacle, car certains hommes pensent que la contraception incite les femmes à être infidèles.

La sous scolarisation

La survenance des grossesses non désirées chez les adolescentes s'explique en partie par un contexte marqué par une sous-scolarisation très prononcée, aidée en cela par la tradition nataliste. Ainsi, 62% des filles et 49% des garçons de 12-14 ans n'ont jamais été à l'école.

Chez les 15-19 ans, 64% des filles et 53% des garçons n'ont jamais été à l'école. Or, on sait que l'école peut retarder l'entrée en vie féconde et que les adolescents qui n'ont ni école, ni travail pour occuper leur temps (52% des filles et 25% des garçons) courent souvent des risques plus élevés de se livrer à une activité sexuelle non protégée.

L'absence ou l'insuffisance de l'information sur les droits sexuels et reproductifs

Selon les statistiques officielles, la connaissance des méthodes modernes de contraception est en progression. Cela ne signifie pas pour autant que les femmes ont la possibilité de recourir aux dites méthodes. S'il est établi que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont davantage susceptibles de recourir à la contraception, force est de constater que nombre de femmes vivant en zone rurale, n'ont jamais entendu parler de la Loi sur la santé de la reproduction.

Alors que le droit à l'information sur la planification familiale figure bien dans cette loi, le gouvernement n'a toujours pas lancé la grande campagne nationale de sensibilisation qui pourrait permettre de faire de ce droit une réalité. Le Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs prévoyait la mise en place d'un programme de communication destiné à sensibiliser la population, notamment masculine, aux avantages de la planification familiale. Alors même que ce programme a démarré en 2007, il ne semble toutefois pas avoir couvert tout le territoire national.

L'inadéquation des services de planification familiale

Les femmes qui souhaitent avoir des renseignements et des contraceptifs doivent se rendre dans les établissements de santé les plus proches de leur domicile.

Toutefois, ces services de planification familiale sont souvent inadaptés, tant au niveau de la qualité de l'information dispensée que de la confidentialité des rendez-vous. Ce manque de discrétion constitue un facteur très dissuasif qui empêche beaucoup de femmes de se renseigner sur la contraception. En outre, de nombreuses femmes regrettent que de tels services soient fréquemment tenus par des hommes.

L'indisponibilité des produits contraceptifs

Depuis le lancement du Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs, le gouvernement s'est efforcé de rendre les contraceptifs plus disponibles en consacrant une part appréciable du budget à leur achat. Cependant, les problèmes d'approvisionnement dans des zones reculées sont fréquents et ont des conséquences graves notamment la diffusion du sida.

Le prix des contraceptifs : un frein à leur utilisation

Le coût des contraceptifs constitue un obstacle majeur pour les femmes qui ne disposent pas de sources de revenus personnels. Bien que les consultations dans les centres de santé publics soient gratuites et que les contraceptifs soient subventionnés, ces derniers sont quand même vendus à un prix équivalent à 25 % de leur coût. Ainsi, pour une jeune fille qui dépend entièrement de sa famille, le prix de la contraception peut s'avérer être une difficulté insurmontable.

Les résistances des maris et de la famille en général

Dans bien des cas, les époux ou d'autres membres masculins de la famille s'opposent à l'usage de la contraception et, ainsi, certaines femmes doivent se cacher pour recourir à de telles méthodes. Il n'est alors pas rare que les maris reprochent à des membres du personnel médical d'avoir fourni à leurs femmes des informations et des produits de contraception. En effet, l'opposition à la contraception est souvent ancrée dans le rôle traditionnel assigné à la femme et dans le fait que les enfants sont généralement considérés comme une source de richesse.

Le manque de moyen des services de planification familiale

Les différents programmes de planification familiale du Burkina Faso souffrent depuis des années de problèmes de financement. Cependant, depuis quelques années, la planification familiale semble être redevenue une priorité et l'État à la volonté de devenir financièrement indépendant des donateurs en matière d'achats de contraceptifs.

2. CONSEQUENCES DES GROSSESSES NON DESIREES

Il est évident que les grossesses non désirées drainent à leur suite des conséquences aussi dramatiques les unes que les autres et parfois la mort.

La première conséquence des grossesses non désirées ce sont les *avortements clandestins et dangereux*.

En effet, le manque d'informations et les dysfonctionnements qui peuvent se produire dans la mise à disposition des différents moyens de contraception expliquent en partie le nombre élevé d'avortements clandestins pratiqués au Burkina Faso. Sur 100 adolescentes âgées de 15 à 19 ans, 61 pratiquent l'avortement. Ces interruptions de grossesse sont pratiquées en dehors des établissements de santé publique, dans des conditions d'hygiène souvent déplorables et par des personnes n'ayant pas reçu la formation nécessaire ou n'ayant reçu aucune formation (conseils de voisins ou de camarades, auto avortement...).

Eu égard au cadre juridique de l'avortement, il convient de noter que le gouvernement a modifié la législation sur l'avortement en 1996 afin de réduire le nombre de décès induits par cette pratique. L'avortement est alors une infraction aux termes du Code pénal modifié en 1996 mais l'interruption de grossesse est autorisée lorsque la vie de la femme enceinte ou du fœtus est menacée, et en cas de viol ou d'inceste.

Par ailleurs, *les complications de la grossesse et de l'accouchement* sont parmi les principales causes de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans. Les mortinaissances et les décès néonataux sont 50% plus nombreux parmi les enfants nés de mères adolescentes que parmi ceux de mères âgées de 20 à 29 ans. Les enfants de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un faible poids de naissance, ce qui a des effets à long terme sur leur santé et leur développement.

Les grossesses non désirées conduisent également dans certaines situations à *l'abandon du bébé*. En effet, abandonnées ou soumises à la crainte d'exclusion familiale, ou ne disposant pas de capacité pour s'occuper du bébé certaines jeunes mères abandonnent leur bébé.

L'impact le plus visible de la grossesse non désirée réside dans le domaine psychosocial, car il contribue à une perte d'estime de soi, l'abandon scolaire, le rejet par la famille, une destruction des projets de vie et le maintien du cercle de la pauvreté.

Les grossesses non désirées occasionnent également la fistule obstétricale qui est une lésion résultant d'un accouchement.

La fistule est un problème mondial, mais elle est surtout commune en Afrique. Elle est généralement causée par un travail prolongé et difficile, parfois de plusieurs jours, sans intervention obstétrique pratiquée en temps voulu. Elle est surtout

répandue dans les communautés pauvres d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud où l'accès aux soins obstétriques est limité. Près de deux millions de femmes vivent avec une fistule dans les pays en développement et quelques 50 000 à 100 000 nouveaux cas apparaissent chaque année.

Non traitée, la fistule peut causer de nombreux ulcères et infections, maladie rénale voire la mort. Certaines femmes boivent le moins possible pour éviter les fuites d'urine et ainsi se déshydratent. Les séquelles nerveuses au niveau des jambes laissent certaines d'entre elles incapables de marcher. Ces répercussions médicales conjuguées aux problèmes socio-économiques contribuent souvent au déclin de leur santé et de leur bien-être.

En de nombreuses zones rurales, les filles sont données en mariage dès leurs premières règles - entre 10 et 15 ans ; dans certains cas, le mariage précoce a lieu avant le début du cycle menstruel, dans le but de garantir la virginité des filles. En retardant l'âge du mariage et de la première naissance, on peut réduire sensiblement le risque d'accouchement prolongé. Il est essentiel de mieux informer les femmes et leurs familles concernant les dangers de la grossesse et de l'accouchement et l'importance des soins obstétricaux d'urgence.

Le traitement préventif le plus efficace reste cependant l'amélioration des conditions socio-économiques permettant une prise en charge médicale correcte des accouchements difficiles.

3. ACTIONS CONDUITES PAR LE BURKINA FASO

Face à cette situation peu reluisante qui est intimement liée au droit de la santé de la reproduction des femmes et des filles, le Burkina Faso, à l'instar de nombreux pays a souscrit aux engagements régionaux et internationaux afin de promouvoir et de protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles.

Au plan régional, le Burkina Faso s'est engagé à mettre en œuvre le plan d'action de Maputo en matière de santé génésique des femmes et des filles.

Le plan d'action de Maputo qui est basé sur la santé sexuelle et reproductrice dans son contexte le plus complet, tel que défini lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire, en Égypte en 1994. Le but principal de la CIPD, accès universel aux services de santé reproductrice à l'horizon 2015, est renforcé dans le Plan d'action de Maputo.

Le plan d'action de Maputo illustre la volonté politique au sein du Continent africain de pourvoir à l'information de haute qualité et des services à l'intention des femmes, des hommes et des jeunes pour se protéger contre les grossesses à haut risque et non désirées, ainsi que des infections sexuellement transmissibles.

Le renforcement chez l'individu des droits et santé reproductifs permet aux gouvernements d'atteindre les buts conçus pour leurs populations, comme la prévention de grossesses non planifiées et le ralentissement de la croissance démographique et établit des conditions pour le développement économique et social.

Le plan d'action de Maputo comprend neuf (9) domaines d'action, qu'il convient de vous rappeler. Il s'agit de :

- intégrer VIH, infections sexuellement transmissibles, le paludisme, ainsi que les services de santé et droits sexuels dans les soins de santé primaire ;
- renforcer les services communautaires en IST/VIH/SIDA/IST et DSDS ;
- repositionner la planification familiale comme stratégie clé enfin d'atteindre les OMD;
- réduire l'incidence de l'avortement à risque ;
- accroître l'accès aux services de maternité sans risque et de survie de l'enfant ;
- assurer la sécurité de produits de SRS pour toutes les composantes de DSDS;
- établir des mécanismes de surveillance, évaluation et coordination du Plan d'action de Maputo.

Au niveau national : A l'instar de certains États partis, le Burkina Faso a pris en compte dans sa politique et dans ses programmes de développement sanitaire, les engagements internationaux en faveur de la santé maternelle. Et cela :

- en adoptant la feuille de route de l'Union Africaine ;
- en inscrivant dans le Cadre de Dépenses à Moyen Terme, l'augmentation de la part du budget national allouée à la santé pour arriver à 15% en 2015 (cela justifie un des engagements pris à ABUJA) ;
- en inscrivant dans le Plan National de Développement Sanitaire et la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) la réduction de la mortalité maternelle de 75% d'ici à 2015 (OMD) ;
- en créant un comité de suivi national pour les stratégies de réduction de la mortalité maternelle ;
- en adoptant le Code des personnes et de la famille et des lois protégeant la femme.

Parmi lesquelles, ont peut citer :

- la Loi n° 034/94/ADP du 19 mai portant Code de santé publique ;
- la loi 030-2008/AN portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- la Loi n° 049-2005/AN portant santé de la reproduction adoptée le 23 janvier 2006.

Outre l'adoption de mesures législatives, des actions ont également été engagées dont l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et plans, qui ont pour vision l'horizon 2015. Il s'agit :

- du plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs pour la période 2006-2015 : l'objectif principal de ce plan est de garantir la disponibilité de produits contraceptifs pour les femmes, les hommes et les jeunes ;
- du plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au cours de la période 2006-2015 : Il s'agira de réduire la mortalité maternelle et néonatale dans le cadre des OMD ;

- de l'application du cadre décennal de l'OMS pour la période 2004-2014 : Le but est d'accélérer l'action pour « replacer la planification familiale dans les services de santé génésique ».

CONCLUSION

La persistance des grossesses non désirées avec son lot de conséquences comme la fistule obstétricale constitue une grave atteinte aux droits des femmes. Pour ce faire, il est essentiel que toutes les femmes et jeunes filles aient accès à l'information et à des services de santé de la reproduction de qualité et abordables. Il est également indispensable comme le dit Monsieur David LAWSON, Représentant du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) en République du Congo d'accroître l'usage des nouvelles technologies dans le domaine sanitaire, afin qu'à travers les téléphones mobiles notamment, les femmes et les jeunes filles puissent accéder à l'information nécessaire pour éviter les grossesses non désirées de même que les conséquences qui en résultent. Les parlementaires jouissant des pouvoirs de contrôle et de vote de la loi doivent alors s'orienter dans ce sens afin de garantir à travers les gouvernements, une fin aux grossesses non désirées de même que l'éradication rapide du fléau des fistules obstétricales.

Donner la vie devrait être un acte volontaire, libre et accepté par tous les membres du corps social auxquels une femme a consenti d'offrir une partie d'elle-même, une partie de son sang et de son être tout entier ; cet acte ne devrait nullement donner lieu à rejet, à bannissement, il ne devrait pas entraîner la mort ni de la mère ni d'un innocent qui vient au monde.

Veillons dès lors à faire de ces vers de Victor HUGO une réalité renouvelée pour chaque naissance :

« Lorsque l'enfant paraît le cercle de famille

Applaudit à grands cris,

Son doux regard qui brille

Fait briller tous les yeux... »