
PROMOUVOIR LA PARTICIPATION DES FAMILLES POUR DES GROSSESSES SAINES

PLANIFICATION FAMILIALE CENTREE SUR LES FEMMES D'AGE MATERNEL AVANCE ET A HAUTE PARITE : ÉLÉMENTS PROBANTS SUR LES ISSUES SANITAIRES A L'ECHELLE MONDIALE ET ANALYSE SECONDAIRE DES DONNEES DHS DE DEUX PAYS D'AFRIQUE OCCIDENTALE



21 août 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

REMERCIEMENTS

La Collaboration sur les Capacités en Communication Sanitaire (Health Communication Capacity Collaborative - HC3) financée par l'USAID, (Agence américaine pour le développement international) et basée au Centre des programmes de communication au sein de l'école Bloomberg de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs - JHU•CCP) tient à remercier Samantha Tsang et Erin Portillo pour l'élaboration de ce rapport avec le soutien de Joanna Skinner, Marc Boulay et Maria Elena Figueroa. HC3 souhaite également remercier Katie Kuehn et Kim Martin pour leurs révisions et leur aide dans la mise en page, ainsi que Hope Hempstone et Zarnaz Fouladi de l'USAID pour leurs précieux commentaires, conseils et leur soutien.

Citation conseillée :

The Health Communication Capacity Collaborative HC3. (2014) *Promouvoir la participation des familles pour des grossesses saines - Planification familiale centrée sur les femmes d'âge maternel avancé et à haute parité : Éléments probants sur les issues sanitaires à l'échelle mondiale et analyse secondaire des données DHS de deux pays d'Afrique occidentale* Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.

Ce programme a été mis en œuvre par la HC3 du JHU•CCP, avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

©2014, Johns Hopkins University. Tous droits réservés.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Un examen des données à l'appui sur les issues sanitaires liées à un âge maternel avancé et à une haute parité.....	2
Issues sanitaires pour un âge maternel avancé	2
Issues sanitaires pour la haute parité.....	5
Méthodologie d'analyse secondaire	8
Résultats.....	9
Échantillon global de femmes	9
Âge maternel avancé	10
Haute parité	12
Discussion	16
Conclusion.....	18
Références	19

INTRODUCTION

La planification et l'espacement sains des grossesses (PESG) est une base d'intervention qui met l'accent sur la prévention de trois types de grossesses à haut risque : celles qui sont trop rapprochées, celles qui surviennent trop tôt dans la vie d'une mère et celles qui surviennent trop tard dans la vie d'une mère. La grossesse à haute parité (HP), survenant quand une femme donne naissance à cinq enfants ou plus dans sa vie, est une quatrième catégorie à haut risque connexe.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a formulé deux recommandations spécifiques ciblant l'espacement des naissances dans le but d'éviter des issues négatives en termes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) à la suite d'une consultation technique en 2005 qui a examiné les données à l'appui (OMS, 2006) :

1. permettre un intervalle de 24 mois entre la dernière naissance et la prochaine grossesse, et
2. prévoir un intervalle naissance à grossesse (NAG) d'au moins six mois après un avortement provoqué ou une fausse couche.

En ce qui concerne la planification des grossesses, les filles âgées de moins de 18 ans sont plus à risque de connaître des complications ou de mourir durant la grossesse et l'accouchement que les femmes âgées d'une vingtaine d'années ou plus (UNICEF, nd ; OMS, 2014). À 35 ans, une femme atteint un âge maternel avancé (AMA) et est biologiquement plus susceptible d'avoir des issues négatives en termes de grossesse et de SMNI. À mesure que les années de fécondité d'une femme avancent, la parité devient préoccupante. Une femme est considérée à haute parité (HP) et à plus haut risque de complications quand elle a donné naissances à cinq enfants ou plus, y compris des enfants mort-nés.

Bien qu'une grande partie des travaux sur la PESG à ce jour aient ciblé le retard des grossesses et l'espacement sain des intervalles NAG, les l'AMA et la HP ont fait l'objet d'une attention moindre. Au vu des données limitées disponibles sur les femmes d'AMA et à HP, une analyse secondaire des données DHS (Demographic Health Survey) de deux pays d'Afrique occidentale (le Bénin et le Niger) a été réalisée dans le but d'identifier les indicateurs potentiels liés à l'AMA et la HP. Les résultats de cette étude permettront de renseigner des travaux programmatiques pertinents et d'avancer la nécessité de réaliser des travaux supplémentaires dans ces domaines dans des cadres de revenus faibles à moyens du monde entier.

UN EXAMEN DES DONNEES A L'APPUI SUR LES ISSUES SANITAIRES LIEES A UN AGE MATERNEL AVANCE ET A UNE HAUTE PARITE

ISSUES SANITAIRES POUR UN ÂGE MATERNEL AVANCÉ

Il est établi qu'au cours des 30 dernières années, un nombre croissant de femmes de pays à revenu élevé retardent leur grossesse jusqu'à l'âge de 35 ans ou plus, souvent pour atteindre leurs objectifs professionnels, éducatifs ou financiers avant d'avoir des enfants. Comparées à leurs homologues précédentes, les femmes AMA contemporaines de ces pays sont plus susceptibles d'être en bonne santé, de faire des choix plus sains, d'être mieux instruites, d'être à faible parité et présentant un statut socio-économique plus élevé (Carolan et Frankowska, 2011).

Des études récentes ont également reconnu la présence et l'augmentation des femmes AMA dans les pays à faibles et moyens revenus (PFMR). En Tanzanie, par exemple, Muganyizi et Balandya (2013) ont observé une augmentation progressive des accouchements chez des femmes âgées de 35 à 50 ans, passant de 103 pour 1 000 accouchements en 2005 à 145 pour 1 000 accouchements en 2011. Bien que les normes culturelles et propres au genre, et les attentes en matière de fécondité et de procréation soient des déterminants importants des grossesses AMA et HP dans tous les pays, ces normes et ces attentes limitent souvent le pouvoir décisionnel des femmes en matière de reproduction dans les PFMR comparé aux pays à revenu élevé. Dans une communauté de Guinée, par exemple, bien que la planification et l'espacement des grossesses soient acceptés, il est moins acceptable qu'une femme cesse de procréer sauf si elle a connu un accouchement ou une grossesse difficile (Escandón et al, 2006).

La recherche a documenté de nombreux risques de santé maternelle et infantile liés à l'AMA :

- Troubles de l'hypertension induits par la grossesse
- Diabète gestationnel
- Interventions durant l'accouchement telles qu'une césarienne
- Mortalité maternelle
- Mort fœtale intra-utérine
- Poids faible ou élevé à la naissance
- Accouchement avant ou après terme
- Mortinatalité
- Souffrance fœtale
- Anomalies chromosomiques et malformations congénitales

La recherche sur les issues sanitaires AMA est essentiellement limitée aux pays à revenu élevé, toutefois, des données limitées sont disponibles sur les PFMR, où l'accès aux services de santé maternelle et néonatale peuvent être irréguliers et de qualité variable. Une étude menée en Inde (Laxmy et al, 2013) a noté que les

femmes enceintes AMA présentaient des risques accrus d'hypertension gestationnelle, de pré-éclampsie et de diabète gestationnel comparées aux femmes âgées de 20 à 25 ans. Une restriction de la croissance intra-utérine était présente chez 28 % des mères AMA étudiées, et seulement chez 3,3 % de leurs homologues d'un plus jeune âge. La souffrance fœtale, les césariennes et la mortinatalité étaient également significativement plus fréquentes chez les mères AMA. Un examen portant sur 37 études menées en Europe, en Amérique du Nord, en Asie, en Amérique latine et en Afrique (Huang, 2008) a indiqué que plus de 80 % des articles inclus démontraient des augmentations statistiquement significatives du risque de mortinatalité chez les femmes AMA.

Les données disponibles dans les pays à revenu élevé sur les issues sanitaires des grossesses AMA sont plus volumineuses. Une analyse des données de neuf études menées aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et au Canada a indiqué une relation significative entre l'AMA et les issues périnatales adverses et les taux de mortinatalité (Carolan et Frankowska, 2011). Les auteurs ont également noté que, bien que les taux de certaines issues SMNI indésirables aient été observés à partir de l'âge maternel de 35 ans, ils ne semblaient pas prendre de l'ampleur avant l'âge de 40 ans ou plus. Des recherches menées dans un hôpital israélien et portant sur les issues des grossesses de femmes âgées de plus de 50 ans ont déterminé que ces femmes donnaient naissance significativement plus tôt à des bébés d'un poids significativement plus faible à la naissance, et accouchaient exclusivement par césarienne comparées à leurs homologues âgées de 45 à 49 ans (Simchem et al, 2006).

Au Royaume-Uni, Kenny et ses collègues (2013), en examinant des grossesses AMA (définies dans cette étude comme commençant à l'âge de 30 ans), ont déterminé que le risque relatif (RR) de nouveau-nés gros pour leur âge gestationnel (GAG), très GAG et extrêmement GAG augmentait significativement avec l'âge de la mère. Le RR d'accouchements prématurés et très prématurés augmentait également, ainsi que les RR de macrosomie (où le nouveau-né pèse plus de 4,5 kg à la naissance). La mortinatalité augmentait également avec l'âge de la mère et était plus importante chez les femmes âgées de plus de 40 ans. Les nouveau-nés très GAG, très petits pour leur âge gestationnel (PAG) et les naissances prématurées risquaient plus de se produire chez les femmes plus âgées qui étaient également plus « socialement défavorisées » et d'un statut socio-économique inférieur.

Une étude italienne (Astolfi et Zonta, 1999) a également relevé l'association entre les accouchements prématurés et l'AMA. Les auteurs ont observé une fréquence presque double des naissances avant terme chez des mères AMA comparée à celles des mères de moins de 35 ans. Cette tendance des naissances avant terme était particulièrement prononcée chez les mères d'AMA qui donnaient naissance à leur premier enfant. De même, une étude de 15 ans examinant les issues périnatales de femmes de 40 ans ou plus en Suède (Jacobsson et al, 2004) a démontré une prévalence accrue de naissances prématurées, SGA, GAG et de pré-

éclampsie sévère avec un âge maternel plus avancé, les survenues les plus fréquentes étant observées chez les femmes de plus de 45 ans. Le risque de développer un diabète gestationnel, une hypertension liée à la grossesse et un placenta previa augmentait également avec l'âge maternel, ainsi que les interventions durant le travail telles que les accouchements induits ou par césarienne. Cette étude a également relevé une incidence accrue de mort périnatale, de mort intra-utérine et de mort néonatale chez les femmes de plus de 40 ans comparées aux plus jeunes mères. Les taux de mortalité périnatale étaient de 1,4 % et de 1,0 % chez les femmes de plus de 45 ans et chez les femmes de 40 à 44 ans, respectivement, comparé à seulement 0,5 % des femmes âgées de 20 à 29 ans.

Dans une analyse des données sur l'hémorragie maternelle, Walfish et ses collègues (2009) citent également l'AMA comme étant un facteur de risque connu de placenta previa et d'abruptio placentae, ainsi que de traumatismes obstétriques tels que des dommages vasculaires pelviens et la formation d'hématomes. Il existe également des associations de probabilité accrue d'anomalies chromosomiques avec l'AMA (WHO, 2014 ; Babinszki et al, 1999).

ISSUES SANITAIRES POUR LA HAUTE PARITE

Les taux de fécondité globaux (TFG)¹ et la parité sont plus élevés dans de nombreux PFMR, notamment en Afrique subsaharienne (cf. Tableau 1). Un TFG de 5 ou plus peut entraîner une croissance rapide de la population, une croissance économique ralentie ainsi qu'une pression sur les ressources du ménage, de la communauté et du pays, de même que des issues sanitaires négatives pour les femmes et les enfants.

Tableau 1 : Taux globaux de fécondité (TFG) pour les pays où la parité est de 5 ou plus (CIA World Factbook, 2014)

Tous les chiffres sont des estimations pour 2014.

Classement	Pays	Enfants nés par femme
1	Niger	6,89
2	Mali	6,16
3	Burundi	6,14
4	Somalie	6,08
5	Ouganda	5,97
6	Burkina Faso	5,93
7	Zambie	5,76
8	Malawi	5,66
9	Afghanistan	5,43
10	Angola	5,43
11	Sud-Soudan	5,43
12	Mozambique	5,27
13	Nigeria	5,25
14	Éthiopie	5,23
15	Timor-Leste	5,11
16	Bénin	5,04

¹ Les TFG représentent le nombre moyen d'enfants nés d'une femme moyenne, si elle vivait jusqu'à la fin de ses années de procréation et avait des enfants à un taux de fécondité donné à chaque âge.

Bien que la littérature présente parfois des résultats contradictoires sur la sévérité et les facteurs de risque, de nombreuses études indiquent que la HP (également appelée grande multiparité) est un indicateur de nombreuses issues maternelles et fœtales négatives. Les issues les plus fréquemment signalées dans la littérature étudiée sont les suivantes :

- Hypertension maternelle
- Complications placentaires
- Diabète
- Mauvaise présentation fœtale
- Anémie
- Accouchement par césarienne
- Hémorragie post-partum
- Macrosomie (poids important à la naissance)
- Accouchement avant terme

Comme c'est le cas dans la littérature sur l'AMA, les données sur les issues sanitaires de la HP dans les PFMR sont limitées. En Tanzanie, une étude a comparé des femmes paucipares à des femmes grandes multipares et identifié un risque élevé de complications maternelles et néonatales chez les grandes multipares, même dans les résultats ajustés en fonction de l'âge (Mgaya et al, 2013). Dans la population de cette étude, les grandes multipares avaient une double probabilité de mauvaise présentation (principalement de naissance par le siège) et une triple prévalence de liquide amniotique teinté de méconium et de placenta previa. Les scores Apgar des nouveau-nés de femmes multipares étaient également inférieurs à ceux des nouveau-nés de femmes paucipares. Des recherches similaires menées au Nigeria (Geidam et al, 2011) ont également identifié des taux accrus de présentation anormale, ainsi que d'anémie, de travail précipité, d'abruptio placentae et de mortinatalité chez des femmes qui avaient donné naissance à cinq enfants ou plus. Les auteurs de l'étude ont noté que les mères grandes multipares étaient plus susceptibles d'être non éduquées, comparées à leurs homologues multipares.

Les recherches menées dans des pays développés indiquent une augmentation similaire des issues négatives associées aux grossesses HP. Ainsi, des recherches examinant 20 ans de données de naissances d'un centre médical situé dans une région à haute parité en Israël ont comparé la multiparité (définie ici comme deux à cinq naissances), la grande multiparité (six à neuf naissances) et la très grande multiparité (plus de 10 naissances) ces recherches ont relevé « une augmentation linéaire significative des taux d'issues maternelles et néonatales adverses » à travers les groupes (Schechter et al, 2010). Ces recherches ont relevé une prévalence accrue de placenta previa, abruptio placentae, présentation anormale, rythme cardiaque fœtal inquiétant, dystocie de l'épaule, accouchement par césarienne, liquide amniotique teinté de méconium, hémorragie post partum, anémie maternelle, malformations congénitales et faibles indices d'Apgar. Les résultats indiquaient également que la grande multiparité et la très grande multiparité étaient des facteurs de risque significatifs d'arrêt de progression du travail (dystocie du travail) et de mortalité périnatale.

Une étude menée à Abu Dhabi, examinant également des multipares, grandes multipares et très grandes multipares âgées de 18 à 35 ans, a relevé un risque accru de diabète sucré, d'incidence d'anémie et d'accouchement avant terme avec une parité accrue (Vaswani et Sabharwal, 2013). Le risque relatif de macrosomie (défini ici comme un nouveau-né pesant

plus de 4 kg) avait plus que doublé pour les grandes multipares et plus que triplé pour les très grandes multipares comparés à celui des multipares. Certains facteurs de risque, toutefois, augmentaient entre la multiparité et la grande multiparité, mais baissaient quand les femmes passaient dans le groupe des très grandes multipares. Ces facteurs étaient l'incidence de restriction de la croissance intra-utérine, de placenta previa, de grossesse prolongée, d'accouchement induit et de risque accru de césarienne. Les auteurs ont émis l'hypothèse que ce phénomène était une « auto-sélection », autrement dit, les femmes qui souffrent de complications obstétriques avec leurs premières grossesses décident de ne plus avoir d'enfants. Par conséquent, les femmes appartenant aux groupes à plus haute parité peuvent représenter les homologues en meilleure santé de ces femmes, qui continuent de procréer jusqu'à une très grande multiparité sans subir autant de complications.

Aux États-Unis, Aliyu et ses collègues (2005), ont examiné 12 années d'informations médicales portant sur environ 22 millions de femmes qui avaient eu au moins une naissance vivante antérieure, et ont déterminé qu'une haute parité était un facteur de risque de nombreuses issues fœtales négatives. Spécifiquement, cette étude, qui tenait compte de l'âge maternel, a déterminé que les taux de diabète, d'hypertension, de placenta previa et d'abruptio placentae augmentaient à mesure que la parité de la mère augmentait. Cette étude divisait les femmes en quatre catégories de parité, à savoir une parité modérée (une à quatre naissances vivantes antérieures), haute (cinq à neuf naissances), très haute (10 à 14 naissances), et extrêmement haute (plus de 15 naissances). Les rapports de cotes pour un poids faible à la naissance (PFN), un très PFN, un accouchement avant terme et très avant terme étaient plus élevés chez les femmes appartenant aux trois catégories de plus haute parité comparés à ceux des femmes du groupe de parité modérée.

Exprimant un point de vue un tant soit peu divergent, les auteurs d'une étude rétrospective de 10 ans (Babinszki et al, 1999) ont conclu que « dans des conditions socio-économiques et de soins de santé satisfaisantes, une haute ou extrêmement haute parité ne devrait pas être considérée comme dangereuse ». L'étude a comparé les complications obstétriques et les issues périnatales de très grandes multipares, grandes multipares et multipares au Mount Sinai Medical Center de New York. Alors que d'autres recherches indiquent des taux accrus de césariennes et de non progression du travail chez les grandes et très grandes multipares, Babinszki et collègues ont identifié une augmentation des accouchements instrumentaux et opératoires et de la non progression chez les femmes qui avaient moins de cinq naissances vivantes comparé à leurs homologues à plus haute parité. Bien que les résultats ultérieurs aient indiqué de plus grands taux d'avortements spontanés antérieurs chez les très grandes et grandes multipares, ces taux étaient généralement considérés faibles (3,8 % et 4,5 % respectivement). En ce qui concerne les complications post partum, toutefois, les auteurs ont observé que la survenue d'une hémorragie augmentait significativement entre les multipares et les grandes multipares. L'incidence d'apport en oxygène néonatal, de pneumothorax, d'infections et de séjours prolongés à l'hôpital était également plus fréquente chez les très grandes multipares, mais d'importance variable.

METHODOLOGIE D'ANALYSE SECONDAIRE

Les données provenaient de l'étude MEASURE DHS financée par l'USAID. Ces études sont basées sur des échantillons représentatifs à l'échelle nationale et utilisent des procédures standard de collecte et de traitement des données. Deux études DHS ont été choisies en raison de la disponibilité et de la pertinence programmatique des données — Benin DHS 2006 et Niger DHS 2012. Les deux études ont utilisé des échantillons représentatifs de la population en âge de procréer (15 à 49 ans) à l'échelle nationale. Les hommes et femmes en âge de procréer étaient éligibles pour participer à l'étude, qui a été administrée par des intervieweurs formés du même sexe.

Des ensembles de données sur les femmes des deux pays ont été utilisés pour cette analyse de données secondaire. Pour l'analyse de la HP uniquement, des femmes âgées de plus de 25 ans ont été incluses afin d'explorer les caractéristiques démographiques et autres attributs de celles qui avaient donné naissances plus de quatre fois. Pour l'analyse de l'AMA uniquement, des femmes de plus de 34 ans ont été incluses dans l'analyse de façon à explorer les facteurs liés à une naissance après l'âge de 34 ans. À des fins d'analyse, trois groupes d'âge ont été créés ; les femmes de moins de 25 ans, les femmes âgées de 25 à 34 ans et les femmes de plus de 34 ans. Cette ventilation a permis d'explorer les variables spécifiques à la HP. L'AMA et la HP ont été analysés afin de déterminer les différences significatives et autres informations pertinentes concernant les caractéristiques démographiques et les indicateurs pertinents sur le plan programmatique (tels que l'utilisation des médias). Pour cette analyse secondaire, la signification statistique est déterminée par une valeur-P inférieure à 0,05.

RESULTATS

Les résultats suivants sont divisés en trois groupes - un échantillon global de femmes, les femmes d'AMA et les femmes à haute parité (celles ayant plus de 24 ans).

ECHANTILLON GLOBAL DE FEMMES

Constatation 1 : La plupart des femmes, indépendamment de leur groupe d'âge, écoutent la radio et ont entendu des messages de planification familiale à la radio.

Le Tableau 2 montre que la radio est la forme médiatique la plus utilisée par les femmes de tous âges au Bénin et au Niger, bien que l'exposition des femmes du Niger soit plus faible. La télévision est la deuxième forme médiatique la plus utilisée et le journal la troisième. L'exposition aux messages de planification familiale via ces différents canaux suit également le même modèle.

Tableau 2. Pourcentage de femmes qui ont utilisé des médias et pourcentage de femmes qui ont été exposées à un message de planification familiale via les médias, par pays, canal et groupe d'âge							
Pourcentage de femmes qui ont utilisé des médias par pays, canal et groupe d'âge				Pourcentage de femmes qui ont été exposées à un message de planification familiale (PF) via les médias, par pays, canal et groupe d'âge			
Bénin	< 25 ans (n = 6139)	25 à 34 ans (n = 6409)	35 ans (n = 6428)	Bénin	< 25 ans (n = 6139)	25 à 34 ans (n = 6409)	35 ans (n = 6428)
<i>Journal*</i>	16,0 %	7,8 %	6,2 %	<i>Journal*</i>	5,7 %	2,8 %	2,2 %
<i>Radio*</i>	82,5 %	83,2 %	81,1 %	<i>Radio*</i>	43,6 %	47,5 %	46,4 %
<i>Télévision*</i>	45,3 %	35,0 %	32,1 %	<i>Télévision*</i>	24,6 %	18,4 %	16,5 %
Niger							
Niger	< 25 ans (n = 3864)	25 à 34 ans (n = 4120)	35 ans (n = 4112)	Niger	< 25 ans (n = 3864)	25 à 34 ans (n = 4120)	35 ans (n = 4112)
<i>Journal*</i>	6,7 %	3,4 %	3,4 %	<i>Journal</i>	1,4 %	1,0 %	1,2 %
<i>Radio*</i>	63,4 %	65,3 %	66,7 %	<i>Radio*</i>	33,6 %	42,0 %	44,5 %
<i>Télévision*</i>	31,3 %	24,9 %	23,7 %	<i>Télévision</i>	13,0 %	11,7 %	11,4 %

*valeur-P < 0,05 dans une comparaison par groupe d'âge.

Les lignes ne totalisent pas 100 % car les femmes pouvaient être exposées à plusieurs canaux.

Constatation 2 : Un pourcentage plus élevé de femmes au Niger souhaitent avoir un autre enfant comparées aux femmes au Bénin.

Le désir d'avoir un autre enfant est significativement lié à l'âge dans les deux pays. Au Bénin, les résultats indiquent un déclin évident avec l'âge (cf. Tableau 3). Au Niger, le déclin n'est notable que chez les femmes de plus de 34 ans. La différence est toutefois plus notable entre les femmes de plus de 34 ans dans chaque pays qui souhaitent avoir d'autres enfants. Dans ce groupe d'âge, 67,2 % au Niger désirent un autre enfant contre 31,3 % au Bénin.

Tableau 3. Pourcentage de femmes qui désirent un autre enfant ou qui sont indécises, par groupe d'âge et pays

	< 25 ans (n = 6118)	25 à 34 ans (n = 6411)	> 34 ans (n = 5181)
Bénin	95,7 %	80,7 %	31,3 %
	< 25 ans (n = 3867)	25 à 34 ans (n = 4115)	> 34 ans (n = 3146)
Niger*	99,6 %	97,1 %	67,2 %

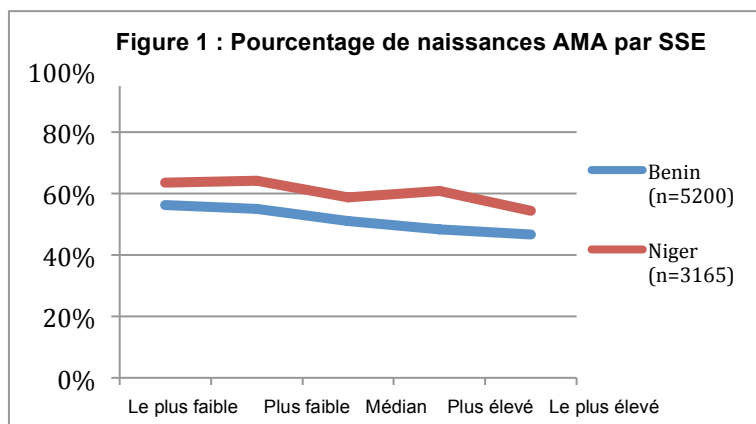
*Valeur-P < 0,05 si l'on compare le désir d'avoir un autre enfant par groupe d'âge.

AGE MATERNEL AVANCE

Pour l'analyse de l'AMA, comme expliqué précédemment, seules les femmes de plus de 34 ans (Bénin n = 5200 ; Niger n = 3165) étaient incluses. Dans cet échantillon, plus de la moitié signalaient avoir un enfant à un âge avancé (51,3 % au Bénin et 61 % au Niger).

Constatation 3 : Les naissances AMA sont nombreuses dans les deux pays et il existe des différences basées sur l'éducation, la résidence urbaine / rurale et le statut socio-économique.

Au Bénin, un pourcentage significativement plus élevé de femmes non éduquées ont un enfant à un âge avancé (53,4 %) comparées à celles qui sont un peu instruites (44,7 %). Ceci est également vrai pour le Niger (62 % de

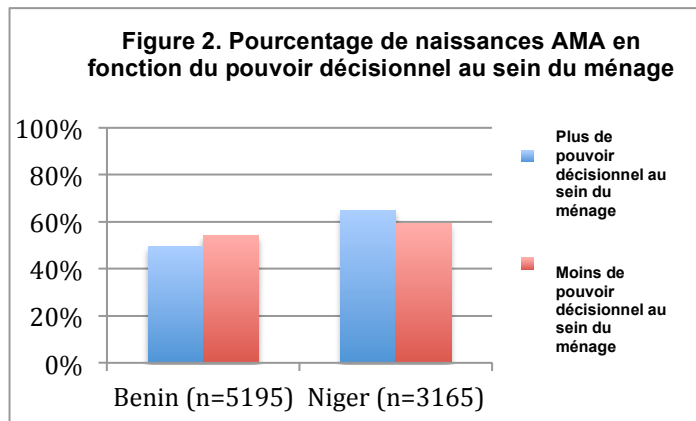


*Valeur-P < 0,05 si l'on compare les naissances AMA à SSE.

celles qui sont un peu instruites, 54,5 % de celles sans instruction).

En outre, un pourcentage significativement plus élevé de femmes interrogées en milieu rural au Bénin ont eu un enfant à un âge avancé (53,2 % comparées aux femmes interrogées en milieu urbain (48,4 %). Ceci est également vrai pour le Niger (62,1 % des femmes en milieu rurale, 56,1 % des femmes en milieu urbain). Bien que moins prononcés, les résultats indiquent un déclin des naissances AMA par SSE dans les deux pays (cf. figure 1). Globalement, indépendamment du niveau d'éducation, du statut socio-économique (SSE), ou de la résidence urbaine / rurale, un pourcentage élevé de femmes ont eu une naissance AMA.

Constatation 4 : La corrélation entre prise de décision au sein du ménage et naissances AMA diffère entre le Bénin et le Niger.



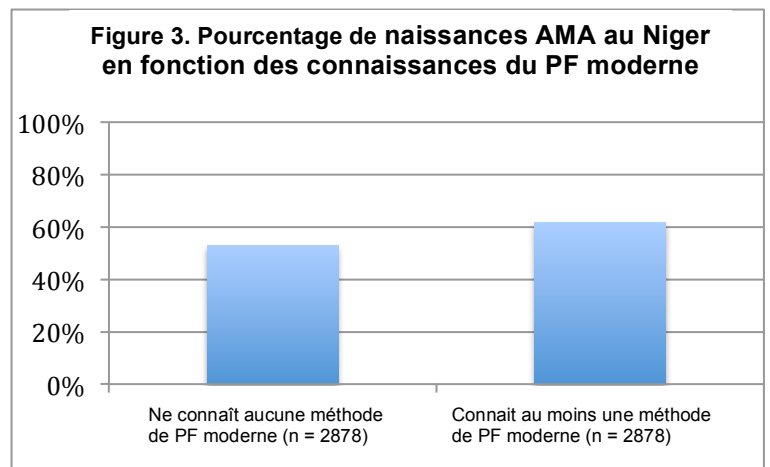
*Valeur-P < 0,05 si l'on compare les naissances AMA en fonction du pouvoir décisionnel au sein du ménage.

Le pouvoir décisionnel au sein du ménage a été mesuré en cumulant les quatre à cinq questions sur la prise de décision au sein du ménage dans chaque DHS. Les données résultantes ont alors été dichotomisées comme étant soit supérieures à la médiane (« plus de pouvoir décisionnel au sein du ménage ») soit inférieures à la médiane (« moins de pouvoir décisionnel au sein du ménage »). Au Niger, un pourcentage significativement plus élevé de

femmes ayant plus de pouvoir décisionnel au sein du ménage ont eu une naissance AMA (64,9 %) que celles ayant moins de pouvoir décisionnel au sein du ménage (59,3 %). Au Bénin, le contraire était vrai ; un pourcentage significativement plus élevé de femmes ayant moins de pouvoir décisionnel au sein du ménage ont eu une naissance AMA (54,3 %) que celles ayant plus de pouvoir décisionnel au sein du ménage (49,5 % ; cf. Figure 2).

Constatation 5 : Au Niger, les femmes qui connaissent au moins une méthode moderne sont plus susceptibles de donner naissance à un âge maternel avancé.

*Valeur-P < 0,05 si l'on compare les naissances AMA en fonction des connaissances d'une méthode moderne quelconque.



Un pourcentage significativement plus élevé de femmes interrogées du Niger qui connaissent au moins une méthode de planification familiale moderne (61,8 %) ont eu une naissance AMA, comparé à celles qui ne connaissent aucune méthode moderne (53 % ; cf. Figure 3). Aucune relation significative de ce type n'a été observée au Bénin.

Constatation 6 : Au Bénin, les femmes qui regardent la télévision, ainsi que les femmes qui sont exposées à des messages de planning familial à la télévision, sont moins susceptibles d'avoir donné naissance à un âge maternel avancé.

Après avoir tenu compte des facteurs d'éducation, de résidence urbaine / rurale et de statut socio-économique, les femmes interrogées du Bénin qui n'ont jamais regardé la télévision sont significativement plus susceptibles d'avoir eu une naissance AMA que celles ayant regardé la télévision (rapport de cotes = 1,31). Parmi les femmes qui ont regardé la télévision, celles qui n'ont jamais été exposées à des messages de planning familial sont significativement plus susceptibles d'avoir eu une naissance AMA que celles qui ont été exposées (rapport de cotes = 1,39). Aucune relation significative de ce type n'a été observée au Niger.

Constatation 7 : Au Niger, les femmes qui entendent des messages de planning familial diffusés à la radio sont plus susceptibles d'avoir donné naissance à un âge maternel avancé.

Après avoir tenu compte des facteurs d'éducation, de résidence urbaine / rurale et de statut socio-économique, les femmes qui avaient entendu des messages de planning familial à la radio étaient significativement plus susceptibles d'avoir eu une naissance AMA que celles qui n'avaient pas entendu ces messages (rapport de cotes = 1,25). Aucune relation significative de ce type n'a été observée au Bénin.

HAUTE PARITE

Pour cette analyse, des femmes plus jeunes (25 à 34 ans) et plus âgées (plus de 34 ans), ont été incluses. Les résultats indiquent des pourcentages élevés de HP chez les femmes plus jeunes et plus âgées tant au Bénin (25,9 % et 71,8 %, respectivement) qu'au Niger (44,7 % et 82,1 %, respectivement). La HP, comme indiqué précédemment, est définie comme le fait de donner naissance à cinq enfants ou plus.

Constatation 8 : La haute parité est fréquente dans les deux pays, notamment chez les femmes peu instruites et SSE et celles résidant en zone rurale.

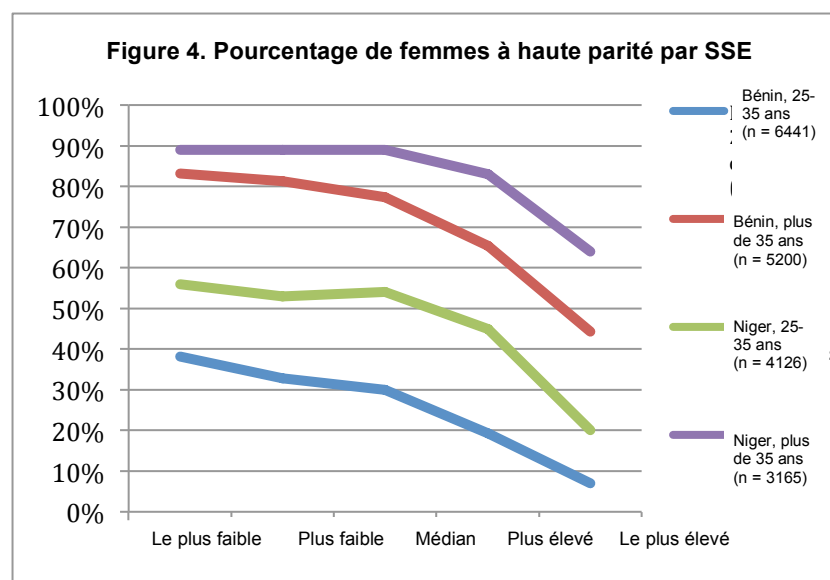
Dans les deux pays, un pourcentage significativement plus élevé de femmes interrogées plus jeunes non éduquées sont à haute parité que celles ayant reçu une certaine éducation. De même, un pourcentage significativement plus élevé de femmes interrogées plus âgées non éduquées sont à haute parité que celles ayant reçu une certaine éducation. Par résidence, un pourcentage significativement plus élevé de femmes plus jeunes résidant en zone rurale sont à haute parité que celles résidant en zone urbaine. Une tendance similaire est observée chez les femmes plus âgées des deux pays (cf. Tableau 4).

Tableau 4. Pourcentage de HP par niveau d'éducation, résidence urbaine / rurale et groupes d'âge dans chaque pays

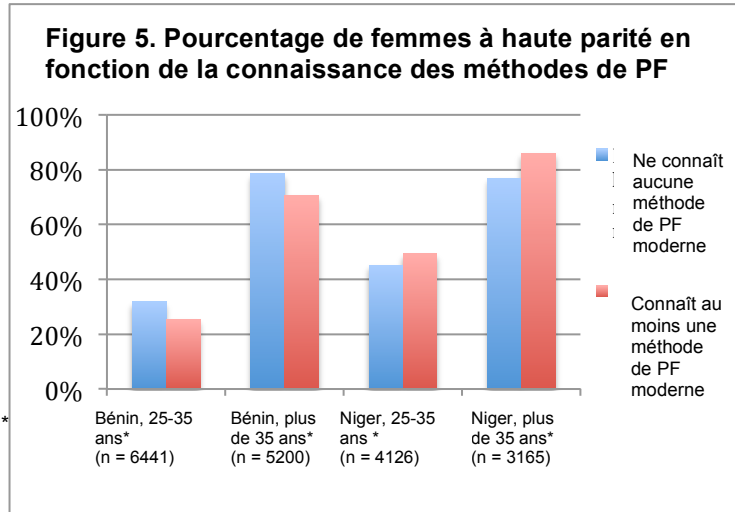
	Bénin		Niger	
	25 à 34 ans (n = 6441)	> 34 ans (n = 5200)	25 à 34 ans (n = 4126)	> 34 ans (n = 3165)
Éducation*				
<i>Quelconque</i>	11,6 %	45,4 %	26,7 %	66,4 %
<i>Aucune</i>	31,5 %	78,9 %	53,1 %	88,2 %
Urbaine / rurale*				
<i>Urbaine</i>	15,7 %	58,3 %	26,3 %	68,8 %
<i>Rurale</i>	31,6 %	78,9 %	53,7 %	88,8 %

*valeur-P < 0,05 comparée aux naissances AMA parmi différents groupes

Dans les deux groupes d'âge et dans les deux pays, un pourcentage significativement plus élevé de femmes de statut socio-économique inférieur sont à haute parité comparé aux femmes d'un statut socio-économique plus élevé (cf. Figure 4).



Constatation 9 : La corrélation entre connaissance des méthodes modernes et HP diffère entre le Bénin et le Niger.



*valeur-P < 0,05

Parmi les plus jeunes femmes au Niger, aucune relation significative n'est observée entre la HP et la connaissance des méthodes modernes. Toutefois, un pourcentage significativement plus élevé de femmes plus âgées qui connaissent une méthode de PF moderne quelconque (86,0 %) sont à haute parité que celles qui ne connaissent aucune méthode de PF moderne (76,9 %). Par contraste, un pourcentage significativement plus faible de femmes plus jeunes du Bénin qui

connaissent une méthode de PF moderne quelconque (23,4 %) sont à haute parité comparé à celles qui ne connaissent aucune méthode de PF moderne (31,8 %). Un pourcentage significativement plus faible de femmes plus jeunes du Bénin qui connaissent une méthode de PF moderne quelconque (70,5 %) sont à haute parité, comparé à celles qui ne connaissent aucune méthode de PF moderne (78,4 % ; cf. Figure 5).

Constatation 10 : Au Bénin, les femmes qui lisent des journaux sont moins susceptibles d'être à haute parité que celles qui n'en lisent jamais. De même, au Bénin, les femmes qui regardent la télévision et qui sont à haute parité sont moins nombreuses que celles qui ne la regardent jamais.

Après avoir tenu compte des facteurs d'éducation, de résidence urbaine / rurale et de statut socio-économique au Bénin, les femmes qui n'ont jamais lu le journal sont significativement plus susceptibles d'être à haute parité que celles qui le lisent (rapport de cotes = 2,09). En outre, les femmes qui ne regardent jamais la télévision sont plus susceptibles d'être à haute parité que celles qui la regardent (rapport de cotes = 1,33). Aucune relation significative de ce type n'a été observée au Niger.

Constatation 11 : Les femmes qui sont exposées à des messages de PF à la radio sont plus susceptibles d'être à haute parité que celles qui ne sont pas exposées à ces messages.

Après avoir tenu compte des facteurs d'éducation, de résidence urbaine / rurale et de statut socio-économique au Niger, les femmes qui écoutent la radio sont significativement plus susceptibles d'être à haute parité que celles qui ne l'écoutent jamais (rapport de cotes = 1,35). Aucune relation significative de ce type n'a été observée au Bénin. Au Bénin et au Niger, les femmes qui entendent des messages de PF à la radio sont significativement plus susceptibles d'être à haute parité que celles qui ne les entendent pas (Bénin, rapport de cotes = 1,21, Niger, rapport de cotes = 1,48).

DISCUSSION

Au vu des résultats présentés ci-dessus, quatre implications majeures ont émergé en termes d'AMA et de HP chez les femmes du Bénin et du Niger :

La HP et l'AMA sont des problèmes prévalents dans les deux pays : tant au Bénin qu'au Niger, une proportion substantielle de femmes AMA ont donné naissance après 34 ans. En outre, un pourcentage élevé de femmes de plus de 24 ans sont à haute parité, tant au Bénin qu'au Niger. La forte prévalence de naissances AMA et de HP démontre clairement la nécessité de mettre en place des programmes permettant de mieux répondre à ces enjeux.

L'effet du pouvoir décisionnel au sein du ménage sur les naissances AMA est différent au Bénin comparé au Niger : les femmes du Bénin avec un plus grand pouvoir décisionnel au sein du ménage sont moins susceptibles d'avoir une naissance AMA que celles dont le pouvoir décisionnel au sein du ménage est limité. Toutefois, les femmes du Niger avec un plus grand pouvoir décisionnel au sein du ménage sont plus susceptibles d'avoir une naissance AMA que celles dont le pouvoir décisionnel au sein du ménage est limité. Ce contraste peut être expliqué par le pourcentage relativement faible de femmes AMA au Bénin qui désirent avoir d'autres enfants comparé à plus de la moitié des femmes AMA du Niger qui veulent avoir d'autres enfants. Au Bénin, les femmes AMA qui disposent d'un plus grand pouvoir décisionnel sont susceptibles d'arrêter d'avoir des enfants parce qu'elles ne souhaitent plus en avoir. Toutefois, au Niger, les femmes AMA qui disposent d'un plus grand pouvoir décisionnel sont susceptibles d'avoir d'autres enfants en raison de leur désir d'avoir d'autres enfants. Ce résultat suggère que les programmes mis en place au Niger doivent également tenter de changer les préférences en matière de fécondité, qui sont presque le double de ceux du Bénin chez les femmes AMA. En outre, des recherches ultérieures devraient explorer les facteurs potentiels qui affectent le désir d'une femme AMA d'avoir d'autres enfants au Niger.

La radio et la télévision sont de bons moyens de transmettre des messages sur le PF : la radio a la portée la plus étendue de tous les canaux médiatiques. Environ 80 % des femmes au Niger et environ 60 % des femmes au Bénin écoutent la radio. Par conséquent, la radio pourrait être un moyen efficace de transmettre des messages sur le PF. En outre, une exposition à la télévision et aux messages de PF est fortement liée aux plus faibles pourcentages de naissances AMA et de HP au Bénin. Ceci suggère que la télévision peut également être un moyen efficace de transmission de messages visant à prévenir les naissances AMA et la HP. Bien que l'exposition à la presse ait été significativement liée à

une plus faible prévalence de HP, le faible pourcentage d'exposition à la presse indique qu'elle ne constituerait pas un moyen efficace pour atteindre les femmes.

Les messages de PF risquent de ne pas trouver écho chez les femmes AMA et à HP :

Les femmes du Niger qui sont exposées à la radio et aux messages de PF sont plus susceptibles d'avoir des naissances AMA et d'être à haute parité. En outre, les femmes du Niger qui connaissent au moins une méthode de PF moderne sont plus susceptibles d'avoir une naissance AMA ou d'être à HP. Bien qu'elles semblent contre-intuitives, ces constatations peuvent être expliquées par l'absence de messages de PF liés à l'AMA ou la HP au Niger. Par exemple, si une majorité de messages de PF au Niger mettent l'accent sur un espacement adéquat des naissances, mais manquent d'aborder la prévention des naissances AMA et une réduction de la taille des familles, les femmes du Niger pourraient donner naissance bien au-delà de 34 ans dans le but d'espacer les naissances mais non pas de réduire le nombre de d'enfants. Comme aucune information concernant le contenu des messages de PF n'a été fournie dans l'une ou l'autre étude DHS, aucune analyse n'a pu être effectuée pour évaluer la relation entre le contenu des messages de PF et l'AMA ainsi que la relation entre le contenu des messages de PF et la HP. Des recherches supplémentaires doivent examiner le contenu des messages de PF dans les deux pays (autrement dit, ces messages contiennent-ils des informations sur les naissances AMA ou sur la HP ?) et leur relation avec l'AMA et la HP. Les programmes futurs doivent également envisager la création de messages personnalisés pour les femmes AMA et à HP.

CONCLUSION

Malgré certaines lacunes dans la recherche sur la gravité de certaines issues sanitaires, les résultats indiquent que les grossesses AMA et à HP entraînent des risques accrus pour la mère et l'enfant, y compris une plus grande incidence de troubles hypertensifs maternels, d'accouchements avant terme, de diabète, d'irrégularités du poids fœtal à la naissance, de complications durant l'accouchement et de morbidité et mortalité périnatale. En outre, les issues sanitaires négatives associées aux grossesses AMA et à HP sont exacerbées par un statut socio-économique inférieur, de faibles niveaux d'éducation et un accès limité à des soins de santé de qualité - un recueil de facteurs descriptifs de nombreux contextes PFMR. Ce fait nous rappelle que bien que les recherches menées dans un pays à revenu élevé soient plus disponibles et plus accessibles, les résultats de ces contextes ne doivent pas être automatiquement appliqués à un cadre PFMR.

Comme les femmes des PFMR sont sans doute plus à risque de complications AMA et de HP pour les raisons décrites ci-dessus, il est important que les programmes soient conçus afin de mieux comprendre l'AMA et la HP dans les PFMR. Toutefois, un examen documentaire récent a fait état d'une pénurie d'interventions de planification familiale ciblées visant les femmes AMA et à HP dans les PFMR (HC3, 2014). Des recherches sont nécessaires pour comprendre pourquoi les grossesses AMA surviennent, pourquoi les femmes donnent naissance plus de cinq fois, quelles sont les attitudes à la base des grossesses AMA et à HP, et ce qu'il faut faire pour examiner ces facteurs. Dans ce processus, il est également vital de ne pas oublier que bien que les grossesses AMA et à HP surviennent souvent chez la même femme, ce n'est pas toujours le cas. L'âge maternel avancé et la haute parité présentent chacun leur propre ensemble de risques sanitaires et peuvent affecter deux groupes de femmes très différents. Les deux catégories doivent donc être considérées comme étant associées, mais examinées indépendamment l'une de l'autre avec des approches distinctes en termes d'intervention selon le besoin.

REFERENCES

- Aliyu MH, Salihu HM, Keith LG, Ehiri JE, Islam MA, Jolly PE. (2005) High parity and fetal morbidity outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 150(5, part 1): 1045-51.
- Astolfi P and Zonta LA. (1999) Risks of preterm delivery. *Human Reproduction*, 14(11):2891-94.
- Babinszki A, Kerenyi T, Torok O, Grazi V, Lapinski RH, Berkowitz RL. (1999) Perinatal outcome in grand and great-grand multiparity: Effects of parity on obstetric risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(3): 669-74.
- Carolan M and Frankowska D. (2011) Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. *Midwifery*, 27: 793-801.
- Central Intelligence Agency. The World Factbook: Country comparison – total fertility rate. Disponible à: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2127rank.html>.
- Escandón, I, Diallo, M et al (2006). Community awareness of and attitudes toward long-acting and permanent contraception in Guinea. New York: The ACQUIRE Project/EngenderHealth.
- Geidam AD, Audu BM, Oummate Z. (2011) Pregnancy outcome among grand multiparous women at the University of Maiduguri Teaching Hospital: A case control study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(5): 404-8.
- Health Communication Capacity Collaborative (HC3) (2014). *Engaging families for healthy pregnancies: a focused desk review of knowledge, attitudes and behaviors related to pregnancies in three high-risk situations - advanced maternal age; high parity; and rapid repeat pregnancies after abortion or miscarriage*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs.
- Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D. (2008) Maternal age and risk of stillbirth: A systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178(2): 165-72.
- Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. (2004) Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 104(4): 727-33.
- Joshi S and Schultz TP. (2007) Working paper: Family planning as an investment in development: evaluation of a program's consequences in Matlab, Bangladesh. *IZA Discussion Papers*, No 2639.

- Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan A. (2013) Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: Evidence from a large contemporary cohort. *PLoS ONE* 8(2): e56583.
- Laxmy R, Vinayachandran S, Beena G, Devi S. (2013) Pregnancy outcome in women of advanced maternal age. *International Journal of Bioassays*. 2(9): 1193-98.
- Mgaya AH, Massae SN, Kidanto HL, Mgaya HN. (2013). Grand multiparity: Is it still a risk in pregnancy? *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(241).
- Muganyizi P & Balandya B. (2013) Pregnancy outcomes in the extremes of reproductive age: a seven-year experience in Tanzania. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 51-57.
- Rosenzweig MR and Zhang J. (2009) Do population control policies induce more human capital investment? Twins, birth weight and China's "one-child" policy. *The Review of Economic Studies*, 76: 1149-74.
- Schechter Y, Levy A, Wiznitzer A, Zlotnik A, Sheiner E. (2010) Obstetric complications in grand and great grand multiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 23(10): 1211-17.
- Simchem MJ, Yinon Y, Moran O, Schiff E, Sivan E. (2006) Pregnancy outcome after age 50. *Obstetrics and Gynecology*. 108(5): 1084-88.
- Vaswani PR and Sabharwal S. (2013). Trends in the occurrence of antenatal and perinatal complications with increasing parity. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*.
- Walfish M, Neuman A, Wlody D. (2009) Maternal haemorrhage. *British Journal of Anaesthesia*. 103(BJA/PGA Supplement): i47-i56.
- World Bank. (2010) Determinants and consequences of high fertility: A synopsis of the evidence. Disponible à : <http://www.worldbank.org/hnppublications>.
- World Health Organization. (2014) Fact sheet #348: Maternal mortality. Disponible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
- World Health Organization (2014). Fact sheet #370: Congenital anomalies. Disponible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>.
- World Health Organization. (2006). Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005. Disponible à : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf.
- UNICEF. (nd) Eastern and Southern Africa: Gender and health. Disponible à : http://www.unicef.org/esaro/7310_Gender_and_health.html.