



Conseil économique et social

Distr. générale
14 décembre 2001
Français
Original: anglais

Commission de la population et du développement

Trente-cinquième session

1er-5 avril 2002

Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

Suite donnée aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement

Rapport concis sur le suivi de la situation mondiale en matière de population, 2002 : droits et santé en matière de procréation, eu égard en particulier au virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida)

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi conformément au mandat de la Commission de la population et du développement et à son programme de travail pluriannuel établi par thèmes et priorités, que le Conseil économique et social a approuvé par sa résolution 1995/55. Par sa décision 2000/1, la Commission a décidé que le thème de sa trente-cinquième session en 2002 serait « Droits et santé en matière de procréation, eu égard en particulier au virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) ».

Le rapport contient, sous forme résumée, des renseignements récents relatifs à certains aspects des droits et de la santé en matière de procréation et traite de questions telles que l'entrée dans la vie reproductive; le comportement procréateur; la planification familiale; l'avortement, la mortalité et la morbidité maternelles; les infections sexuellement transmissibles (IST); le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida); et les politiques à adopter pour ce qui est des droits en matière de procréation. La version préliminaire et non éditée de l'ensemble du rapport a été publiée en tant que document de travail sous la cote ESA/P/WP.171.

* E/CN.9/2002/1.



Le rapport a été établi par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, avec la participation de l'Organisation mondiale de la santé et du Programme commun des Nations Unies sur le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) (ONUSIDA).

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Introduction	1–7	4
I. Entrée dans la vie reproductive.	8–31	7
II. Comportements procréateurs.	32–58	16
III. Planification familiale	59–90	26
IV. Avortement	91–121	37
V. Mortalité et morbidité maternelles	122–142	47
VI. Infections sexuellement transmissibles (IST)	143–163	55
VII. Le virus d'immunodéficience/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida)	164–200	60
VIII. Les droits liés à la reproduction	201–224	69
Tableaux		
1. Âge du début de l'activité sexuelle et situation matrimoniale des hommes et des femmes âgés de 20 à 24 ans dans certaines régions.		10
2. Indice synthétique de fécondité, par grande région et par région géographique, de 1970-1975 à 1995-2000		16
3. Indice synthétique de fécondité en fonction du niveau d'instruction des mères, pour un échantillon de pays en développement		21
4. Taux moyen d'emploi de certaines méthodes de contraception, par zone et région principales		28
5. Avortements licites signalés, année la plus récente		39
6. Statut juridique du Mifepristone (RU-486)		43
7. Estimation de la mortalité maternelle par région (1995).		49
8. Évolution de la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans 53 pays (1989-1999)		53
9. Estimation de la prévalence et de l'incidence annuelle des infections sexuellement transmissibles curables par région (1999)		56
10. Statistiques et caractéristiques régionales du VIH/sida à la fin de 2001		60
11. Taux d'infection par le VIH/sida de jeunes âgés de 15 à 24 ans à la fin de 2001, par région.		64
12. Politiques des gouvernements en matière d'accès aux méthodes de contraception, selon le niveau de développement, 1999		71

Figures

I.	Répartition des hommes et des femmes par région, selon l'âge moyen au moment du mariage, d'après les données les plus récentes	14
II.	Taux de fécondité par âge pour les femmes de 15 à 19 ans, à la fin des années 90.	24
III.	Pourcentage par grande zone, à la fin des années 90, des femmes mariées dont les besoins de planification familiale au moyen de l'espacement des naissances ou de la limitation du nombre d'enfants étaient satisfaits	35
IV.	Grossesses – menées à terme ou interrompues – chez les adolescentes, 1999 ou année plus récente.	42
V.	Évolution de la mortalité maternelle dans certains pays d'Amérique latine (1980-1999)	50
VI.	Évolution de la mortalité maternelle dans certains pays d'Asie (1980-1997)	51
VII.	Évolution de la mortalité maternelle dans certains pays d'Europe orientale (1974-1997)	52

Encadré

Droits et santé en matière de procréation, tels que définis dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement	4
--	---

Introduction

1. À la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à l'examen et à l'évaluation de la suite donnée au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue à New York en 1999, les gouvernements ont réaffirmé leur attachement résolu aux principes, buts et objectifs du Programme d'action, notamment pour ce qui est des droits et de la santé en matière de procréation (voir résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe).

2. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenu au Caire en 1994, a défini la santé en matière de procréation comme englobant le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement (voir encadré). Ainsi, contrairement aux approches précédentes qui portaient principalement sur certains aspects de la santé en matière de procréation, notamment la maternité sans risques, la santé maternelle et infantile et la planification familiale, l'approche concernant la santé en matière de procréation a trait non seulement aux problèmes de santé liés à la grossesse mais également aux questions ayant un rapport avec la santé et les droits fondamentaux touchant la procréation et la sexualité, tant pendant l'âge de procréation qu'avant et après.

Droits et santé en matière de procréation, tels que définis dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement^a

« Par santé en matière de procréation, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de procréation l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles » (chap. VII, par. 7.2).

« Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de procréation, y compris de la planification familiale. Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l'établissement de relations de respect mutuel et d'équité entre les sexes, et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services afin qu'ils apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable. Nombreux dans le monde sont ceux qui ne peuvent jouir d'une véritable santé en matière de procréation pour des raisons diverses : connaissance insuffisante de la sexualité; inadaptation ou mauvaise qualité des services et de l'information disponibles dans le domaine de la santé en matière de procréation; prévalence de comportements sexuels à hauts risques; pratiques sociales discriminatoires; attitudes négatives vis-à-vis des femmes et des filles; et pouvoir restreint qu'exercent les femmes sur leur vie sexuelle et leurs fonctions reproductives. Le fait que, dans la plupart des pays, les adolescents soient privés d'information et de services satisfaisants dans ce domaine les rend particulièrement vulnérables. Les personnes âgées des deux sexes ont des besoins spécifiques dans le domaine de la santé en matière de procréation qui, souvent, ne sont pas pris en compte d'une manière adéquate » (chap. VII, par. 7.3).

^a *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.

3. Il s'avère, compte tenu de la définition très générale de la santé en matière de procréation, que la santé et la survie des nourrissons et des enfants sont des indicateurs importants en la matière. On estime que la survie de l'enfant est étroitement liée, non seulement à l'échelonnement et au nombre des naissances, mais également à la santé des mères. L'adolescence est une période au cours de laquelle les perspectives d'une vie reproductive saine peuvent être compromises. Parmi les principaux facteurs de risque figurent la précocité des premières relations

sexuelles, la multiplicité des partenaires, les grossesses précoces, les comportements sexuels à haut risque, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité¹ et l'absence d'informations et de services de santé de base. Les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), constituent de graves menaces pour les adolescents. Les années de procréation, sur lesquelles ont toujours porté les programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile, sont aussi devenues une période où les risques de contracter le VIH/sida et d'en mourir sont élevés. Là où la situation est la plus grave, il semble que les relations hétérosexuelles non protégées et celles qui impliquent des partenaires multiples soient les principaux facteurs de la progression rapide de l'épidémie (ONUSIDA, 2000). L'approche adoptée dans le domaine de la santé en matière de procréation tient également compte du fait que les problèmes de santé y relatifs peuvent survenir bien au-delà de l'âge de procréation. Chez la femme, la ménopause peut se traduire par un grand nombre de changements biologiques et physiques et une altération des systèmes osseux et cardiovasculaires. Chez l'homme, les tumeurs de la prostate sont relativement fréquentes à l'approche de la vieillesse, et peuvent empêcher la fonction sexuelle et s'avérer mortelles tant chez l'homme que chez la femme, le fait d'avoir des relations sexuelles précoces et de multiples partenaires accroît le risque de cancer des organes reproducteurs.

4. Depuis 1994, les gouvernements, la société civile et la communauté internationale s'efforcent d'appliquer les accords du Caire pour ce qui est des droits et de la santé en matière de procréation. Nombre de pays ont également entamé des réformes politiques, législatives et institutionnelles à l'appui de la mise en oeuvre des programmes de santé en matière de procréation. L'examen et l'évaluation quinquennaux de la suite donnée au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a montré que d'importants progrès avaient été réalisés en ce qui concernait l'amélioration de la santé en matière de procréation (Nations Unies, 1999a; résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe). La définition générale du concept de santé en matière de procréation est notamment acceptée par un nombre croissant de pays. Par ailleurs, le recours de plus en plus courant aux méthodes de planification familiale indique que l'accès à ce type de planification se fait plus aisé et que de plus en plus de couples et d'individus sont désormais à même de décider du nombre d'enfants qu'ils auront et de leur espacement. L'examen et l'évolution ont toutefois également montré que les progrès avaient été limités dans certains pays et que l'on avait même assisté à l'occasion à des retours en arrière. La mise en oeuvre des programmes de santé en matière de procréation a été entravée par des problèmes d'ordre opérationnel, notamment les difficultés consistant à intégrer les services de santé y relatifs dans les soins de santé primaires de manière à les rendre universellement accessibles et abordables. Les besoins des adolescents en ce qui concerne l'hygiène sexuelle et la santé en matière de procréation ne sont pas encore satisfaits comme il conviendrait par les systèmes de soins de santé primaires et nombre d'adolescents n'ont pas accès aux informations et aux services qui leur permettraient de rester en bonne santé et de faire des choix libres et responsables (Nations Unies, 1999b, annexe).

5. Bien qu'un grand nombre de facteurs fassent obstacle à la réalisation des objectifs fixés en ce qui concerne la santé en matière de procréation, aucun n'est probablement aussi lourd de conséquences que l'épidémie mondiale de VIH/sida. Le VIH/sida ne fait qu'ajouter au fardeau que nombre d'individus, en particulier les

femmes, doivent porter du fait de maladies liées aux infections sexuellement transmissibles et à la procréation. Les nourrissons et les jeunes enfants sont également touchés par l'épidémie, soit parce que leur mère leur a transmis le virus en les mettant au monde ou en les allaitant au sein, soit parce que le décès de leurs parents, infectés par la maladie, les a laissés orphelins. Il a été reconnu lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, tenue à New York du 25 au 27 juin 2001, que l'épidémie du VIH/sida constituait une crise mondiale et l'une des menaces les plus graves qui soient à la vie et à la dignité humaines ainsi qu'à l'exercice effectif des droits de l'homme (voir résolution S/26-2 de l'Assemblée générale contenant la déclaration d'engagement sur le VIH/sida).

6. Il convient pour évaluer les progrès réalisés sur le plan des droits et de la santé en matière de procréation de disposer d'une quantité importante de données diverses et la situation à cet égard s'est considérablement améliorée. Il existe maintenant de nombreuses informations sur certains des aspects de l'hygiène sexuelle et de la santé en matière de procréation qui n'étaient pas abordés par les recherches menées auparavant et diverses enquêtes démographiques et sanitaires ont permis de recueillir des renseignements sur des questions telles que les rôles assignés à l'un et l'autre sexe et ce que la société en attendait et la prévalence des mutilations génitales chez les femmes et autres formes de violence à leur égard. Certaines enquêtes ont également permis de rassembler des données sur la présence de symptômes d'IST et les connaissances et pratiques concernant le VIH/sida. On dispose désormais, grâce à l'action soutenue d'ONUSIDA, d'un grand nombre de données sur le nombre de cas d'infection par le VIH et de décès dus au sida et les tendances qui se dessinent en la matière partout dans le monde. Toutefois, le suivi des progrès réalisés dans le domaine de la santé en matière de procréation est encore limité par l'absence d'informations sur les jeunes adolescents, le nombre d'infections sexuellement transmissibles et l'évolution de la situation, la mortalité et la morbidité maternelles et la mortalité néonatale. Les données manquent également en ce qui concerne la santé sur le plan de l'appareil génital des hommes et des femmes n'ayant pas l'âge de procréer.

7. S'appuyant sur les données disponibles, le présent rapport donne un aperçu général de certains aspects des droits et de la santé en matière de procréation, eu égard en particulier à l'épidémie de VIH/sida. Il constitue une mise à jour des conclusions du rapport sur le suivi des questions de population à l'échelle mondiale de 1996 (Nations Unies, 1998) et met tout particulièrement l'accent sur l'épidémie de VIH/sida. Le rapport établi en 1996 a été le premier rapport faisant état des progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Programme d'action pour ce qui est des droits et de la santé en matière de procréation. Le présent rapport porte sur les droits et la santé en matière de procréation dans le cadre de l'entrée dans la vie reproductive; le comportement procréateur; la planification familiale; l'avortement; la mortalité et la morbidité maternelles; les infections sexuellement transmissibles; le VIH/sida et les politiques à adopter pour ce qui est des droits en matière de procréation.

I. Entrée dans la vie reproductive

8. L'entrée dans la vie reproductive est une étape clef dans la vie d'un individu et les choix faits et comportements adoptés alors ont toute les chances d'influer sur le reste de son existence (Nations Unies, 1988, 1989, 1998). Cette période de transition

est marquée par des événements majeurs : puberté, commencement de l'activité sexuelle, mariage et début de l'âge de procréation. L'âge des intéressés, l'ordre de ces événements et la façon dont ils se déroulent ont des répercussions immédiates et à long terme sur l'hygiène sexuelle et la santé en matière de procréation des individus. Un récent examen de travaux de recherche menés a montré les risques pour la santé des relations sexuelles prématurées et les conséquences néfastes du mariage et des grossesses précoces (Alan Guttmacher Institute, 1998).

9. Ce n'est que depuis la Conférence internationale sur la population, qui a eu lieu à Mexico, en 1984, que la communauté internationale s'intéresse aux besoins des adolescents dans le domaine de la santé en matière de procréation. Parmi les recommandations adoptées lors de la Conférence (Nations Unies, 1984, chap. I, sect. B) en figurait une dans laquelle les gouvernements étaient instamment priés de veiller à ce que les adolescents bénéficient d'une éducation appropriée en ce qui concerne notamment la préparation à la vie familiale et l'éducation sexuelle et aient accès à une information et à des services adaptés en matière de planification de la famille (ibid., sect. B.III, recommandation 29). Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement qui a eu lieu au Caire en 1994, il a été estimé que les adolescents constituaient un groupe particulièrement vulnérable et leurs besoins dans le domaine de la santé en matière de procréation ont été abordés dans une section distincte du Programme d'action (Nations Unies, 1995, chap. I, résolution 1, annexe, chap. VII, sect. E). En 1999, au cours de l'examen et de l'évaluation de la suite donnée au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, il a de nouveau été souligné qu'il importait de satisfaire de manière efficace les besoins des adolescents dans le domaine de la santé en matière de procréation et de l'hygiène sexuelle (voir résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe, sect. IV.E).

10. La préoccupation croissante qu'inspire la santé en matière de procréation des adolescents et des jeunes s'explique en partie par l'importance de leurs cohortes. D'après le document intitulé *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Nations Unies 2001a), près de la moitié de la population mondiale et 63 % de la population des pays les moins avancés est actuellement âgée de moins de 25 ans, ce qui signifie qu'un grand nombre d'individus va faire son entrée dans la vie reproductive dans un avenir proche. La population appartenant à la catégorie des « jeunes », c'est-à-dire âgée de 15 à 24 ans, est estimée à 1 milliard d'individus et constitue presque 18 % de la population mondiale, environ 14 % de la population des régions développées et 19 % de la population des régions moins développées. La vaste majorité des jeunes vit dans les régions les moins développées : 61 % en Asie, 15 % en Afrique et 10 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Au cours des décennies à venir, l'importance relative de cette classe d'âge dans la population mondiale aura tendance à décliner mais en 2030, le nombre absolu d'hommes et de femmes âgés de 15 à 24 ans devrait augmenter de 17 % à l'échelle mondiale et atteindre 1,2 milliard. L'accroissement le plus important (84 %) aura lieu en Afrique et ce n'est qu'en Europe que l'on s'attend à ce que ce groupe de population diminue. Les jeunes générations actuelles et à venir seront confrontées à de graves difficultés et les effectifs, la santé et la prospérité de la population mondiale dépendront en partie du succès remporté par les programmes visant à répondre à leurs besoins dans le domaine de l'éducation et de la santé en matière de procréation.

Ménarche

11. Bien que l'apparition des premières règles ne constitue que l'un des éléments du processus de maturation sexuelle, dans certaines sociétés, elle demeure un événement culturel important marquant la fin de l'enfance et l'aptitude au mariage et à la procréation (Mensch, Bruce et Greene, 1998). D'après l'enquête démographique et sanitaire menée au Bangladesh en 1997, 5 % des femmes alors âgées de 20 à 24 ans s'étaient mariées avant l'âge de 12 ans et 47 % avant l'âge de 15 ans, ce qui donne à penser qu'une proportion importante des mariages a lieu lors de l'établissement de la menstruation. Dans la plupart des pays du monde, toutefois, le développement de l'éducation s'est traduit par une dissociation de plus en plus nette entre la maturité sexuelle et le mariage et plusieurs années séparent la puberté du début des relations sexuelles et de la fondation d'une famille.

12. L'âge moyen lors de l'apparition des premières règles varie considérablement d'un pays à l'autre (Becker, 1993; Morabia et Costanza, 1998). L'étude récemment menée dans 67 pays (Thomas et al., 2001) montre que les premières menstruations apparaissent à un âge plus précoce dans les régions développées que dans les régions les moins développées et qu'il existe un lien inversement proportionnel avec les conditions socioéconomiques, la nutrition et les taux d'alphabétisation. Si l'on en croit cette étude, l'âge moyen lors de l'apparition des premières règles est de 13,1 ans en Europe et en Amérique du Nord, 13,2 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes, 13,6 ans en Océanie, 13,8 ans en Asie et 14,1 ans en Afrique. Au cours du siècle écoulé, l'âge lors de l'apparition des premières règles a notablement diminué dans les régions plus développées – de deux à trois mois par décennie – soit sur 100 ans, d'environ trois ans (Wyshak et Frisch, 1982) mais cette tendance semble s'être stabilisée. Dans les régions moins développées, l'âge lors des premières menstruations continue de baisser en même temps que la nutrition et les conditions de santé s'améliorent (Chowdhury et al., 2000).

13. Bien qu'il soit prouvé que les garçons deviennent pubères environ deux ans plus tard que les filles, les études faisant état de tendances et les comparaisons internationales sur le début de la puberté pour les garçons font défaut, notamment du fait de l'absence de normalisation concernant les marqueurs biologiques de cette période de leur vie. On dispose toutefois d'un certain nombre d'éléments tendant à indiquer que l'âge de la puberté a également baissé chez les garçons (McCauley et Salter, 1995). L'âge plus précoce de la puberté s'ajoutant à l'allongement de la durée des études et au report de l'âge du mariage signifient que les éléments biologiques et socioéconomiques marquant la transition vers l'âge adulte sont de plus en plus dissociés.

Début de l'activité sexuelle

14. Le début de l'activité sexuelle a en général lieu au cours de l'adolescence, période de croissance, d'expérimentation et de recherche de l'identité au cours de laquelle les individus sont particulièrement vulnérables et souvent, faute d'information, peu à même de faire des choix responsables ne mettant pas en danger leur santé sur le plan de la reproduction et de l'hygiène sexuelle (Zabin et Kiragu, 1998). Le manque d'accès à l'éducation et aux services liés à la santé en matière de procréation augmente les risques de grossesses non désirées et le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et d'infections

sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida. Les données sur le comportement sexuel des jeunes n'ont jamais été très abondantes, en particulier en ce qui concerne les hommes. Toutefois, au cours de la décennie écoulée, la gravité et l'ampleur de l'épidémie mondiale de VIH/sida ont fait de l'hygiène sexuelle l'une des priorités des chercheurs et des décideurs, facilitant ainsi le recueil des données et promouvant la participation des hommes aux enquêtes. C'est grâce aux efforts déployés en la matière que l'on dispose désormais d'un nombre croissant d'ouvrages portant sur les différences constatées d'un pays à l'autre en ce qui concerne le début de l'activité sexuelle des jeunes (Alan Guttmacher Institute, 1998; Blanc et Way, 1998; Singh et al., 2000; Bureau de référence sur la population, 2001; Organisation mondiale de la santé, 2001a).

15. Le tableau 1 présente un résumé des données établies à l'issue des enquêtes concernant l'âge et la situation matrimoniale des jeunes hommes et femmes de diverses régions au moment du début de l'activité sexuelle. Dans toutes les régions concernées, c'est surtout pendant l'adolescence que les femmes commencent leur vie sexuelle. C'est en Afrique et dans les pays développés que l'on trouve la proportion la plus élevée de jeunes femmes sexuellement actives avant l'âge de 20 ans – 79 et 72 % respectivement – et en Amérique latine et dans les Caraïbes qu'elle est la moins importante – 58 %. Le début de l'activité sexuelle au cours de l'adolescence est également la norme dominante chez les hommes. Le taux moyen d'hommes devenant sexuellement actifs avant l'âge de 20 ans est de 69 % en Afrique et de 82 % en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Tableau 1
Âge du début de l'activité sexuelle et situation matrimoniale des hommes et des femmes âgés de 20 à 24 ans dans certaines régions

Région	Nombre de pays	Pourcentage d'hommes et de femmes sexuellement actifs avant l'âge de 20 ans						
		Total	Avant l'âge de 18 ans			De 18 à 19 ans		
			Total	Avant le mariage	Après le mariage	Total	Avant le mariage	Après le mariage
Hommes								
Afrique	18	69	48	45	3	21	17	4
Amérique latine et Caraïbes	6	82	65	63	2	17	15	3
Femmes								
Afrique	25	79	61	31	29	18	9	9
Amérique latine et Caraïbes	13	58	38	17	21	20	9	11
Régions développées	5	72	50	44	6	22	15	7

Sources : Alan Guttmacher Institute, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (New York, 1998), p. 51, tableau 3 de l'appendice; et divers rapports nationaux établis à l'issue d'enquêtes démographiques et sanitaires.

Note : Les moyennes régionales ne sont pas pondérées et ne se fondent que sur les données disponibles pour la région en question.

16. Nombre d'adolescents deviennent sexuellement actifs avant de disposer des informations pertinentes sur les risques éventuels pour leur santé et les mesures à prendre pour se protéger et sans avoir pleinement accès aux services de santé en matière de procréation. Le problème est encore aggravé lorsque le début de l'activité sexuelle a lieu à un âge très précoce. Le fait que l'activité sexuelle à cet âge soit souvent involontaire ou forcée constitue un facteur de préoccupation supplémentaire (Heise, Moore et Toubia, 1995; Organisation mondiale de la santé, 2001a). D'après de récentes enquêtes démographiques et sanitaires, plus d'un quart des femmes actuellement âgées de 20 à 24 ans ont commencé à avoir des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans dans plusieurs pays d'Afrique, à savoir le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Libéria, le Mali, le Mozambique, le Niger, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Tchad. Dans la région de l'Asie, la plupart des enquêtes portant sur la santé en matière de procréation se fondent sur des individus non célibataires mais la proportion de femmes jeunes sexuellement actives avant l'âge de 15 ans et mariées est de presque 20 % en Inde et au Népal et de presque 50 % au Bangladesh. En Amérique latine et dans les Caraïbes, il est relativement peu fréquent que les jeunes femmes deviennent sexuellement actives avant l'âge de 15 ans même si tel est le cas pour 10 % à 15 % d'entre elles au Guatemala, au Nicaragua et en République dominicaine. Parmi les pays développés, c'est aux États-Unis que le début de l'activité sexuelle est le plus précoce : 15 % des jeunes femmes et 34 % des jeunes hommes ont eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans (Singh et al., 2000).

17. Le nombre d'individus devenant sexuellement actifs avant l'âge de 18 ans est également un indicateur pertinent de la santé en matière de procréation, l'immaturité psychologique et émotionnelle étant souvent associée à un comportement à risque. En Afrique, la proportion de femmes actuellement âgées de 20 à 24 ans qui ont eu leurs premières relations sexuelles avant l'âge de 18 ans est de plus de la moitié dans 18 des 25 pays examinés et dépasse 75 % au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Libéria, au Mali, au Mozambique, au Niger, en République centrafricaine et au Tchad. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la proportion de jeunes femmes sexuellement actives avant l'âge de 18 ans va de 28 % au Mexique à 49 % au Nicaragua. Dans tous les pays développés pour lesquels on dispose de données, à l'exception de la Pologne, la proportion de jeunes femmes sexuellement actives avant l'âge de 18 ans est de plus de 50 %. Le début de l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans est également courant pour les hommes dans le monde entier. La proportion d'hommes jeunes sexuellement actifs avant cet âge est de plus de 50 % dans 10 des 18 pays africains et dans l'ensemble des pays d'Amérique latine pour lesquels on dispose de données.

18. Comme d'autres études l'ont déjà montré (Singh et al., 2000), ces données battent en brèche les vues traditionnelles selon lesquelles les hommes sont généralement plus précoces sexuellement que les femmes. La situation en la matière varie selon les régions. En Afrique, les femmes tendent à devenir sexuellement actives plus tôt que les hommes : dans 16 des 18 pays examinés, la proportion de jeunes femmes sexuellement actives avant l'âge de 20 ans est plus élevée que celle des hommes. À l'inverse, en Amérique latine et dans les Caraïbes, la proportion de jeunes femmes sexuellement actives avant l'âge de 20 ans est bien moins élevée que celle des hommes.

19. Alors que les disparités entre les sexes pour ce qui est de l'âge du début de l'activité sexuelle sont relativement modestes et guère uniformes d'une région à

l'autre, l'inverse est vrai des différences de situation matrimoniale. Les moyennes régionales figurant au tableau 1 montrent que parmi les jeunes femmes sexuellement actives avant l'âge de 20 ans, 51 % de celles qui vivent en Afrique et 45 % de celles qui vivent en Amérique latine et dans les Caraïbes ont commencé à avoir des relations sexuelles avant de se marier. Pour les hommes, la proportion correspondante est de 90 % en Afrique et de 95 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. En Asie, on est toujours parti de l'hypothèse que le début de l'activité sexuelle coïncidait avec le mariage bien qu'étant donné que la plupart des enquêtes démographiques portent sur des femmes non célibataires, on ne dispose que de peu de données empiriques sur la fréquence des activités sexuelles pré-nuptiales. Les études récentes, fondées sur les enquêtes menées en Asie concernant la santé en matière de procréation des jeunes adultes, confirment qu'en Asie, les relations sexuelles avant le mariage sont peu fréquentes chez les jeunes femmes par rapport à d'autres régions mais courantes chez les jeunes hommes (Xenos et al., 2001). Dans les régions développées, les disparités entre les sexes concernant la situation matrimoniale au moment du début de l'activité sexuelle tendent à être moins marquées car dans de nombreux pays, les relations sexuelles commencent en général avant le mariage, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

20. Un certain nombre d'études ont montré que l'éducation joue un rôle influent sur l'âge et la situation des jeunes au moment du début de l'activité sexuelle (Blanc, 2000). Le lien entre le niveau d'instruction plus élevé des femmes et le début plus tardif de l'activité sexuelle est bien établi en Afrique subsaharienne, même si la relation entre l'éducation et le comportement sexuel pré-nuptial varie selon les pays (Gage et Meekers, 1994). Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, les différences concernant l'âge du début de l'activité sexuelle en fonction du niveau d'instruction tendent également à être importantes, en particulier entre les femmes ayant une éducation primaire et celles ayant une éducation secondaire. Il a toutefois été prouvé récemment que l'éducation n'a pas les mêmes incidences sur le comportement sexuel des hommes et celui des femmes. Dans plusieurs pays d'Afrique et d'Amérique latine pour lesquels on dispose de données, les hommes ayant une éducation secondaire ont davantage tendance à être sexuellement actifs avant l'âge de 18 ans que les hommes ayant fait moins d'études.

21. On prend également de plus en plus conscience du rôle du milieu familial sur l'âge de début de l'activité sexuelle des jeunes (Gage, 1998). Les parents et autres membres de la famille exercent en général une influence capitale sur les connaissances, les valeurs et les attitudes des jeunes, notamment pour ce qui est de l'hygiène sexuelle et de la santé en matière de procréation. Plusieurs études ont montré comment la stabilité familiale (Gomez, 1993), la présence du père au foyer (Dittus, Jaccard et Gordon, 1997) et la communication entre les parents et les adolescents (Hutchinson et Cooney, 1998) influaient sur l'âge du début de l'activité sexuelle et la réduction des comportements à risque.

22. S'agissant des tendances récentes en matière de début de l'activité sexuelle, certaines études ont montré que les premières relations sexuelles se faisaient moins précoces dans un certain nombre de pays (Blanc et Way, 1998). Le développement de l'éducation, le report du mariage et la meilleure connaissance des risques sanitaires et sociaux liés à une activité sexuelle précoce peuvent expliquer en partie cette tendance. Un examen des pays pour lesquels des données sont disponibles à deux moments différents confirme la tendance récente des jeunes à remettre leurs premières expériences sexuelles à plus tard. Dans 13 des 17 pays examinés, la

proportion de jeunes femmes sexuellement actives avant l'âge de 20 ans a diminué. Dans les pays développés, la situation est stable. S'appuyant sur les données établies à l'issue d'une enquête sur les comportements sexuels dans 12 pays d'Europe, Bozon et Kontula (1998) ont montré que dans la plupart d'entre eux, après avoir baissé pendant deux décennies – depuis le début des années 80 – l'âge des premières relations sexuelles pour les femmes s'était stabilisé pour la première fois.

23. Bien que l'âge du début de l'activité sexuelle augmente dans de nombreux pays, l'augmentation de l'âge au mariage est encore plus marquée et l'écart se creuse. Il s'ensuit que la fréquence des activités sexuelles prénuptiales a généralement augmenté, aussi bien dans les régions développées que dans les régions moins développées (Carr, Way et Smith, 2001). En Colombie, par exemple, la proportion de jeunes femmes âgées de moins de 20 ans sexuellement actives avant le mariage est passée de 35 % en 1995 à 49 % en 2000.

Mariage

24. Dans toutes les sociétés, le mariage constitue une étape importante dans la vie d'un individu. Bien que dans de nombreux cas, le mariage ne coïncide plus avec le début des relations sexuelles, c'est principalement dans le cadre du mariage que naissent et sont élevés les enfants. L'âge au moment du mariage fait l'objet d'une attention accrue de la part des chercheurs et des décideurs du fait de ses incidences durables sur les choix de vie des individus, la santé en matière de procréation et le bien-être de la famille (Nations Unies, 1990; Singh et Samara, 1996).

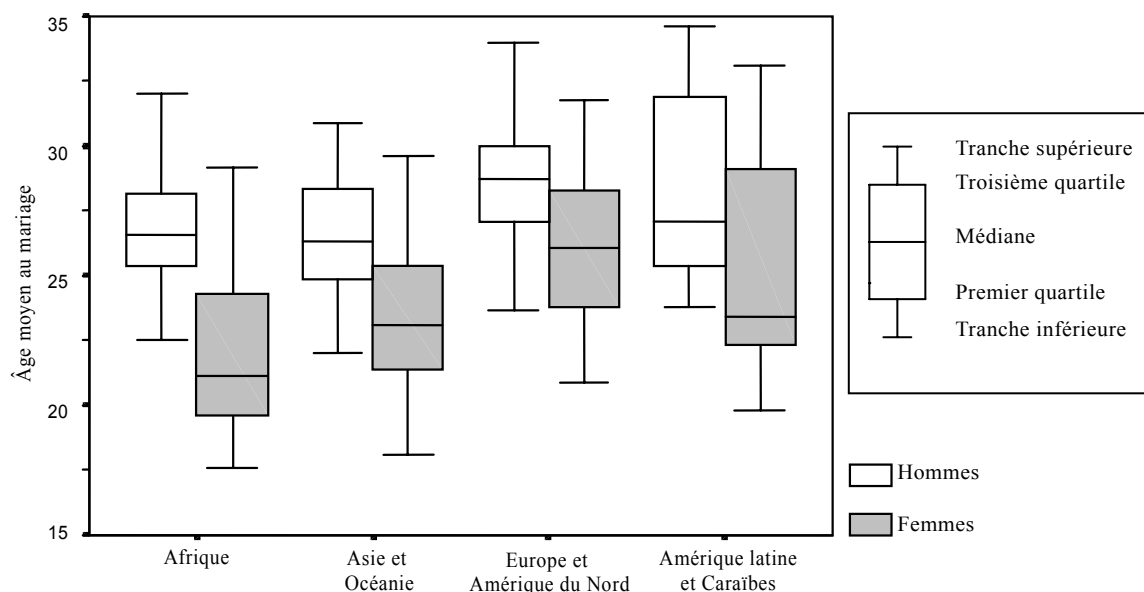
25. Les conventions internationales relatives aux droits de l'homme disposent que le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des époux, mais nombre de femmes se marient sans pouvoir exercer leur droit de choisir ou sont simplement trop jeunes pour prendre une décision en toute connaissance de cause (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2001). Le mariage précoce prive la jeune fille de son adolescence, lui ôte la possibilité de s'instruire, se traduit souvent par des grossesses précoces et limite son autonomie au sein de la famille, notamment en ce qui concerne la prise de décisions portant sur l'hygiène sexuelle et la santé en matière de procréation (Kishor et Neitzel, 1996). Bien que la plupart des pays aient promulgué des lois réglementant le mariage, aussi bien pour ce qui est de l'âge minimal que du consentement, ces lois ne sont pas toujours appliquées et visent souvent uniquement les unions pour lesquelles les parents n'ont pas donné leur consentement. Si l'on en croit de récentes enquêtes démographiques et sanitaires, la proportion de jeunes femmes mariées avant l'âge de 15 ans est supérieure à 25 % au Bangladesh, en Guinée, au Niger et au Tchad.

26. L'âge moyen des femmes au moment du mariage est de 21,9 ans en Afrique, 23,4 ans en Asie et en Océanie, 25,5 ans en Amérique latine et 26,1 ans en Europe et en Amérique du Nord (figure I). L'âge moyen des hommes au moment du mariage est beaucoup plus élevé que celui des femmes, quelle que soit la région, et va de 26,6 ans en Asie à 28,8 ans en Europe et en Amérique du Nord. Les moyennes régionales concernant la proportion de femmes et d'hommes non célibataires dans la classe d'âge 15-19 ans corroborent ces données. La proportion la plus importante de femmes non célibataires âgées de 15 à 19 ans se trouve en Afrique (25 %), suivie par l'Asie et l'Océanie (13 %), l'Amérique latine et les Caraïbes (11 %) et l'Europe

et l'Amérique du Nord (4 %). À l'inverse, pour l'ensemble des régions, la proportion d'hommes âgés de 15 à 19 ans mariés est de moins de 4 %.

Figure I

Répartition des hommes et des femmes par région, selon l'âge moyen au moment du mariage, d'après les données les plus récentes



Source : Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

27. L'âge au moment du mariage varie considérablement d'une région à l'autre, en particulier pour ce qui est des femmes (Nations Unies, 2002). En Afrique, l'âge moyen des femmes au moment du mariage va de 17,6 ans au Niger à plus de 26 ans en Afrique du Sud, au Botswana, en Jamahiriya arabe libyenne, en Namibie et en Tunisie. En Asie, l'âge moyen des femmes au moment du mariage varie également de manière non négligeable et va de 18 ans environ en Afghanistan et au Bangladesh à plus de 26 ans au Japon, au Myanmar, en République de Corée et à Singapour. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le mariage a lieu généralement à un âge plus avancé que dans d'autres régions moins développées. Ce n'est qu'à Cuba, au Honduras et au Nicaragua que l'âge moyen des femmes au moment du mariage est inférieur à 21 ans. En Europe et en Amérique du Nord, le mariage tardif est courant, bien que dans les pays d'Europe de l'Est, les gens se marient généralement plus tôt que dans le reste de l'Europe. L'âge moyen des femmes au moment du mariage est de 30 ans ou plus en Finlande, en France, en Irlande, en Islande, en Norvège et en Suède.

28. C'est en Afrique que les disparités entre les sexes concernant l'âge au moment du mariage sont les plus importantes; la moyenne y est de 5 ans contre 3,2 ans en Asie et 2,8 ans en Europe et en Amérique du Nord ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans plusieurs pays d'Afrique comme le Burkina Faso, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Gambie, la Guinée, le Mali et la Mauritanie et dans certains pays d'Asie comme l'Afghanistan, la différence moyenne entre l'âge moyen des hommes et des femmes au moment du mariage est supérieur à sept ans. L'existence

d'importantes différences d'âge entre les conjoints contribue à l'instauration de rapports de force inégaux, renforce la dépendance des femmes et empêche les femmes de prendre des décisions appropriées sur des questions telles que l'hygiène sexuelle et la santé en matière de procréation (Mensch, Bruce et Green, 1998).

29. Pour ce qui est de l'évolution récente de la nuptialité, il semblerait que dans la plupart des régions, la tendance générale soit au report du mariage (Singh et Samara, 1996). On s'accorde à dire que l'importance croissante accordée à l'éducation a joué un rôle important en la matière (Jejeebhoy, 1995; Nations Unies, 1995b; Lloyd et Mensch, 1999). À l'échelon de la planète, l'âge moyen lors du premier mariage a augmenté de 1,6 an chez les femmes et de 1,2 an chez les hommes au cours de la décennie écoulée. C'est en Europe et en Amérique du Nord que la tendance au report du mariage a été la plus prononcée; l'âge moyen au moment du mariage y a augmenté d'environ 2,5 ans aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Une étude récente fait également état d'une augmentation notable, depuis le début des années 90, de l'âge au moment du mariage dans les pays d'Europe en transition où les mariages ont toujours été relativement précoces (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1999). En Afrique, l'âge moyen lors du mariage a augmenté en moyenne de 1,6 an chez les femmes et de 0,8 an chez les hommes. La tendance au report du mariage a été notable dans plusieurs pays, notamment en Afrique du Nord. L'âge moyen des femmes au moment du mariage a augmenté de plus de deux ans au Bénin, au Cap-Vert, en Côte d'Ivoire, au Soudan et en Tunisie et de plus trois ans en Algérie, en Éthiopie et au Maroc. En Asie, l'âge au moment du mariage a augmenté de 1,2 an pour les femmes et de 0,9 an pour les hommes et dans certains pays comme l'Indonésie, le Japon, le Myanmar et les Philippines, l'âge moyen des femmes au moment du mariage a augmenté de presque deux ans. En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'âge moyen au moment du mariage a augmenté en moyenne de 1,2 an aussi bien pour les hommes que pour les femmes, bien que, dans certains pays comme le Chili, la Colombie, El Salvador, Haïti, le Honduras, le Paraguay et la République dominicaine, l'âge moyen des femmes au moment du mariage ait légèrement baissé.

30. Les coutumes en matière de mariage varient considérablement d'une société à l'autre et le type d'arrangement conjugal peut avoir une influence significative sur les droits et obligations juridiques et la protection offerte par la société aux conjoints et aux enfants. Dans certaines régions du monde, les unions consensuelles sont socialement acceptables pour la fondation d'une famille. L'augmentation de la cohabitation est devenue l'un des traits les plus marquants de la deuxième transition démographique dans les pays développés (Klijzing et Macura, 1997; Kiernan, 1999; Bumpass et Lu, 2000). Bien que dans de nombreuses sociétés, la cohabitation constitue une étape servant de période d'essai avant le mariage au cours de laquelle les couples ne fondent pas de famille, dans d'autres, tels que les pays scandinaves et la France, les unions consensuelles et le mariage se rapprochent de plus en plus sur le plan du comportement procréateur (Brown et Dittgen, 2000). Au Danemark, en Finlande, en France et en Suède, au moins un cinquième des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans vivent en concubinage.

31. Les unions consensuelles ne sont pas une exclusivité des pays développés. La coexistence de mariages officiels et d'unions consensuelles est depuis longtemps un trait distinctif de la nuptialité en Amérique latine et dans les Caraïbes (De Vos, 2000). La proportion d'unions consensuelles chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans dépasse de fait celles des mariages légaux en Colombie, à El

Salvador, en Haïti, au Honduras, en Jamaïque, au Nicaragua, au Panama, au Pérou et en République dominicaine. Plusieurs études ont montré que les unions consensuelles dans cette région étaient très similaires aux mariages traditionnels sur le plan de la procréation bien qu'elles offrent une protection juridique et financière moindre aux femmes et aux enfants en cas de dissolution (Quilodrán, 1999). Les unions consensuelles sont également relativement communes dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne (Thiriat, 1999). La proportion d'unions consensuelles chez les femmes âgées de 15 à 24 ans est supérieure à celle des mariages légaux au Botswana, au Cap-Vert, au Libéria, au Mozambique, en République centrafricaine, au Rwanda et à Sao Tomé-et-Principe.

II. Comportements procréateurs

Niveaux de fécondité et tendances

32. Au cours des 10 dernières années, les taux de fécondité n'ont cessé de baisser dans la plupart des pays. À l'échelle mondiale, la fécondité est passée de 3,4 enfants par femme en 1985-1990 à 2,8 enfants en 1995-2000 (tableau 2). Dans les régions les plus développées, elle est passée de 1,8 enfant par femme en 1985-1990 à 1,6 enfant en 1995-2000, soit une fécondité en dessous du niveau de remplacement. Le taux de fécondité total moyen des régions peu développées est passé de 3,8 enfants par femme en 1985-1990 à 3,1 en 1995-2000. Ces chiffres dissimulent de gros écarts entre les régions et entre les pays.

Tableau 2

Indice synthétique de fécondité, par grande région et par région géographique, de 1970-1975 à 1995-2000

<i>Grande région, région géographique ou groupe</i>	<i>1970-1975</i>	<i>1985-1990</i>	<i>1990-1995</i>	<i>1995-2000</i>
Ensemble du monde	4,5	3,4	3,0	2,8
Régions développées ^a	2,1	1,8	1,7	1,6
Régions peu développées ^b	5,4	3,8	3,4	3,1
Pays les moins avancés	6,6	6,0	5,7	5,5
Afrique	6,7	6,0	5,6	5,3
Afrique orientale	7,0	6,7	6,3	6,1
Afrique centrale	6,3	6,6	6,5	6,4
Afrique septentrionale	6,3	4,8	4,1	3,6
Afrique australe	5,5	4,1	3,5	3,3
Afrique occidentale	7,0	6,7	6,4	5,9
Afrique subsaharienne	6,8	6,4	6,1	5,8
Amérique du Nord	2,0	1,9	2,0	2,0
Amérique latine et Caraïbes	5,0	3,4	3,0	2,7
Caraïbes	4,4	3,1	2,7	2,5
Amérique centrale	6,4	3,9	3,4	3,0
Amérique du Sud	4,7	3,2	2,8	2,6

<i>Grande région, région géographique ou groupe</i>	<i>1970-1975</i>	<i>1985-1990</i>	<i>1990-1995</i>	<i>1995-2000</i>
Asie	5,1	3,4	2,9	2,7
Asie de l'Est	4,5	2,4	1,9	1,8
Asie du Sud centrale	5,6	4,4	4,0	3,6
Asie du Sud-Est	5,5	3,7	3,2	2,8
Asie occidentale	5,6	4,7	4,2	3,9
Europe	2,2	1,8	1,6	1,4
Europe orientale	2,2	2,1	1,6	1,3
Europe septentrionale	2,1	1,8	1,8	1,7
Europe méridionale	2,5	1,6	1,4	1,3
Europe occidentale	1,9	1,6	1,6	1,5
Océanie	3,2	2,5	2,5	2,4
Australie et Nouvelle-Zélande	2,6	1,9	1,9	1,8
Mélanésie	5,8	4,9	4,8	4,4
Micronésie	4,8	3,8	4,1	4,3
Polynésie	5,5	4,1	3,7	3,2

Source : World Population Prospects: The 2000 Revision, vol. I : Comprehensive Tables
(publication des Nations Unies, numéro de vente : E.01.XIII.8).

^a Comprenant tous les pays d'Europe, d'Amérique du Nord et l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon.

^b Comprenant tous les pays d'Afrique, d'Asie (Japon excepté), d'Amérique latine et des Caraïbes, et les régions de la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

33. La baisse de la fécondité a été particulièrement rapide en Afrique septentrionale, où l'indice synthétique de fécondité a diminué de 1,2 enfant par femme au cours de la décennie qui s'est écoulée entre les périodes 1985-1990 et 1995-2000. Dans d'autres régions peu développées, la diminution enregistrée au cours de la même décennie varie de 0,2 enfant par femme en Afrique centrale à 0,9 enfant en Asie du Sud-Est et en Amérique centrale. Dans les régions développées, la fécondité a baissé en Europe, passant d'un taux déjà faible à 1,4 enfant par femme, mais elle a augmenté en Amérique du Nord, passant de 1,9 enfant par femme en 1985-1990 à 2 enfants en 1995-2000. Globalement, on ne peut établir de lien direct entre les taux actuels de fécondité et les tendances observées au cours de la décennie précédente : dans certains pays, le taux est en baisse rapide, et dans d'autres, il n'a pas évolué.

34. Le paysage mondial en termes de niveau de fécondité s'est considérablement modifié depuis les années 70. À la fin des années 90, 50 pays, situés pour la plupart en Afrique subsaharienne, présentaient un taux de fécondité supérieur à 5 enfants par femme. Sur ces 50 pays, 15 – tous situés en Afrique subsaharienne, appartenant tous (à l'exception d'un pays) au groupe des pays les moins avancés et représentant une population totale de 150 millions d'habitants – n'ont enregistré aucune baisse de leur taux de fécondité. Dans les 35 autres pays, par contre, il existe des signes d'une amorce de baisse de la fécondité.

35. À la fin des années 90, l'indice synthétique de fécondité, en baisse, se situait entre 3 et 5 enfants par femme dans 46 pays en développement, dont 15 en Afrique,

10 en Amérique latine et dans les Caraïbes et 5 en Océanie. La baisse enregistrée récemment dans ces pays semble avoir été plus progressive, en moyenne (moins 0,1 enfant par an), que dans les pays dont l'indice de fécondité avait accusé une baisse équivalente au cours des années 60, 70 et 80.

36. La cadence de la baisse du taux de fécondité a ralenti dans deux pays très peuplés d'Asie : l'Inde et le Bangladesh. En Inde, la fécondité est restée stable – environ 5,5 à 5,7 enfants par femme entre les années 60 et le début des années 70 – puis a baissé à 4 enfants par femme à la fin des années 80. Mais, au cours des années 90, la baisse a ralenti, le taux perdant 0,01 point par an pour atteindre 3,3 enfants par femme à la fin de la décennie. Au Bangladesh, l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,3 enfants par femme en 1971-1975 à 3,4 enfants en 1991-1993 (baisse moyenne de 0,8 point tous les cinq ans) mais est, depuis lors, demeuré relativement stable à près de 3,3 naissances par femme. La cadence de la baisse du taux de fécondité a été également lente dans différents pays d'Amérique latine et des Caraïbes – El Salvador, Haïti, Paraguay et Pérou, notamment –, dont les taux sont passablement élevés (supérieurs à 3,5 enfants par femme). À l'inverse, plusieurs pays en développement tels que l'Algérie, la Jordanie et la Jamahiriya arabe libyenne, ont vu leur taux de fécondité baisser rapidement au cours des années 90.

37. À la fin des années 90, l'indice synthétique de fécondité était inférieur à 3 naissances par femme mais supérieur au niveau de remplacement dans 26 pays en développement – Afrique du Sud, Brésil, Colombie, Indonésie, Mexique, République islamique d'Iran, Turquie et Viet Nam, notamment – dont le taux de fécondité a varié d'un pays à l'autre au cours de la décennie. En Israël et au Panama, la fécondité s'est stabilisée à 2,9-3,1 enfants par femme. En République islamique d'Iran, elle est brutalement passée de 6,6 enfants par femme en 1984 à 2,5 enfants en 1996, avec une brusque accélération dans les années 90 (Abbasi-Shavazi, 2001). Au Viet Nam, l'indice synthétique de fécondité est passé de plus de 7 enfants par femme dans les années 60 à près de 4 à la fin des années 80 et 2,3 au milieu des années 90. Le Brésil a connu une baisse rapide et constante, passant de 5,7 enfants par femme en 1965 à 3,7 en 1989-1991 puis 2,3 en 1996 (Bozon et Enoch, 1999).

38. Les différentes tendances évoquées ci-dessus ont accentué la diversification des niveaux de fécondité dans les régions en développement et entre les pays de ces régions. L'Afrique, en particulier, a vécu un clivage très net en termes de niveaux de fécondité. Depuis les années 80, l'indice synthétique de fécondité a baissé très rapidement en Afrique septentrionale; le Maghreb est devenu une région à faible taux de fécondité, alors que la majeure partie de l'Afrique subsaharienne n'a pas encore véritablement connu de baisse du taux de fécondité de l'ampleur de celle d'autres régions. Désormais, la majeure partie des pays d'Asie présentent un faible taux de fécondité. Dans la région très peuplée de l'Asie de l'Est, la fécondité est déficitaire, mais il subsiste des poches de territoires à taux de fécondité élevé en Asie occidentale et en Asie du Sud. En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'indice synthétique moyen de fécondité et l'écart entre pays sont moins élevés que dans d'autres grandes régions.

39. Près de 44 % de la population mondiale appartient désormais à l'ensemble des pays à fécondité déficitaire. La Chine en faisant partie, la population des pays en développement à fécondité déficitaire (1,5 milliard d'habitants) dépasse celle des pays développés à fécondité déficitaire (1,2 milliard d'habitants). Dans bon nombre de pays, la fécondité a accusé une baisse bien plus importante que prévu.

Actuellement, 23 pays d'Europe, l'Arménie, Cuba, le Japon, la République de Corée et deux régions administratives spéciales de Chine (Hong Kong et Macao) présentent un indice synthétique de fécondité égal ou inférieur à 1,5 naissance par femme.

Pyramide des âges de la fécondité

40. À l'amorce de la baisse de la fécondité dans les pays développés, le phénomène était plus marqué dans les tranches d'âge plus élevées, entraînant une diminution de l'âge moyen de la procréation. On retrouve le même phénomène dans différents pays en développement où la baisse de la fécondité des plus jeunes consécutive au recul de l'âge du mariage est plus que compensée par la baisse de la fécondité chez les femmes plus âgées. Toutefois, il ne s'agit pas là d'un phénomène systématique. L'évolution de la pyramide des âges de la fécondité varie d'une grande région à l'autre et entre les différentes régions géographiques.

41. En Afrique, la procréation semble présenter la même fréquence chez les jeunes et chez les moins jeunes, mais dans presque toutes les autres grandes régions, les deux tiers des grossesses concernent des femmes âgées de moins de 30 ans. La pyramide des âges de la procréation est particulièrement étendue dans les pays d'Europe. En Europe orientale, les femmes de moins de 30 ans occupent 79 % de la pyramide de la fécondité, alors qu'en Europe occidentale, elles n'occupent que 56 %. Les années 90 n'ont pas vu d'évolution sensible de la pyramide des âges de la procréation en Afrique et en Amérique latine, alors que le prolongement de l'âge de la procréation est flagrant dans toutes les régions d'Europe et, particulièrement, en Europe méridionale et en Asie de l'Est.

42. La pyramide des âges de la fécondité déficitaire se caractérise par une baisse de la fécondité des femmes jeunes résultant du report de leur première grossesse au début, voire à la fin de leur trentaine. L'âge moyen de la procréation est donc en recul constant. Le report massif de l'âge de la procréation peut engendrer une baisse rapide de la fécondité du moment, de même que le retour massif aux comportements antérieurs est susceptible d'entraîner une hausse momentanée de la fécondité du moment. La fréquence du retour à la procréation à un âge avancé (après 30 ans) après renoncement dans les tranches d'âges inférieures est donc un facteur essentiel à prendre en compte dans le calcul des tendances futures de l'indice synthétique de fécondité du moment (Bongaaris et Feeney, 1998, Lesthaeghe et Willems, 1999).

43. Les naissances rapprochées et les naissances de mères âgées de moins de 18 ans ou de plus de 34 ans entraînent, pour la mère comme pour l'enfant, des risques en matière de santé et de mortalité. La morbidité et la mortalité liées à la procréation sont plus fréquentes chez les femmes qui connaissent une grossesse au tout début ou à la fin de leur période de procréation. Les données de la fin des années 90 portant sur 38 pays en développement montrent que, dans un certain nombre de pays d'Afrique, au Bangladesh, en Inde, en République dominicaine et au Nicaragua, dans plus de 10 % des accouchements la mère était âgée de moins de 18 ans. Elles montrent également que dans tous les pays en développement, une proportion considérable des naissances sont rapprochées (moins de deux ans les séparent de la précédente). Le nombre d'accouchements rapprochés est particulièrement important en Asie : la proportion de naissances espacées de moins de 24 mois de la précédente va de 10 % en Indonésie à 35 % en Jordanie. Les

naissances rapprochées sont également très courantes en Amérique latine et dans les Caraïbes : dans la plupart des pays étudiés, environ 20 à 25 % des naissances surviennent moins de deux ans après l'accouchement précédent. Dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne, les comportements procréateurs et, notamment, l'allaitement maternel prolongé, limitent le nombre de naissances insuffisamment espacées : dans 13 pays sur les 19 étudiés, la proportion de naissances à intervalles de moins de 24 mois était inférieure à 20 %.

Facteurs intervenant dans la baisse de la fécondité

44. La baisse de la fécondité est essentiellement imputable aux facteurs suivants : industrialisation, urbanisation et modernisation des sociétés – notamment le développement de l'éducation, l'augmentation des chances de survie des enfants et le recours accru aux moyens de contraception. Différentes combinaisons des composantes spécifiques de ces phénomènes sociaux modifient le rythme de la baisse de la fécondité, et par voie de conséquence les niveaux actuels de la fécondité. Les baisses de fécondité les plus rapides se sont produites dans les pays qui présentaient, au moment où la baisse est intervenue, des niveaux de développement relativement élevés.

45. Le rôle décisif de l'éducation comme facteur déclenchant la baisse de la fécondité a été maintes fois étudié. L'éducation, en particulier celle des femmes, donne accès aux connaissances, initie à l'information et aux médias, forge les compétences qui permettent d'obtenir un emploi rémunérateur, accroît la participation des femmes à la prise de décisions concernant la famille et augmente les coûts d'opportunité du temps dont disposent les femmes. L'autonomisation et la responsabilisation des femmes font évoluer leur comportement procréateur, essentiellement du fait qu'elles prennent le contrôle de leur propre fécondité. L'éducation est également un facteur sous-jacent qui influe sur l'âge du premier mariage et le recours aux contraceptifs, deux éléments déterminants de la fécondité. Quelques années d'éducation seulement suffisent à faire la différence. Dans la plupart des pays, les femmes ayant suivi un cycle d'enseignement primaire ont moins d'enfants que celles qui n'en ont pas suivi (ONU, 1995b).

46. Le tableau 3 présente les niveaux de fécondité des femmes de 51 pays en développement selon leur niveau d'instruction. Pour ces pays, à la fin des années 90, l'indice synthétique de fécondité des femmes de niveau d'études secondaires ou supérieures était en moyenne inférieur de 2,7 enfants à celui des femmes qui n'avaient pas été scolarisées, un tel écart n'ayant aucune corrélation avec le niveau global de fécondité. De plus, les écarts des indices de fécondité nationaux en fonction du niveau d'instruction ne sont pas identiques d'une région à l'autre ou d'un pays à l'autre. En Afrique et en Asie, l'écart entre la fécondité globale des femmes n'ayant pas été scolarisées et celle des femmes de niveau d'études secondaires au moins varie de 0,1 enfant par femme en Indonésie et en Jordanie à 4 enfants ou plus par femme au Bahreïn, au Burkina Faso, au Cap-Vert, en Oman et aux Émirats arabes unis.

Tableau 3
**Indice synthétique de fécondité en fonction du niveau d'instruction des mères,
pour un échantillon de pays en développement**

Pays	Année	Total	Niveau d'instruction			Écart (sans instruction – niveau secondaire ou supérieur)
			Sans instruction	Primaire	Secondaire ou supérieur	
Afrique						
Bénin	1996	6,3	7,0	5,0	3,2	3,8
Burkina Faso	1999	6,8	7,1	5,4	2,9	4,2
Cameroun	1998	5,2	6,6	5,3	3,6	3,0
Cap-Vert	1998	4,0	6,9	3,5	2,2	4,7
Comores	1996	5,1	5,8	5,3	3,6	2,2
Égypte	2000	3,5	4,1	3,4	3,2	0,9
Érythrée	1995	6,1	6,9	5,5	3,0	3,9
Éthiopie	2000	5,9	6,2	5,1	3,1	3,1
Ghana	1998	4,6	5,8	4,9	2,8	3,0
Guinée	1999	5,5	5,9	4,8	3,5	2,4
Jamahiriya arabe libyenne	1995	4,1	5,2	3,9	3,3	1,9
Kenya	1998	4,7	5,8	4,8	3,5	2,3
Madagascar	1997	6,0	6,8	6,5	4,2	2,6
Mali	1996	6,7	7,1	6,5	4,1	3,0
Maroc	1995	3,3	4,0	2,4	1,9	2,1
Mozambique	1997	5,6	5,8	5,7	3,7	2,1
Niger	1998	7,5	7,8	6,7	4,6	3,2
Nigéria	1999	5,2	6,1	5,6	4,9	1,2
Ouganda	1995	6,9	7,0	7,1	5,2	1,8
République-Unie de Tanzanie	1996	5,6	6,5	5,1	4,9	1,6
Sénégal	1997	5,7	6,3	5,2	3,1	3,2
Soudan	1993	4,6	5,4	5,2	3,6	1,8
Togo	1998	5,4	6,5	4,8	2,7	3,8
Tunisie	1995	3,2	4,2	2,7	1,6	2,6
Zambie	1996	6,1	6,8	6,7	4,5	2,3
Zimbabwe	1999	4,0	5,2	4,5	3,4	1,8
Amérique latine et Caraïbes						
Bolivie	1998	4,2	7,1	5,8	2,7	4,4
Brésil	1996	2,5	5,0	3,0	1,5	3,5
Colombie	2000	2,6	4,0	3,6	2,4	1,6
El Salvador	1998	3,6	5,0	3,6	2,4	2,6
Équateur	1999	3,4	5,6	4,2	2,9	2,7
Guatemala	1999	5,0	6,8	5,2	2,9	3,9
Nicaragua	1998	3,9	6,1	4,1	2,7	3,4
Paraguay	1996	4,4	6,9	4,7	2,4	4,5
Pérou	1996	3,5	6,9	5,0	3,0	3,9
République dominicaine	1996	3,2	5,0	4,3	2,6	2,4

Pays	Année	Total	Niveau d'instruction			Écart (sans instruction – niveau secondaire ou supérieur)
			Sans instruction	Primaire	Secondaire ou supérieur	
Asie						
Arabie saoudite	1996	5,7	7,4	5,6	4,6	2,8
Bahreïn	1995	3,2	7,0	3,7	3,0	4,0
Bangladesh	1997	3,4	3,8	3,3	2,6	1,2
Émirats arabes unis	1995	4,9	7,3	5,3	3,3	4,0
Inde	1999	2,9	3,5	2,6	2,0	1,5
Indonésie	1997	2,8	2,7	3,0	2,6	0,1
Jordanie	1997	4,4	4,6	4,5	4,5	0,1
Koweït	1996	4,1	5,7	5,1	3,4	2,3
Liban	1996	2,4	3,6	2,7	1,7	1,9
Oman	1995	7,1	8,6	7,5	3,8	4,8
Philippines	1998	3,7	5,0	5,0	3,3	1,7
Qatar	1998	3,9	6,5	4,0	3,7	2,8
République arabe syrienne	1993	4,2	5,3	3,8	2,8	2,5
Turquie	1998	2,6	3,9	2,6	1,6	2,3
Yémen	1997	6,5	6,9	4,7	3,1	3,8

Source : Enquêtes sur la démographie et la santé (Calverton, Maryland, Macro International, Inc.).

47. Dans près de la moitié des pays figurant dans le tableau 3, l'indice synthétique de fécondité des femmes de niveau d'études secondaire ou supérieur était inférieur à trois enfants par femme. En Amérique latine, en particulier, pour les 10 pays étudiés, l'indice synthétique de fécondité des femmes les plus instruites était de trois enfants ou moins par femme, et au Brésil il n'était que de 1,5. Si l'on compare avec les chiffres des années précédentes, la fécondité a baissé dans tous les groupes de population, quel que soit leur niveau d'instruction, y compris chez les femmes n'ayant pas été scolarisées. Au Ghana, par exemple, la fécondité chez les femmes sans instruction est passée de 7,1 naissances par femme en 1988 à 5,8 en 1998, tandis que celle des femmes de niveau d'études secondaire ou supérieur est passée de 6,8 et 4,9 en 1988 à seulement 2,8 en 1998 (ONU, 1998). La baisse de la fécondité liée au degré d'instruction est accentuée par des reculs imputables à d'autres facteurs tels que le relèvement de l'âge du mariage et le recours aux moyens de contraception.

48. Le recul de la fécondité dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord a été associé à la baisse du taux de fécondité légitime, au retard de l'âge du mariage, à l'augmentation du nombre de divorces et au nombre croissant d'unions libres, tandis qu'en Asie de l'Est, seuls la baisse de la fécondité légitime et le retard de l'âge du mariage ont joué dans le recul de la fécondité. Les facteurs qui interviennent dans différentes articulations du comportement procréateur induisant une fécondité déficitaire sont complexes. Les changements d'orientation des valeurs qui accompagnent l'acquisition d'une plus grande autonomie dans tous les domaines cadrent avec un style de vie où l'individu est libre d'opter pour le mariage ou la cohabitation, d'avoir des enfants dans le cadre du mariage ou hors mariage, de les élever seul ou avec leur partenaire, de les avoir plus tôt ou plus tard dans sa vie ou de ne pas en avoir du tout (McDonald, 1994; Lesthaeghe et Willems, 1999; Van de

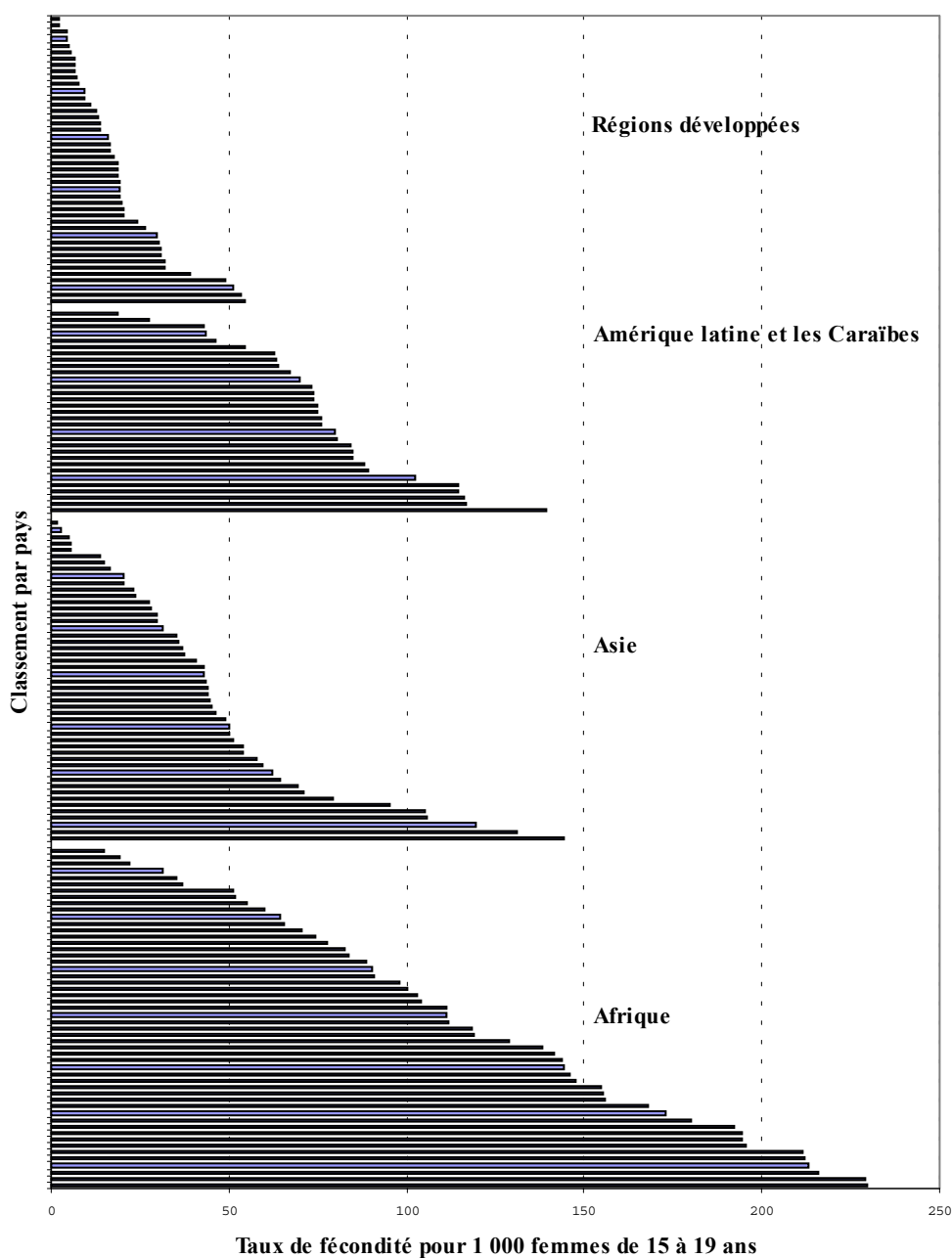
Kaa, 1999). Les composantes spécifiques de tels changements sociaux sont susceptibles d'avoir différentes répercussions sur les comportements procréateurs. De légères variations enregistrées dans les comportements procréateurs de sociétés à fécondité déficitaire pouvant suffire pour faire basculer la croissance démographique et influencer sur la cadence du vieillissement de la population, il est particulièrement important de mieux comprendre les tendances et les articulations de la fécondité déficitaire.

Maternité des adolescentes

49. La maternité précoce, notamment celle des jeunes de moins de 18 ans, entraîne un risque de décès maternel bien plus élevé que la moyenne et les enfants de mères jeunes sont plus exposés aux risques liés à la morbidité et à la mortalité. Une grossesse précoce est également susceptible d'écourter le parcours scolaire de la jeune femme et de mettre en péril ses perspectives économiques, ses capacités de gain et ses conditions d'existence d'une manière générale. Les mères jeunes risquent de transmettre à leurs enfants un passif regrettable – santé précaire, faible niveau d'éducation et moyens de subsistance limités – susceptible de les enfermer dans un cercle de pauvreté dont ils auront du mal à sortir.

50. Au cours de la période 1995-2000, on estime le nombre de femmes de 15 à 19 ans devenues mères à près de 14 millions chaque année dans le monde, dont 12,8 millions dans les régions en développement. Pour la même période, le taux de fécondité des adolescentes était de 54 naissances pour 1 000 femmes dans le monde. Dans les régions développées, ce taux était de 29 ‰ et, dans les régions peu développées, il était de 58 ‰, soit le double. En moyenne, les grossesses d'adolescentes sont plus fréquentes en Afrique subsaharienne (132 accouchements pour 1 000 femmes) et moins fréquentes en Europe (25 ‰). Comme indiqué dans la figure II, les niveaux actuels de fécondité des adolescentes varient considérablement dans toutes les grandes régions.

Figure II
Taux de fécondité par âge pour les femmes de 15 à 19 ans, à la fin des années 90



Source : Division de la population du Secrétariat de l'ONU.

51. Les pays d'Afrique présentent les taux les plus élevés de fécondité des adolescentes et le plus grand écart de taux entre pays par rapport aux autres régions. De plus, sur les 20 pays pour lesquels on dispose de données recueillies à deux moments différents au cours des années 90, les six pays suivants ont enregistré une hausse de leur taux de fécondité : Guinée, Kenya, Madagascar, Niger, Tchad et

Zimbabwe. Dans les 14 autres pays, les taux de fécondité des adolescentes ont baissé dans les années 90, perdant plus de 20 naissances pour 1 000 femmes dans six pays. En dépit des baisses considérables enregistrées au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Nigéria et au Sénégal, les taux de fécondité par âge pour les femmes de 15 à 19 ans à la fin des années 90 y étaient supérieurs à 100 naissances pour 1 000 femmes.

52. Dans un grand nombre de pays d'Asie, le recul de l'âge du mariage et le nombre limité de grossesses avant mariage ont engendré de faibles taux de fécondité chez les adolescentes. Dans 28 pays d'Asie, ce taux était inférieur à 50 pour 1 000 femmes mais il était supérieur à 100 dans 10 autres pays. Sur les 25 pays asiatiques pour lesquels on dispose de données recueillies à deux moments différents au cours des années 90, cinq ont enregistré une baisse de plus de 20 naissances pour 1 000 femmes.

53. Dans la majeure partie de l'Amérique latine et des Caraïbes, la fécondité des adolescentes est comprise entre 50 et 100 naissances pour 1 000 femmes, mais cinq pays présentaient un taux inférieur à 50 et six pays un taux supérieur à 100. Les taux de fécondité des adolescentes demeurent relativement élevés dans la région, bien que, dans la plupart des pays, les indices synthétiques de fécondité aient atteint des valeurs faibles à la fin des années 90 (Guzmán et autres, 2001). Au Brésil, par exemple, au cours de la période 1990-1995, l'indice synthétique de fécondité est passé de 3,7 à 2,6 tandis que le taux de fécondité des adolescentes passait de 76 à 88 naissances pour 1 000 femmes.

54. La fécondité des adolescentes est actuellement inférieure à 50 pour 1 000 femmes dans tous les pays développés, à l'exception de l'Ukraine et de la République de Moldova. En Bulgarie et aux États-Unis d'Amérique, le taux de fécondité des adolescentes est passé de 70 et 61 pour 1 000 femmes, respectivement, en 1990, à 49 % en 2000. Le taux de fécondité est inférieur à 20 % dans la plupart des pays développés et descend même sous les 5 % au Japon, en Slovénie et dans quelques pays d'Europe occidentale. Bon nombre de pays d'Europe orientale et d'États baltes ont enregistré des baisses rapides de leur taux de fécondité des adolescentes au cours des années 90. En Fédération de Russie, par exemple, les taux de fécondité par âge des femmes de 15 à 19 ans sont tombés de 56 % en 1990 à 30 % en 1999, baisse en partie attribuée au développement de l'accès aux établissements d'enseignement et, plus généralement, à l'élévation des aspirations des jeunes adultes constatée dans différentes études portant sur Moscou et les provinces du pays (Magun, 1998).

Stérilité

55. Dans le monde, 8 à 12 % des couples sont confrontés à une forme de stérilité au cours de leur vie génésique (Organisation mondiale de la santé, 1991). On entend par stérilité une incapacité de concevoir dans le cadre de rapports sexuels normaux sans contraception ou de mener une grossesse à son terme. La stérilité touche les hommes et les femmes en âge de procréer. Contrairement à l'infécondité délibérée, qui résulte de facteurs d'ordre social, culturel, économique ou psychologique, la stérilité est un désordre biologique qui empêche l'homme ou la femme de réaliser pleinement son potentiel en matière de procréation.

56. On parle de stérilité primaire lorsque la femme n'est pas parvenue à mettre au monde un enfant vivant, et de stérilité secondaire lorsque la femme est devenue stérile après avoir donné naissance à un ou deux enfants. La stérilité peut être innée ou acquise avec certains comportements (activité sexuelle précoce, partenaires multiples avec risque inhérent de contamination par des maladies sexuellement transmissibles). De 3 à 10 % des cas de stérilité primaire sont imputables à des facteurs génétiques, anatomiques, endocriniens ou immunologiques. Le nombre de cas de stérilité secondaire chez les femmes de 40 ans et plus – le plus souvent consécutifs à des maladies sexuellement transmissibles – varie de 4 % dans certains pays d'Amérique du Sud et du Moyen-Orient à 29 % dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (AbouZahr, Ahman et Guidotti, 1998).

57. Dans les pays à taux de fécondité peu élevé, la stérilité est souvent la conséquence d'un recul délibéré de l'âge de la procréation. Les chances de mener une grossesse diminuent avec l'âge. Par conséquent, si une jeune femme reporte sa première grossesse puis tente de rattraper son retard au cours des 10 à 20 années qui suivent, elle s'expose à un risque grandissant d'échec de la conception.

58. Le nombre de cas de stérilité semble évoluer dans des directions diamétralement opposées selon qu'il s'agit de pays en développement ou de pays développés. Dans les premiers, le développement de la prévention et du traitement des maladies sexuellement transmissibles et la plus grande disponibilité des antibiotiques ont abouti à une diminution du nombre de cas de stérilité (perceptible, notamment, dans les augmentations passagères des indicateurs conjoncturels de fécondité qui ont précédé la baisse du taux de fécondité). Dans les seconds, le report de plus en plus fréquent des grossesses associé à une tendance toujours plus marquée à recourir à un traitement contre la stérilité entraîne une augmentation du nombre des signalements de cas de stérilité.

III. Planification familiale

59. La planification familiale est depuis longtemps l'un des principaux éléments des politiques et programmes en matière de population en tant que facteur de la santé en matière de procréation. Elle donne aux couples et aux individus la possibilité d'exercer leur droit fondamental de décider librement et de manière responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement et du moment de leur naissance, droit qui a été fermement établi à la Conférence des Nations Unies sur la population de 1974 et réaffirmé à la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994 [ONU, 1975, 1995 a)]. Elle leur permet ainsi d'exercer un contrôle sur leur processus reproductif, condition *sine qua non* de leur qualité de vie. Il a en effet été largement démontré que la santé des femmes et des enfants est très menacée lorsque les femmes ont des grossesses trop précoces, trop tardives, trop nombreuses ou trop rapprochées.

60. La planification familiale gagne régulièrement du terrain. Plus de 60 % des couples vivant dans les pays moins développés y ont recours actuellement, contre 10 % seulement dans les années 60. L'accessibilité croissante aux méthodes de contraception modernes et la multiplication des programmes de planification familiale (publics ou non), ainsi que le désir croissant d'avoir moins d'enfants, expliquent sa généralisation et la diminution de la fécondité dans ces pays. Dans les pays plus développés, où la contraception est relativement courante depuis

longtemps, la possibilité de recourir à de nouvelles méthodes en la matière a eu également des répercussions puisqu'elle a permis aux couples et aux individus de diversifier leurs moyens de contraception.

Taux d'emploi de contraceptifs

61. Selon les estimations, le taux mondial d'emploi de contraceptifs, c'est-à-dire le pourcentage de couples dans le monde dont la femme est en âge de procréer et qui utilisent des contraceptifs, était de 62 % en 1997 (voir tableau 4). Dans les régions plus développées, ce taux était de 70 % en moyenne et variait très peu d'une zone à l'autre. Dans les régions moins développées, il était de 60 % en moyenne mais accusait de gros écarts régionaux puisqu'il s'échelonnait entre 25 % en Afrique et plus de 65 % en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes. Vu la progression rapide de la contraception dans les zones moins développées, il est vraisemblable qu'en 2000, 65 % des couples du monde entier pratiquaient la contraception.

Tableau 4

Taux moyen d'emploi de certaines méthodes de contraception, par zone et région principales

(Conformément aux données d'enquête les plus récentes, qui remontent en moyenne à 1997)

Principales zones et régions	Toutes méthodes		Stérilisation		Contraceptifs injectables		DIU	Préservatifs	Dispositifs vaginaux	Autres méthodes modernes		Autres méthodes traditionnelles	
	(1)	(2)	Femmes (3)	Hommes (4)	Pilules (5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	Méthode Ogino (11)	Retrait (12)	(13)
<i>Pourcentage de couples dont la femme est en âge de procréer qui recourent à la contraception</i>													
Monde	61,9	55,6	20,1	4,1	7,8	2,6	14,9	5,1	0,4	0,6	2,6	3,1	0,6
Régions moins développées	60,2	54,9	22,0	3,6	5,9	3,1	16,3	3,1	0,2	0,6	2,5	2,3	0,6
Afrique	25,2	19,8	2,2	0,1	7,1	4,2	4,9	1,1	0,1	0,1	3,2	1,1	1,0
Afrique orientale	20,6	15,2	2,0	0,0	5,6	5,4	0,7	1,2	0,0	0,2	2,7	1,4	1,3
Afrique centrale	10,0	3,2	0,5	0,1	0,9	0,5	0,2	0,9	0,2	0,0	4,9	0,8	1,1
Afrique du Nord	47,7	44,1	2,7	0,0	18,0	3,0	19,2	0,9	0,2	0,1	2,4	0,9	0,2
Afrique australe	51,9	50,4	14,0	1,8	10,3	20,7	2,0	1,6	0,0	0,0	0,4	0,8	0,4
Afrique de l'Ouest	14,4	7,8	0,4	0,0	2,5	1,9	1,4	1,2	0,2	0,2	4,2	1,0	1,4
Asie ^b	65,8	60,8	24,8	4,4	4,8	2,9	19,6	3,4	0,2	0,8	2,0	2,5	0,5
Asie orientale ^b	83,4	82,4	32,8	7,7	1,7	0,0	35,8	3,8	0,2	0,4	0,9	0,0	0,1
Asie centrale du Sud	48,0	40,9	23,3	1,6	5,3	3,5	3,7	3,2	0,0	0,4	3,4	2,7	1,0
Asie orientale du Sud	57,9	49,6	7,7	0,8	13,0	13,0	10,4	2,0	0,0	2,7	3,3	3,8	1,2
Asie occidentale	47,8	29,3	3,0	0,0	6,1	0,6	13,7	5,0	0,5	0,3	2,1	14,3	2,0
Amérique latine et Caraïbes	68,8	59,9	29,5	1,6	13,8	3,0	7,4	4,2	0,3	0,1	4,9	3,4	0,6
Caraïbes	58,7	55,8	22,6	0,5	10,5	5,6	11,2	4,3	0,4	0,6	1,3	1,4	0,2
Amérique centrale	62,9	54,5	23,6	0,7	9,1	4,0	13,0	3,9	0,1	0,0	5,3	3,0	0,1
Amérique du Sud	72,8	62,9	31,9	1,9	16,9	2,4	4,8	4,6	0,3	0,1	5,4	3,8	0,7
Océanie ^e	27,7	21,5	8,6	0,2	4,9	6,1	0,6	1,1	0,0	0,0	2,8	0,9	2,6
Régions plus développées ^d	70,4	59,2	10,4	7,2	17,3	0,1	7,6	15,0	1,1	0,5	3,6	6,8	0,8
Asie : Japon	58,6	52,8	3,4	0,7	0,4	0,0	2,2	45,5	0,6	0,0	3,3	1,7	0,8
Europe	70,1	55,3	4,8	4,9	22,0	0,2	11,9	10,5	1,1	0,0	4,3	10,0	0,6
Europe de l'Est	63,2	35,1	1,5	0,0	6,8	0,0	14,2	11,1	1,3	0,2	10,1	17,9	0,1
Europe du Nord	78,4	75,8	12,2	13,4	19,7	0,2	11,1	17,0	2,2	0,0	0,9	1,6	0,1
Europe du Sud	66,9	45,2	6,3	2,4	11,4	0,3	11,4	12,8	0,6	0,0	3,1	17,8	0,8
Europe occidentale	74,5	70,6	3,3	7,1	43,7	0,3	10,0	5,3	0,9	0,0	1,3	1,7	1,0

Principales zones et régions	Toutes méthodes		Stérilisation			Contraceptifs		Dispositifs		Autres méthodes		Autres méthodes	
	(1)	(2)	Femmes (3)	Hommes (4)	Pilules (5)	injectables (6)	DIU (7)	vaginaux (8)	(9)	modernes (10)	gino (11)	Retrait (12)	traditionnelles (13)
Amérique du Nord	76,2	70,8	24,5	13,4	15,5	0,0	0,9	12,9	1,7	1,9	2,1	2,1	1,2
Océanie :													
Australie et Nouvelle-Zélande	75,9	72,2	33,3	15,3	6,4	2,6	6,0	7,6	1,0	0,0	2,0	1,5	0,2

Source : Base de données sur l'emploi de contraceptifs de la Division de la population du Secrétariat de l'ONU.

Note : Dans le cas des pays pour lesquels on ne dispose d'aucune donnée, on s'est appuyé sur des hypothèses pour établir les estimations. Les données concernent les femmes officiellement mariées ou vivant maritalement.

^a Elles comprennent les méthodes indiquées dans les colonnes 3 à 10.

^b À l'exclusion du Japon.

^c À l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

^d Australie et Nouvelle-Zélande, Europe, Japon et Amérique du Nord.

62. Considérées comme plus efficaces que les méthodes traditionnelles pour éviter les grossesses, les méthodes modernes de contraception sont celles qui sont le plus largement pratiquées dans le monde. Leur utilisation suppose que les intéressés aient accès à des services de planification familiale ou à des contraceptifs. Elles comprennent la stérilisation (féminine et masculine), la pilule, les dispositifs intra-utérins, les préservatifs, les contraceptifs injectables ou sous-cutanés et les dispositifs vaginaux (diaphragme, cape cervicale, mousses spermicides, crèmes et éponges). Elles sont plus utilisées dans les régions moins développées (91 %) que dans les plus développées (84 %), ce qui tient en grande partie au fait que les méthodes traditionnelles – essentiellement le retrait, diverses formes d'abstinence périodique et l'emploi de sprays spermicides vaginaux – sont largement pratiquées dans certains pays d'Europe et dans les pays qui ont fait partie de l'ex-Union des Républiques socialistes soviétiques (Popov, Visser et Ketting, 1993).

63. L'Afrique est le continent où la pratique de la contraception est la plus faible du monde, les couples ne recourant à la planification familiale que dans une proportion de 25 %. De plus, cette proportion est inférieure à 20 % dans la plupart des pays et le taux d'emploi des moyens de contraception modernes inférieur à 10 % dans plus de la moitié. On observe toutefois des disparités régionales marquées. Ainsi, si l'on excepte Maurice et l'île de la Réunion, où la proportion des couples recourant à la contraception (plus des deux tiers) est exceptionnellement élevée, les taux moyens d'emploi de contraceptifs en Afrique du Nord et en Afrique australe (48 et 52 % respectivement) sont trois à cinq fois plus élevés qu'en Afrique orientale, en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest.

64. Dans les pays en développement d'Asie, 66 % des couples en moyenne recourent à la planification familiale, chiffre qui tient pour beaucoup au fait que celle-ci est très utilisée en Chine. Le taux moyen d'emploi de contraceptifs en Asie orientale, dont la Chine fait partie, est d'ailleurs le plus élevé du monde (83 %) et dépasse même le taux le plus élevé enregistré dans les régions plus développées (78 % en Europe du Nord). Dans les autres régions d'Asie, il est plus comparable à ceux observés en Afrique du Nord et en Afrique australe. Il est inférieur à 20 % dans 9 % des pays d'Asie et supérieur à 60 % dans un tiers environ de ces pays.

65. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le taux moyen d'emploi de contraceptifs est assez élevé (69 %) et, comme dans les pays plus développés, varie peu d'un pays à l'autre puisqu'il s'échelonne entre 59 % dans les Caraïbes et 73 % en Amérique du Sud. Dans cette zone importante, il est supérieur à 50 % dans les deux tiers des pays, ce qui signifie que la contraception est déjà très répandue.

66. Dans les régions plus développées, les écarts régionaux sont relativement faibles, le taux d'emploi de contraceptifs allant de 59 % au Japon à 78 % en Europe du Nord, mais les variations régionales du taux d'emploi des méthodes modernes de contraception sont plus marquées puisqu'il ne dépasse pas les 35 % en Europe de l'Est et atteint les 71 à 76 % en Europe du Nord et en Europe occidentale.

Évolution récente de l'emploi des contraceptifs

67. La plupart des pays en développement disposant de données sur la question font état d'une augmentation importante du taux d'emploi de contraceptifs au cours des 10 dernières années, d'au moins un point de pourcentage par an dans 68 % des

pays et de deux points de pourcentage par an dans 15 % d'entre eux. Les augmentations les plus fortes ont été enregistrées principalement dans les pays où ce taux avait atteint des valeurs moyennes (entre 35 et 64 %) en 1990, et les plus faibles (moins d'un point de pourcentage par an), dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, en particulier de l'Afrique de l'Ouest, où le taux d'emploi de contraceptifs était très faible en 1990, ainsi que dans les pays d'Asie orientale, où il était au contraire très élevé. Les méthodes modernes de contraception expliquant en très grande partie l'essor de la contraception dans les pays en développement, leur taux de croissance est très voisin de celui de l'ensemble des méthodes de contraception.

68. Contrairement à ce qui s'est passé dans les pays en développement (à l'exception des pays d'Asie orientale), le taux d'emploi de contraceptifs n'a pas beaucoup augmenté ni varié dans les pays développés au cours des 10 dernières années. Les méthodes modernes de contraception s'y sont cependant diffusées un peu plus rapidement qu'ailleurs.

69. De manière générale, la progression de la stérilisation des femmes reste la tendance la plus importante, aussi bien dans les régions en développement que dans les régions développées, mais d'autres méthodes de contraception jouent un rôle de premier plan dans de nombreux pays. Si les méthodes modernes tendent généralement à prendre une place prédominante au fil du temps, on est toutefois peu fondé à penser que les pays tendent à adopter les mêmes méthodes de contraception.

Méthodes de contraception utilisées

70. La plupart des utilisateurs de contraceptifs s'en remettent à des méthodes modernes de contraception dans 90 % des cas. Trois méthodes de contraception féminine sont particulièrement utilisées : la stérilisation, les dispositifs intra-utérins et la pilule, qui représentent 69 % des méthodes de contraception utilisées dans le monde et 74 % de celles utilisées dans les régions moins développées. En moyenne, l'importance relative des méthodes modernes de contraception par rapport aux méthodes traditionnelles est quasiment la même dans les régions plus développées (59 %) et les régions moins développées (55 %) mais, comme on l'a fait observer ci-dessus, les méthodes modernes sont plus largement utilisées dans les secondes que dans les premières.

71. Pour ce qui est de l'utilisation de certaines méthodes, on observe des différences prononcées entre les deux types de région. Il y a en particulier un contraste frappant entre les unes et les autres en ce qui concerne l'utilisation des méthodes traditionnelles, qui comprennent l'abstinence périodique ou méthode Ogino, le retrait (coït interrompu), l'abstinence, le douchage vaginal et diverses méthodes de bonne femme. Le taux d'emploi de ces méthodes dans les régions plus développées (11 %) est deux fois plus élevé que dans les régions moins développées (5 %). Leur grande popularité dans les premières tient à l'influence persistante des méthodes de contrôle de la fécondité qui avaient cours antérieurement à l'invention des méthodes de contraception modernes, ainsi qu'au fait que les méthodes modernes sont difficilement accessibles dans certains pays européens. Selon des enquêtes récentes menées dans les années 90, les méthodes traditionnelles seraient devenues moins populaires en Europe occidentale mais

auraient toujours la même faveur en Europe orientale et en Europe du Sud (sauf en Espagne).

72. Les régions plus développées et moins développées se distinguent également par le fait que dans les premières, les utilisateurs de contraceptifs utilisent davantage des méthodes ponctuelles et réversibles, alors que dans les secondes, ils préfèrent s'en remettre à des méthodes cliniques très efficaces agissant à long terme. En moyenne, plus de 6 utilisateurs de contraceptifs sur 10 choisissent la pilule, le préservatif masculin ou les méthodes traditionnelles dans les régions plus développées, une proportion analogue (7 utilisateurs sur 10) choisissant en revanche la stérilisation ou les dispositifs intra-utérins dans les régions moins développées, ce qui s'explique essentiellement par l'utilisation massive qui est faite de ces méthodes de contraception en Asie. Ainsi, plus de 30 % des femmes qui utilisent des moyens de contraception en Chine et en Inde choisissent de se faire stériliser et plus de 30 % des femmes qui utilisent un moyen de contraception en Chine choisissent de recourir à un dispositif intra-utérin.

73. Les régions plus développées et moins développées se distinguent en outre par la fréquence d'emploi de la contraception masculine. À l'échelle mondiale, moins d'un quart des couples faisant appel à la contraception utilisent des méthodes exigeant la participation des hommes (préservatifs et stérilisation des organes de reproduction masculins) ou leur coopération (abstinence périodique et retrait). Ces méthodes sont beaucoup plus répandues dans les régions plus développées (où elles représentent environ 50 % de l'ensemble des méthodes de contraception) que dans les régions moins développées (où elles n'en représentent qu'environ 20 %).

74. En ce qui concerne la fréquence d'utilisation des méthodes de contraception, la stérilisation des organes reproductifs féminins vient au premier rang dans le monde (20 % des femmes mariées y ont eu recours). Globalement, une femme mariée sur trois recourant à une méthode de contraception est stérilisée. L'expression « femme mariée » utilisée dans la présente section s'entend des femmes qui sont officiellement mariées ou vivent maritalement. La stérilisation des femmes est deux fois plus fréquente dans les régions moins développées (22 %) que dans les régions plus développées (10 %). Au niveau régional, elle est assez courante en Asie orientale, en Asie centrale du Sud, en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Europe du Nord, en Amérique du Nord et en Australie et en Nouvelle-Zélande, où sa fréquence d'emploi dépasse les 10 %, mais elle est rarement utilisée en Afrique, en Europe de l'Est, en Europe du Sud, en Europe occidentale et au Japon.

75. La stérilisation des hommes est beaucoup moins fréquente que celle des femmes. Au niveau mondial, 4 % seulement des femmes interrogées indiquent que leur partenaire est stérilisé. Contrairement à la stérilisation des femmes, celle des hommes est deux fois plus répandue dans les régions moins développées (7 %) que dans les plus développées (3 %). Au niveau régional, sa fréquence d'emploi est supérieure à 10 % en Europe du Nord, en Amérique du Nord et en Australie et en Nouvelle-Zélande. Au niveau national, elle atteint ses valeurs les plus élevées en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, où elle se situe entre 10 et 19 %.

76. Les dispositifs intra-utérins, qui sont utilisés par 15 % des femmes mariées et par une utilisatrice de contraceptifs sur quatre dans le monde, sont le moyen de

contraception le plus largement répandu après la stérilisation féminine. Leur fréquence d'emploi est deux fois plus élevée dans les régions moins développées (16 %) que dans les régions plus développées (8 %). Au niveau régional, elle est assez importante en Afrique du Nord, en Asie (sauf en Asie centrale du Sud), en Amérique centrale, dans les Caraïbes et en Europe, où elle dépasse les 10 %. Au niveau national, elle est particulièrement élevée au Kazakhstan, en Ouzbékistan et en République populaire démocratique de Corée, où elle se situe entre 40 et 49 %. De manière générale, dans la plupart des pays en développement disposant de données échelonnées dans le temps, elle a légèrement augmenté au cours de l'intervalle le plus récent, alors que dans la plupart des pays développés, elle a eu tendance à baisser.

77. La troisième méthode de contraception la plus courante après la stérilisation féminine et les dispositifs intra-utérins est la pilule, qui est utilisée par 8 % des femmes mariées et par 13 % des utilisateurs de contraceptifs dans le monde. Sa fréquence d'emploi est environ trois fois plus élevée dans les régions plus développées (17 %) que dans les régions les moins développées (6 %). Son usage est également plus intensif dans les régions plus développées, où elle est choisie en moyenne par 1 utilisatrice de contraceptifs sur 4, contre 1 sur 10 dans les régions moins développées. Au niveau régional, sa fréquence d'emploi est assez importante en Afrique du Nord, en Asie orientale du Sud, dans les Caraïbes, en Amérique du Sud, en Europe (sauf en Europe orientale) et en Amérique du Nord, où elle dépasse les 10 %. La pilule est, de tous les moyens de contraception, le plus largement utilisé dans le monde. Sa fréquence d'emploi a augmenté récemment dans plus de la moitié des pays en développement mais elle a peu varié au cours des années 80 et 90 dans la plupart des pays développés.

78. Les préservatifs masculins sont utilisés en moyenne, à l'échelle mondiale, par 5 % des couples et par 8 % des utilisateurs de contraceptifs. Comme la pilule, ils sont beaucoup plus fréquemment employés dans les régions plus développées (15 %) que dans les régions moins développées (3 %). Il convient de noter que c'est au Japon, où 46 % des couples (et les trois quarts des utilisateurs de contraceptifs) recourent à des préservatifs, que ceux-ci sont le plus couramment utilisés.

79. Les données tendanciennes relatives aux 10 à 15 dernières années montrent que l'usage des préservatifs progresse dans la plupart des pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine et des Caraïbes, probablement en raison des campagnes qui ont visé à en répandre l'usage pour enrayer la propagation du sida. Dans les régions plus développées, leur fréquence d'emploi est en augmentation en Amérique du Nord, en Nouvelle-Zélande et dans quelques pays européens (en particulier en Espagne, où elle s'est accrue de 12 points de pourcentage entre 1985 et 1995, passant ainsi de 12 à 24 %), mais elle est en recul dans d'autres pays européens.

80. Les estimations ci-dessus ont été établies à partir des indications que des femmes officiellement mariées ont fournies au sujet de leur utilisation de préservatifs à des fins de contraception. Il n'est pas impossible qu'elles soient très inférieures à la réalité, comme tendent à le montrer des enquêtes d'où il ressort que l'utilisation de préservatifs est plus fréquente au dire des hommes qu'à celui des femmes, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés. Ces estimations seraient plus élevées si l'on demandait aux enquêtés s'ils utilisent

des préservatifs pour prévenir une grossesse ou des maladies sexuellement transmissibles plutôt qu'à des seules fins de contraception, et beaucoup plus élevées s'il leur était demandé explicitement s'ils utilisent des préservatifs avec tous leurs partenaires sexuels et non pas seulement avec leur conjoint ou leur partenaire principal (McFarlane, Friedman et Morris, 1994). Il est également possible que l'utilisation des préservatifs soit minimisée dans le cas où les enquêtés disent recourir en même temps à des préservatifs et à d'autres méthodes de contraception (éventuellement plus performantes), la plupart des enquêtes ne faisant alors état que de la méthode de contraception la plus efficace. Enfin, le préservatif dont il est question ci-dessus est le préservatif masculin, le seul dont il soit question dans les enquêtes jusqu'à présent.

81. Les injections d'hormones et les implants sous-cutanés Norplant ne sont pas d'utilisation aussi courante que la plupart des autres méthodes modernes de contraception et ne sont actuellement employées que par 3 % des femmes mariées dans le monde. La plupart de ces femmes vivent dans les régions moins développées, où elles sont en moyenne 3 % à les utiliser, contre moins de 1 % dans les régions plus développées.

82. Les méthodes de contraception vaginales sont utilisées dans le monde par moins de 1 % des femmes mariées, soit moins de 0,5 % des utilisateurs de contraceptifs. Il est probable cependant que leur fréquence actuelle d'emploi est inférieure à la réalité car elles sont généralement utilisées en même temps que d'autres méthodes (en particulier les préservatifs). Elles sont le plus souvent utilisées dans les régions plus développées, où 1 % des femmes mariées en moyenne y ont recours, contre 0,2 % dans les régions moins développées.

83. Les méthodes traditionnelles de contraception sont utilisées dans le monde par 6 % des femmes mariées et par 10 % de tous les utilisateurs de contraceptifs. Comme on l'a noté ci-dessus, elles sont plus largement utilisées dans les régions plus développées que dans les moins développées. Les plus importantes sont le retrait et l'abstinence partielle (essentiellement périodique). Le retrait, qui est utilisé par 3 % des couples dans le monde, est la principale méthode de contraception en Europe de l'Est et en Europe du Sud, où sa fréquence d'emploi est de 18 %, ainsi qu'en Asie occidentale, où elle est de 14 %. L'abstinence partielle, qui est utilisée par le même pourcentage de couples (3 %) dans le monde, est plus souvent mentionnée que le retrait dans les régions autres que l'Europe de l'Est et l'Asie occidentale.

Besoins de planification familiale à satisfaire

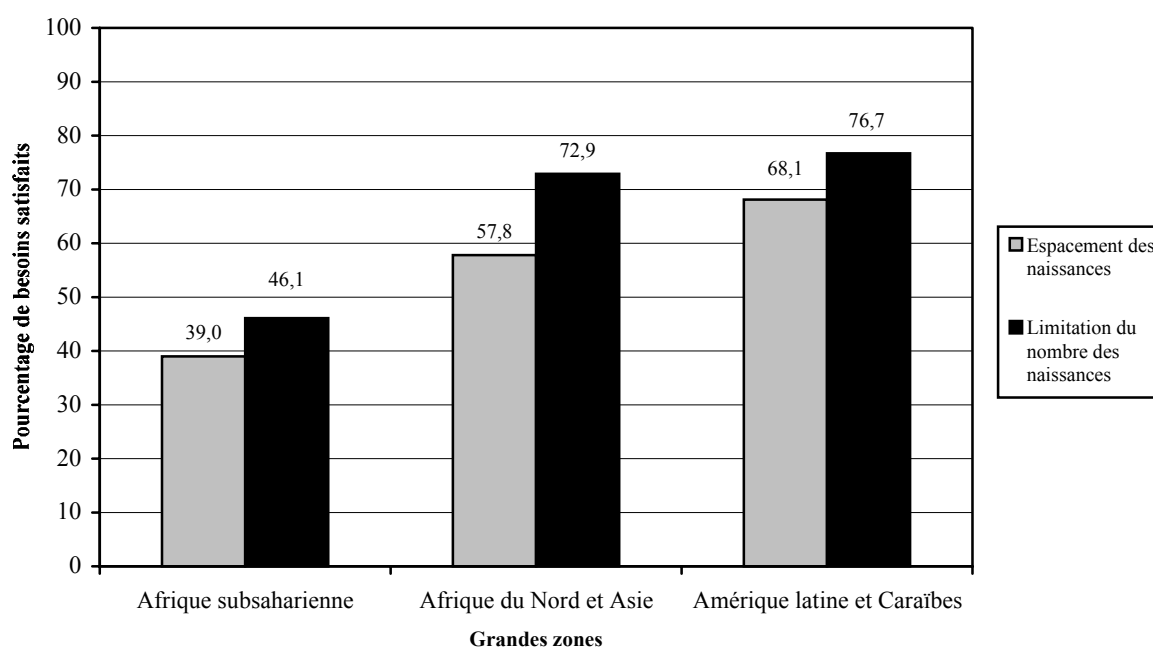
84. En dépit de l'essor récent de la contraception, divers indicateurs donnent à penser que le choix des méthodes de contraception reste limité dans les pays en développement et que les besoins de planification familiale n'y sont satisfaits que très partiellement. Dans au moins un tiers de ces pays, une méthode de contraception, habituellement la stérilisation ou la pilule, représente encore à elle seule la moitié au moins de toutes les méthodes de contraception utilisées. De même, 20 % environ des couples des pays en développement (à l'exclusion de la Chine) disent vouloir limiter le nombre de leurs enfants ou en espacer la naissance mais n'utilisent pas de méthode de contraception. Les besoins de planification familiale non satisfaits par la contraception sont nettement plus élevés en Afrique

subsaharienne, où on les estime en moyenne à 24 %, contre environ 18 % en Afrique du Nord, en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes.

85. En additionnant le pourcentage des femmes qui recourent à la contraception et celui des femmes dont les besoins de planification familiale ne sont pas satisfaits, on obtient un chiffre qui est celui du besoin total de planification familiale. Dans la figure III, qui indique le pourcentage de ce besoin satisfait par la contraception, on observe une fois encore que c'est entre l'Afrique subsaharienne et les autres régions que les écarts sont les plus importants. En Afrique subsaharienne, le pourcentage des femmes qui souhaitent limiter le nombre de leurs enfants ou en espacer les naissances et utilisent des moyens de contraception est inférieur à 50 %, alors qu'il est supérieur à 60 % dans les autres régions. On observe cependant, dans toutes les régions, que les femmes qui souhaitent ne plus avoir d'enfants sont beaucoup plus nombreuses à pratiquer la contraception que celles qui souhaitent reporter à plus tard la naissance d'un nouvel enfant, ce qui autorise à penser que le désir de limiter le nombre d'enfants est plus fort que celui d'espacer les naissances, peut-être parce que les conséquences d'un échec sont plus redoutées dans le premier cas que dans le second.

Figure III

Pourcentage par grande zone, à la fin des années 90, des femmes mariées dont les besoins de planification familiale au moyen de l'espacement des naissances ou de la limitation du nombre d'enfants étaient satisfaits



Source : Division de la population du Secrétariat de l'ONU.

86. Selon les dernières estimations, 105 millions des femmes des pays en développement qui sont mariées ou vivent maritalement et sont en âge de procréer ont des besoins de planification familiale qui ne sont pas satisfaits (Ross, 2001). Dans de nombreux pays, la non-accessibilité à des services de planification familiale de qualité acceptable et le manque d'informations sur les services disponibles restent les obstacles les plus fréquents à la planification familiale (Robey, Ross et Bhushan, 1996). C'est le cas, en particulier, en Afrique subsaharienne, où les femmes sont nombreuses à ignorer toute forme moderne de contraception (Westoff et Bankole, 1995). Les autres raisons qui expliquent communément le non-recours à la planification familiale sont l'indécision et la mauvaise perception des risques inhérents au fait de concevoir des enfants, l'ignorance de ce qu'est la planification familiale et, enfin, les obstacles culturels, sociaux, sanitaires et économiques à la contraception et/ou à la poursuite de l'utilisation de contraceptifs (opposition des maris et des membres de la famille étendue, crainte des effets secondaires de la contraception, coût élevé des contraceptifs, fatalisme, etc.) (Bongaarts et Bruce, 1995).

Taux d'utilisation et besoins actuels de contraceptifs chez les adolescents

87. Dans les pays en développement, la plupart des adolescentes mariées n'utilisent aucune méthode de planification familiale et, d'après les dernières enquêtes, leur taux d'utilisation de contraceptifs est en général le plus faible en Afrique subsaharienne (moins de 20 %), d'un niveau moyen en Asie et en Afrique du Nord (entre 20 et 40 %) et le plus élevé en Amérique latine et dans les Caraïbes (plus de 30 %). Comme c'est le cas pour l'ensemble des femmes mariées en âge de procréer, les adolescentes utilisent alors surtout des méthodes modernes de contraception – encore que leur taux d'utilisation soit inférieur à la moyenne générale. Toutefois, lorsque l'on compare les taux d'utilisation de contraceptifs des adolescentes mariées à ceux des autres femmes mariées, on constate dans la plupart des pays qu'ils sont à peu près de moitié inférieurs, ce qui est sans doute imputable au fait que les jeunes femmes désirent plus que les femmes plus âgées avoir plus d'enfants.

88. Dans les pays en développement, les adolescentes célibataires mais sexuellement actives auraient beaucoup plus fréquemment recours aux méthodes de planification de la famille que les adolescentes mariées et leur taux d'utilisation de contraceptifs est en général supérieur à 30 % en Afrique subsaharienne et supérieur à 60 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Elles utilisent notamment des préservatifs beaucoup plus souvent que les adolescentes mariées. Ceci s'explique sans doute par le fait que les adolescentes célibataires, conscientes que le prix d'une grossesse non désirée serait beaucoup plus élevé pour elles que pour une femme mariée, s'emploient plus résolument que les adolescentes mariées à éviter une telle situation (Contreras, Guzmán et Hakkert, 2001).

89. Pour ce qui est des pays développés, les données font généralement apparaître une prévalence élevée de la contraception chez les adolescentes mariées (plus de 40 %), soit quasiment aussi élevée que chez les autres femmes mariées. En Amérique du Nord, les adolescentes n'utilisent que des méthodes modernes de contraception, ce qui n'est pas toujours le cas en Europe. Dans les pays développés, les préservatifs représentent un pourcentage plus important de l'ensemble des

contraceptifs utilisés par les adolescents que dans les pays en développement (27 % en moyenne par rapport à une moyenne de 14 % en Afrique subsaharienne, de 9 % en Asie et de 10 % en Amérique latine et dans les Caraïbes). Ceci semble indiquer que les campagnes en faveur de l'utilisation des préservatifs pour prévenir aussi bien les maladies sexuellement transmissibles (y compris l'infection à VIH) que les grossesses non désirées ont eu un impact beaucoup plus important sur les adolescents du monde développé que sur ceux du monde en développement.

90. Dans la majorité des pays en développement pour lesquels on dispose de données, les besoins en matière de planification de la famille d'un pourcentage non négligeable d'adolescentes mariées (15 %) ne sont pas satisfaits. De façon générale, le niveau de cette insatisfaction des adolescentes est supérieur à celui des femmes plus âgées, au même titre que le niveau de satisfaction des besoins des adolescentes est proportionnellement inférieur à celui de l'ensemble des femmes en âge de procréer. Ces résultats confirment les précédents (United Nations, 1998, 2000a) et signalent que les adolescentes mariées sont moins protégées contre les grossesses non désirées que les femmes plus âgées. Les jeunes femmes connaissent probablement moins bien les méthodes et les services disponibles et risquent par ailleurs de se heurter à des obstacles plus importants pour avoir accès aux services de planification de la famille. Enfin, il se peut que l'éventail de choix quant aux méthodes disponibles adaptées aux besoins des jeunes femmes en matière de planification familiale généralement plus axés sur l'espacement que sur la limitation des naissances, soit fort restreint.

IV. Avortement

91. À la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994, la question de l'avortement s'est révélée être l'une des plus épineuses, bien qu'un consensus se soit dégagé parmi les gouvernements pour considérer que les avortements non médicalisés étaient « un problème majeur de santé publique » et s'engager « à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité¹ » en tant que partie intégrante de leur engagement en faveur de la santé de la femme (Organisation des Nations Unies, 1995a, premier chapitre, résolution 1, annexe, chap. VIII, par. 8.25).

92. Dans « les principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement » (résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe), les gouvernements ont à nouveau exprimé leur constante préoccupation au sujet des conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et ont été invités à « prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement » et « veiller à ce que les femmes qui ont recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils » [par. 63 ii)]. Par ailleurs, « dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les systèmes de santé devraient former les prestataires de soins de santé et les équiper et devraient prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible » [par. 63 iii)].

Données sur l'avortement

93. On estime qu'environ 26 millions d'avortements licites et 20 millions d'avortements non médicalisés ont été pratiqués dans le monde en 1995 (Henshaw, Singh et Haas, 1999, Organisation mondiale de la santé, 1998). Ces chiffres donnent une idée de l'ampleur du problème de l'avortement, bien qu'ils restent très hypothétiques, puisque pour la grande majorité des pays on ne dispose d'aucune donnée concrète, le nombre d'avortements licites n'ayant été recensé que dans environ 45 pays.

94. D'après les plus récentes données, le nombre total d'avortements licites signalés est d'environ 15 millions par an (voir tableau 5), dont 80 % sont pratiqués dans quatre pays : Chine (7,4 millions), Fédération de Russie (2 millions), États-Unis (1,2 million) et Viet Nam (1,2 million). Le nombre total d'avortements licites dans le monde doit être considéré comme une estimation très grossière étant donné que l'on n'a pas vérifié si les pays ayant le plus grand nombre d'avortements avaient pleinement rendu compte de la situation. En particulier, l'incertitude reste grande quant au nombre effectif d'avortements pratiqués en Chine. En 1998, le Ministère de la santé de ce pays a estimé à 7 380 000 le nombre d'avortements tandis que la Commission d'État de la planification de la famille donnait le chiffre de 2 630 000 avortements.

95. Les pays où l'avortement est licite peuvent être divisés en trois groupes en fonction de la prévalence de l'avortement. Dans la grande majorité des pays, dont la Chine, la fourchette est de 10 à 25 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Quatre pays européens, à savoir l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne et les Pays-Bas font état de niveaux très faibles d'avortements licites (moins de 10 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans). À l'autre extrême de cette fourchette, on trouve des pays tels que le Bélarus, la Fédération de Russie et le Viet Nam où les taux d'avortement atteignent des chiffres aux alentours de 60 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Dans ce groupe de pays à forte incidence de l'avortement figurent également un certain nombre de pays de l'ex-Union soviétique tels que l'Estonie, le Kazakhstan, la Lettonie, le Turkménistan et l'Ukraine ainsi que des pays d'Europe orientale et d'Europe centrale tels que la Bulgarie, la Hongrie et la Roumanie.

96. Manifestement, dans de nombreux pays d'Europe orientale et de l'ex-Union soviétique, les femmes ont fréquemment recours à l'avortement pour contrôler les naissances, et dans six de ces pays, au moins une grossesse sur deux se termine par un avortement. Le Viet Nam est un autre pays dans lequel l'avortement est largement utilisé pour limiter les naissances puisque au moins 4 grossesses sur 10 sont ainsi interrompues. Parmi les pays occidentaux, la Suède aurait le taux le plus élevé d'interruption de la grossesse avec 26 avortements pour 100 grossesses tandis que la Belgique aurait le taux le plus faible avec un avortement pour 10 grossesses.

97. L'avortement est un facteur important dans la vie reproductive des femmes. Dans la plupart des pays où l'avortement est licite, la proportion des femmes ayant un avortement au cours de leur existence varie entre une sur trois et une sur deux femmes. Dans les pays où les taux d'avortement sont élevés, tels que la Fédération de Russie, les femmes ont en moyenne plus de deux avortements au cours de leur vie.

98. Les taux d'avortement sont essentiellement restés les mêmes dans les pays occidentaux depuis la deuxième moitié des années 90. En revanche, on a constaté une tendance à la baisse dans les pays d'Europe orientale et de l'ex-Union soviétique et le recul le plus spectaculaire a été enregistré en Roumanie où le taux d'avortement est passé de 100 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans en 1995 à 52 pour 1 000 en 1999.

99. Dans la documentation pertinente, rares sont les estimations récentes sur la pratique de l'avortement dans les pays où celui-ci fait l'objet de restrictions juridiques ou est illégal – soit la plupart des pays du monde en développement – et ces estimations n'existent en fait que pour deux pays, dont l'un d'Asie du Sud-Est, le Bangladesh et l'autre d'Asie orientale, les Philippines. Au Bangladesh, l'avortement est illégal, sauf s'il s'agit de sauver la vie de la mère; toutefois, on peut depuis 1979 obtenir sur demande une régulation du cycle menstruel. Singh and others (1997) ont utilisé des techniques indirectes pour parvenir à une estimation plus exacte de 730 000 avortements au Bangladesh, chiffre qui correspond à un taux d'avortement de 28 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. D'après ces mêmes auteurs, on obtiendrait un taux d'avortement comparable aux Philippines en se basant sur une estimation plus exacte d'environ 400 000 avortements en 1994.

Tableau 5
Avortements licites signalés, année la plus récente

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Nombre d'avortements (en milliers)</i>	<i>Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans</i>
Albanie	1999	16	22
Allemagne	1999	130	8
Arménie	1999	14	15
Australie	1996	76	18
Azerbaïdjan	1999	21	11
Bélarus	1999	135	58
Belgique	1997	13	6
Bulgarie	1999	72	43
Canada	1998	110	16
Chine	1998	7 380	24
Croatie	1999	15	15
Danemark	1998	17	15
Espagne	1998	54	6
Estonie	1999	15	48
États-Unis	1997	1 186	20
Ex-République yougoslave de Macédoine	1999	8	19
Fédération de Russie	1999	2 030	62
Finlande	1999	11	11
France	1997	164	13
Georgie	1999	18	15
Hongrie	1999	66	31
Islande	1998	1	15
Israël	1999	19	15
Italie	1998	138	11

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Nombre d'avortements (en milliers)</i>	<i>Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans</i>
Japon	1999	337	13
Kazakhstan	1999	138	35
Kirghizistan	1999	18	16
Lettonie	1999	18	34
Lituanie	1999	19	23
Norvège	1998	14	15
Nouvelle-Zélande	1999	16	19
Ouzbékistan	1999	58	10
Pays-Bas	1998	24	7
République de Moldova	1999	28	27
République tchèque	1999	37	17
Roumanie	1999	260	52
Royaume-Uni	1997	192	15
Singapour	1999	14	17
Slovaquie	1998	21	21
Slovénie	1999	9	20
Suède	1999	31	18
Tadjikistan	1999	21	15
Turkménistan	1997	33	32
Ukraine	1998	499	45
Viet Nam	1999	1 200	63
Total		14 696	

Source : Population Policy Databank (banque de données démographiques) gérée par la Division de la population du Secrétariat des Nations Unies.

100. Les estimations les plus récentes du nombre d'avortements en Amérique latine et dans les Caraïbes remontent à 1989-1991 (Henshaw, Singh et Haas, 1999b; Singh and Wulf, 1994) et ont été établies pour six pays – Brésil, Chili, Colombie, Mexique, Pérou et République dominicaine – à partir de données d'hospitalisation pour avortement. Environ 2,8 millions d'avortements seraient pratiqués chaque année dans ces pays. Selon ces estimations, les taux d'avortement dans cinq de ces pays seraient très élevés : Brésil (41 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans), Chili (50 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans), Colombie (36 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans), République dominicaine (47 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans) et Pérou (56 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans). Dans ces pays, la proportion des interruptions de grossesse serait donc d'une sur trois à quatre grossesses. Au Mexique, le taux d'avortement est plus faible, de l'ordre de 25 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans.

101. L'Égypte est le seul pays d'Afrique du Nord pour lequel on dispose d'estimations indirectes du taux d'avortement. Une étude des formulaires médicaux remplis au moment de l'admission dans des services obstétricaux et gynécologiques réalisée en 1995 a révélé qu'une patiente sur cinq était admise afin d'être traitée pour une fausse couche ou pour un avortement (Huntington and

others, 1998). Ce chiffre donne à penser que le nombre total d'avortements provoqués serait supérieur à 300 000.

102. Les données sur les avortements provoqués sont extrêmement fragmentaires. En 1996, on a estimé à partir d'une enquête menée au Nigéria sur un échantillon nationalement représentatif de 672 dispensaires considérés comme prestataires potentiels de services d'avortement, qu'environ 610 000 avortements avaient été pratiqués, soit un taux d'avortement de 25 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans (Henshaw and others, 1998). En 1998, à Bamako (Mali), une patiente sur cinq interviewées dans les centres de soins de santé a déclaré qu'elle avait eu au moins un avortement tandis qu'à Abidjan (Côte d'Ivoire), le chiffre correspondant était de une sur trois patientes (Konaté and others, 1999; Guillaume and others, 1999). Il ressort clairement des enquêtes effectuées tant au Nigéria qu'en Côte d'Ivoire que les taux d'avortement ont tendance à être beaucoup plus faibles dans les zones rurales et les zones les plus pauvres.

Caractéristiques démographiques

103. En Amérique du Nord et en Europe occidentale, ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, c'est chez les femmes célibataires que l'on recense les plus importantes proportions d'avortement dans 10 des 13 pays pour lesquels on dispose de données, l'éventail allant de 61 % en Norvège à 81 % aux États-Unis. Les résultats des enquêtes indiquent par ailleurs qu'en Afrique la majorité des femmes ayant des avortements sont célibataires.

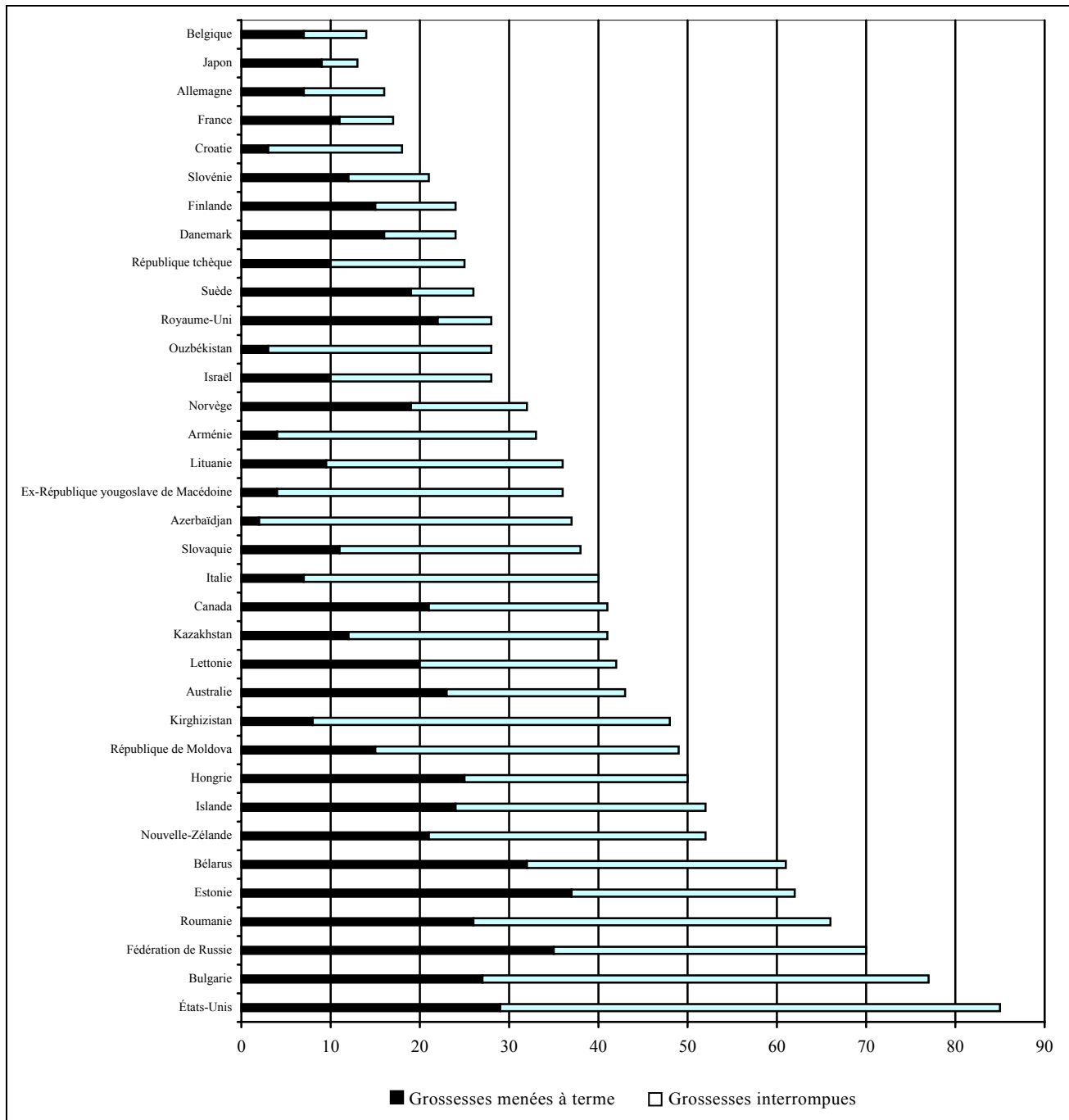
104. En revanche, dans les pays d'Europe orientale et de l'ex-Union soviétique, la plupart des femmes ayant subi un avortement sont mariées et représentent entre 61 % (République tchèque) et plus de 95 % (dans certains pays de l'Asie centrale) du nombre total des femmes qui se sont fait avorter. Tous les autres pays d'Asie et d'Amérique latine pour lesquels on dispose de données présentent un schéma analogue à l'exception du Brésil où la majorité des femmes ayant subi un avortement sont célibataires.

105. Dans la plupart des pays, c'est chez les femmes âgées d'une vingtaine d'années que l'on recense les taux de grossesse et les taux d'avortement les plus élevés. Par ailleurs, la proportion d'interruptions de grossesse est généralement la plus élevée chez les femmes âgées de 40 ans et plus et chez les adolescentes. De façon générale, lorsque l'avortement est licite, les statistiques prouvent que, dans la plupart des pays, l'incidence de l'avortement chez les adolescentes correspond au niveau général des avortements. D'après les chiffres officiels les plus récents, l'avortement chez les adolescentes représente de 3 à 20 % du nombre total d'avortements licites signalés dans 39 des 40 pays pour lesquels on dispose de données (la figure IV illustre l'incidence des grossesses et des avortements chez les adolescentes dans certains pays).

Figure IV

**Grossesses – menées à terme ou interrompues – chez les adolescentes,
1999 ou année plus récente**

(pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)



Source : Division de la population du Secrétariat, Organisation des Nations Unies.

Note : Les grossesses ont été estimées à partir du nombre de naissances et d'avortements pour une année donnée.

Récents amendements apportés aux lois sur l'avortement

106. La majorité écrasante des pays (189 sur 193 pays) autorisent l'avortement pour sauver la vie de la mère (United Nations, 2001b, 2001c, à paraître). Quatre États – le Chili, El Salvador, Malte et le Saint-Siège – interdisent l'avortement. Toutefois, il existe des variations considérables quant aux conditions dans lesquelles on peut légalement pratiquer l'avortement. Les lois et les politiques relatives à l'avortement sont sensiblement plus restrictives dans le monde en développement que dans le monde développé. Dans les pays développés, l'avortement est autorisé sur demande dans environ deux tiers des pays (31 pays) ainsi que pour des raisons économiques ou sociales dans trois pays sur quatre. En revanche, un seul pays en développement sur sept (21 pays) autorise l'avortement sur demande et seulement un pays en développement sur six autorise l'avortement pour des raisons économiques ou sociales.

107. Depuis 1990, 29 pays – 8 pays développés, 15 pays en développement et 6 pays en transition – ont modifié leurs lois ou réglementations concernant l'avortement. Dans 23 pays, ces changements ont consisté à rapporter des dispositions restrictives. En outre, les autorités sanitaires ont autorisé l'utilisation de Mifepristone (RU-486) pour l'interruption de la grossesse dans 18 pays tandis que des essais cliniques ont été autorisés dans six autres pays (voir tableau 6).

Tableau 6

Statut juridique du Mifepristone (RU-486)

a) Utilisation du Mifepristone approuvée par les autorités sanitaires nationales

Allemagne (1999)
Autriche (1999)
Belgique (1999)
Chine (1992)
Danemark (1999)
Espagne (2000)
Fédération de Russie (2000)
Finlande (1999)
France (1989)
Grèce (1999)
Israël (1999)
Luxembourg (1999)
Norvège (2000)
Pays-Bas (1999)
Suisse (2000)
Ukraine (2000)
Royaume-Uni (1991)
États-Unis (2000)

b) Essais cliniques du Mifepristone autorisés

Canada
Cuba
Inde
Italie
Tunisie
Viet Nam

Source : Population Policy Databank (Banque de données démographiques) gérée par la Division de la population du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

108. Dans les pays développés, les avortements sont, à un degré variable, licites et généralement acceptés depuis des décennies. À la fin des années 80 et au début des années 90, les conséquences des avortements pratiqués dans les mauvaises conditions de sécurité ont suscité une préoccupation croissante de la part des autorités sanitaires nationales, qui s'est traduite par la décision d'élargir les motifs justifiant un avortement, de sorte que des pays tels que l'Albanie, la Bulgarie et la Roumanie autorisent l'avortement sur demande. La Fédération de Russie et la Hongrie ont connu une évolution législative comparable provoquée par la difficile situation économique et sociale des femmes. En revanche, deux pays européens, à savoir la Pologne et l'Allemagne, ont adopté des lois plus restrictives.

109. En 1996, le Japon a adopté la loi sur la protection maternelle, une version sensiblement amendée de la loi sur la protection eugénique de 1948. Aux États-Unis, on s'est activement employé, sur le plan juridique, à limiter au niveau des États fédérés le droit des mineures d'interrompre une grossesse. À compter de mars 2001, de telles restrictions avaient été introduites dans 41 États. En revanche, aussi bien au niveau fédéral qu'à celui des États fédérés, on a promulgué une série de restrictions applicables à divers aspects des manifestations de protestataires bloquant l'entrée des cliniques d'avortement.

110. En Amérique latine, l'avortement sur demande n'est autorisé que dans deux pays : Cuba et le Guyana; il n'est autorisé pour des raisons socioéconomiques que dans l'État mexicain de Yucatan, pour des raisons de malformation foetale qu'au Panama et dans un certain nombre d'autres États mexicains et il est autorisé dans le cas où la grossesse résulte d'un viol dans sept pays (y compris le District fédéral de Mexico), dont deux pays requièrent que la victime soit mentalement incompétente. Pour ce qui est des autres pays d'Amérique latine, deux autorisent l'avortement pour des raisons thérapeutiques et huit pour sauver la vie de la mère.

111. Ces dernières années, de nombreux projets de réforme ont été proposés dans des pays d'Amérique latine, mais fort peu ont été couronnés de succès. En 1995, le Guyana a légalisé l'avortement dans un très grand nombre de situations. En revanche, à la veille de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, l'Argentine a modifié sa constitution pour y inclure la défense de la vie dès la conception. En El Salvador, aux termes des dispositions en la matière du nouveau Code pénal adopté en 1997, l'avortement est interdit sans aucune exception, toutes les exceptions précédemment en vigueur ayant été levées.

112. En Afrique, le Botswana (1991), les Seychelles (1994), le Burkina Faso et l'Afrique du Sud (1996) ont apporté d'importants amendements à leur législation en vigueur ou ont promulgué de nouvelles lois plus libérales sur l'avortement

tandis qu'en 1991, la Guinée équatoriale a adopté une législation plus restrictive en la matière. Actuellement, l'avortement n'est autorisé sur demande que dans trois pays africains sur 53, à savoir le Cap-Vert, l'Afrique du Sud et la Tunisie. Un pays, la Zambie, autorise l'avortement pour des raisons économiques et sociales. Onze pays africains autorisent l'avortement en cas de malformation foetale et 12 pays lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste. Vingt-sept pays africains autorisent l'avortement pour des raisons de santé mentale et 28 pays autorisent l'avortement afin de protéger la santé physique de la mère.

113. En Asie, 17 pays n'autorisent l'avortement que pour sauver la vie de la mère, 16 pays autorisent l'avortement sur demande et 13 pays autorisent l'avortement dans certaines conditions. Au nombre des faits récents figure la promulgation d'une législation sur l'avortement conforme à la loi islamique en République islamique d'Iran (Code pénal de 1991) et au Pakistan (1989) ainsi que la récente légalisation de l'avortement au Cambodge en 1997. Aussi bien l'Indonésie (1992) que la Malaisie (1989) ont modifié leur législation pour légaliser l'avortement thérapeutique. En 1989, la Mongolie a modifié sa législation sur la santé pour y préciser que la maternité était une décision uniquement du ressort de la future mère qui était donc libre de se faire avorter au cours des trois premiers mois de sa grossesse. En 1991, le Soudan a modifié son code pénal pour autoriser l'avortement en cas de viol ayant provoqué la grossesse ou de décès du fœtus dans le sein de sa mère.

114. Entre 1989 et 1991, le Gouvernement vietnamien a adopté diverses réglementations concernant l'avortement, notamment la loi sur la protection de la santé publique qui prévoit que « si tel est leur désir, les femmes sont libres de se faire avorter » ainsi que divers décrets aux termes desquels des moyens contraceptifs et des services de santé publique pratiquant l'avortement sont fournis à titre gratuit à de vastes segments de la population.

115. Afin d'empêcher le « foeticide féminin », le Gouvernement indien a promulgué une législation nationale en 1994 qui limite la pratique du diagnostic prénatal aux cas de graves maladies et d'anormalités et interdit aux praticiens de révéler le sexe du fœtus de quelque manière que ce soit. L'application de cette loi – qui est entrée en vigueur en 1996 – serait problématique.

Avortement dans de mauvaises conditions de sécurité

116. L'interruption d'une grossesse non désirée est considérée comme ayant été pratiquée dans des mauvaises conditions de sécurité lorsqu'elle a été effectuée par un personnel non qualifié ou dans des conditions ne respectant pas les normes médicales minimales [Organisation mondiale de la santé, 1992 a)]. On estime que de 10 à 50 % de toutes les femmes qui subissent des avortements dans de mauvaises conditions de sécurité nécessitent des soins médicaux suite à des complications. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour 1995-2000, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité provoqueraient chaque année environ 78 000 décès maternels et des centaines de milliers d'incapacités, en grande majorité dans les pays en développement (Organisation mondiale de la santé, 1998). Partant, à l'échelle mondiale, un décès maternel sur huit est probablement dû à des complications liées à l'avortement. L'éventail régional des taux de mortalité suite à un avortement va

de 1 décès maternel sur 8 en Afrique et en Asie, en passant par 1 décès maternel sur 6 en Europe, à 1 décès maternel sur 5 en Amérique latine et dans les Caraïbes.

117. La plupart des pays qui connaissent une prévalence élevée d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ou d'interruptions volontaires de la grossesse en général, sont des pays dans lesquels les informations et les services de planification familiale ainsi que les contraceptifs sont extrêmement insuffisants voire inexistants (Indriso et Mundigo, 1999). La prévention de l'avortement est en effet fondée sur la fourniture d'informations, de conseils et de services de planification familiale. Au cours des années 90, les grossesses précoces et l'avortement soulevant une préoccupation croissante, on s'est efforcé de réorienter les programmes de planification familiale, jusqu'alors principalement et souvent uniquement axés sur les hommes et les femmes mariés pour qu'ils ciblent de préférence les jeunes célibataires. Il est toutefois prématuré de tirer des conclusions de la mise en oeuvre et des répercussions de ces programmes.

118. Dans un certain nombre de pays, on dispense des conseils et des services de planification familiale dans le cadre des soins postabortifs pour éviter les avortements à répétition. Ces services ont été institués dans un certain nombre d'hôpitaux et la proportion de patients ayant bénéficié de conseils de planification familiale a atteint 97 % en Bolivie, 94 % au Burkina Faso, 68 % au Kenya, 86 % au Mexique et 78 % au Pérou (Huntington, 2000). Cette approche n'a pas rencontré le même succès au Sénégal puisqu'elle n'a profité qu'à un tiers des patientes. Au Kenya, on a constaté que les informations et les services de planification familiale dispensés par le personnel hospitalier permanent avaient davantage d'impact que lorsqu'ils l'étaient par des prestataires de soins de santé maternelle et infantile et de planification familiale de passage dans les services hospitaliers concernés.

119. En second lieu, pour réduire la morbidité et la mortalité associées à l'avortement, on s'efforce d'en diminuer les risques qui, d'un point de vue médical, sont liés au premier chef à l'âge gestationnel – plus l'avortement est précoce moins il y a de risques –, aux méthodes utilisées ainsi qu'à la rapidité et à la qualité des interventions en cas de complications (Grimes, 2000).

120. Dans un certain nombre de pays en développement qui ont légalisé l'avortement, il n'est pas aisé d'avoir accès à l'intervention qui par ailleurs n'est pas uniformément sans risques. En Afrique, les difficultés proviennent d'un certain nombre de forces sociales, culturelles et institutionnelles. À titre d'exemple, en Zambie, les femmes continuent de dépendre de l'avortement illicite en raison de la complexité des conditions à remplir pour se faire avorter légalement, outre que les services sont insuffisants. Les jeunes femmes ont tendance à rejeter les services hospitaliers en raison de l'absence de confidentialité de la procédure d'avortement et de la réprobation généralisée dont elle fait l'objet (Webb, 2000). En Afrique du Sud, la plupart des infirmières et des médecins n'approuvent pas la nouvelle loi concernant l'interruption de la grossesse et une proportion non négligeable d'entre eux ont eu recours à l'objection de conscience pour s'épargner toute participation à des soins liés à l'avortement (Harrison and others, 2000), de sorte que dans la majeure partie du pays il n'y a toujours pas, en fait, de services d'avortement.

121. En Inde, les profondes disparités dans la répartition géographique des services d'avortement font que de vastes segments de la population n'y ont guère accès. Quatre importants États du Nord – Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan et Uttar Pradesh – qui représentent plus de 40 % de la population indienne, ne sont

desservis que par 16 % de tous les centres approuvés aux termes de la loi concernant l'interruption thérapeutique de la grossesse (Barge and others, 1998).

V. Mortalité et morbidité maternelles

122. Des estimations mondiales récentes indiquent que 515 000 femmes décèdent chaque année des suites de complications et de causes liées à la grossesse, la quasi-totalité d'entre elles dans les pays en développement. Au cours des années 90, plusieurs conférences internationales ont fixé des objectifs en matière de réduction de la mortalité maternelle. Cet objectif de réduction de la mortalité maternelle a été ensuite adopté par les 149 chefs d'État qui ont participé au Sommet du Millénaire en 2000 (voir le paragraphe 19 de la Déclaration du Millénaire figurant dans la résolution 55/2 de l'Assemblée générale). Ce consensus au niveau mondial sans précédent montre l'importance que les gouvernements et la communauté internationale de la santé et du développement accordent à la santé des femmes et de leurs enfants. Il donne un élan supplémentaire au suivi précis des progrès accomplis par rapport à cet objectif dans chaque pays et dans le monde entier.

Définitions

123. La dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10) définit la mort maternelle comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite (Organisation mondiale de la santé, 1992). Les décès par cause obstétricale directe sont ceux qui résultent de complications obstétricales, d'interventions, d'omissions ou d'un traitement incorrect et sont généralement dus à l'une des cinq principales causes : hémorragie, septicémie, éclampsie, dystocie et complications découlant d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Les décès par cause obstétricale indirecte sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une infection apparue au cours de la grossesse et aggravée par les effets physiologiques de la grossesse, et vont le plus souvent de pair avec le paludisme, le VIH/sida et des troubles cardiovasculaires.

Mesures

124. La mesure de la mortalité maternelle la plus souvent utilisée est le nombre de morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes. Bien qu'on parle traditionnellement de taux, il s'agit en fait d'un rapport et c'est le terme qu'utilisent les chercheurs. Toutefois, dans un souci de cohérence, la dixième révision du Classement statistique international continue d'utiliser le terme « taux ».

125. Pour mesurer la mortalité maternelle, il est nécessaire de connaître le nombre de décès parmi les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et la cause médicale de chaque décès, et de savoir si la femme était enceinte au moment de son décès ou l'avait été récemment (AbouZahr, 1998). En pratique, rares sont les pays qui

recensent les décès, plus rares ceux qui précisent la cause du décès et plus rares encore ceux qui indiquent systématiquement une grossesse éventuelle sur le certificat de décès. Lorsque les systèmes d'état civil n'existent pas ou sont insuffisants, il est possible d'estimer la mortalité maternelle en incluant des questions sur la grossesse et les décès dans des enquêtes sur les ménages menées à grande échelle. L'inconvénient est que les échantillons doivent être de grande taille, ce qui fait que cette stratégie est extrêmement onéreuse et laborieuse (voir par exemple Agoestina et Soejoenoes, 1989). La « méthode des soeurs » (Graham, Brass et Snow, 1989) a été mise au point pour réduire la dimension des échantillons nécessaires; quelques questions concernant la survie des soeurs des personnes interrogées sont ajoutées aux enquêtes existantes (Rutenberg et Sullivan, 1991). Les résultats donnés par les enquêtes pour le calcul de la mortalité maternelle comportent toutefois une grande marge d'erreur, et il n'est donc pas possible de les utiliser pour un suivi régulier et à court terme.

126. Les problèmes d'insuffisance et de mauvais report des données sont communs à toutes les méthodes de mesures de la mortalité maternelle. La plupart des experts sont donc d'accord pour dire qu'une évaluation fiable des décès maternels demande une forme de validation, c'est-à-dire la compilation de données provenant de différentes sources. L'enquête sur la mortalité des femmes en âge de procréer (Organisation mondiale de la santé, 1987; Greenwood et autres, 1987) utilise diverses sources d'information – registres d'état civil, archives des établissements de santé, responsables de la communauté, autorités religieuses, établissements de pompes funèbres, cimetières, enfants inscrits dans les écoles – afin d'identifier tous les décès. Grâce à des entretiens avec des membres des ménages et des prestataires de soins et des examens des examens, il est possible de déterminer si un décès est maternel ou non (autopsie verbale).

Niveaux

127. Seuls quelques pays ont des données précises concernant la mortalité maternelle au niveau national. L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont mis au point, avec la participation du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), une méthode d'estimation de la mortalité maternelle qui cherche à la fois à fournir des estimations pour les pays ne disposant pas de données et à corriger les mauvais reports des données disponibles. La stratégie prévoit un ajustement des données disponibles d'un pays en fonction de la source des données tout en mettant au point un modèle simple permettant d'établir des estimations pour les 55 pays n'ayant pas d'informations précises. L'application la plus récente de la méthode a donné des estimations pour l'année 1995.

128. Le nombre de décès maternels était estimé à 515 000 en 1995 (tableau 7). Sur ces décès, plus de la moitié (273 000) se sont produits en Afrique, environ 42 % (217 000) en Asie, environ 4 % (22 000) en Amérique latine et dans les Caraïbes et moins de 1 % (2 800) dans les régions les plus développées du monde. Le taux de mortalité maternelle au niveau mondial est estimé à 400 pour 100 000 naissances vivantes. Par région, le taux de mortalité maternelle était le plus élevé en Afrique (1 000), puis en Asie (280), en Océanie (260), en Amérique latine et dans les Caraïbes (190), en Europe (28) et en Amérique du Nord (11).

Tableau 7
Estimation de la mortalité maternelle par région (1995)

Région	Taux de mortalité maternelle (nombre de morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes)	Nombre de morts maternelles	Risque de mort maternelles 1 sur :
Monde	400	515 000	75
Régions les plus développées ^a	21	2 800	2 500
Régions les moins développées	440	512 000	60
Pays les moins avancés	1 000	230 000	16
Afrique	1 000	273 000	16
Afrique de l'Est	1 300	122 000	11
Afrique centrale	1 000	39 000	13
Afrique du Nord	450	20 000	49
Afrique australe	360	4 500	65
Afrique de l'Ouest	1 100	87 000	13
Asie ^a	280	217 000	110
Asie orientale	55	13 000	840
Asie centrale du Sud	410	158 000	55
Asie du Sud-Est	300	35 000	95
Asie occidentale	230	11 000	95
Europe	28	2 200	2 000
Europe orientale	50	1 600	1 100
Europe du Nord	12	140	3 900
Europe du Sud	12	170	5 000
Europe occidentale	14	280	4 000
Amérique latine et Caraïbes	190	22 000	160
Caraïbes	400	3 100	85
Amérique centrale	110	3 800	240
Amérique du Sud	200	15 000	150
Amérique du Nord	11	490	3 500
Océanie ^a	260	560	260
Australie/Nouvelle-Zélande	8	25	5 500
Mélanésie	310	560	60
Micronésie	^b	^b	^b
Polynésie	33	5	700

Sources : Organisation mondiale de la santé, *Mortalité maternelle en 1995 : estimations mises au point par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP* (Genève, 2001).

^a L'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon ne sont pas inclus dans les tableaux régionaux mais figurent dans le total des régions les plus développées.

^b Les estimations n'ont pas été réalisées pour les pays dont la population totale est inférieure à 300 000 habitants.

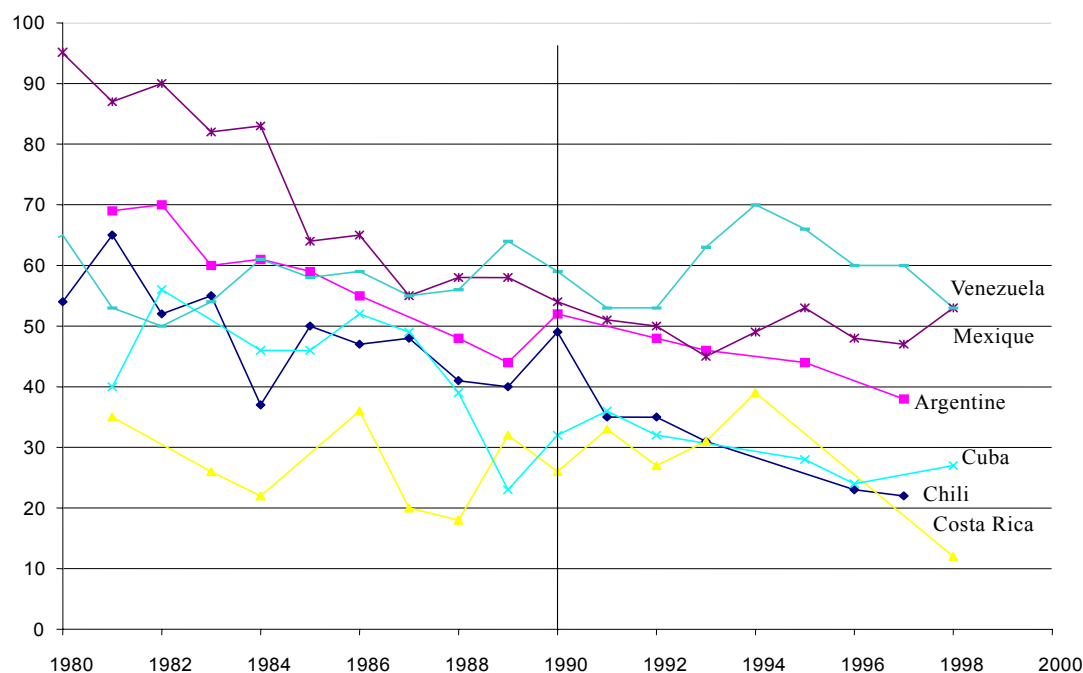
Utilisation des registres d'état civil pour évaluer les tendances

129. Seuls quelques pays, représentant moins d'un quart des naissances mondiales (et moins de 7 % des naissances si la Chine est exclue), ont des données relatives aux tendances de la mortalité maternelle issues des registres de l'état civil. Tous ces pays ont des taux de mortalité maternelle relativement faibles (moins de 100 pour 100 000 naissances vivantes) depuis le début des années 80. Par ailleurs, même si la couverture des faits d'état civil est considérée comme complète (soit rendant compte d'au moins 90 % du total), les systèmes de registres de l'état civil ne parviennent généralement pas à identifier correctement une certaine proportion de décès maternels (Atrash, Alexander et Berg, 1995). Cela étant, il est possible d'examiner les tendances de la mortalité maternelle à partir des registres d'état civil dans certains pays d'Asie ainsi que d'Amérique latine et des Caraïbes (figures V et VI). Des données concernant des tendances sont également disponibles pour la Chine, où des études sur la mortalité des femmes en âge de procréer ont été utilisées pour estimer la mortalité maternelle depuis 1989.

Figure V

Évolution de la mortalité maternelle dans certains pays d'Amérique latine (1980-1999)

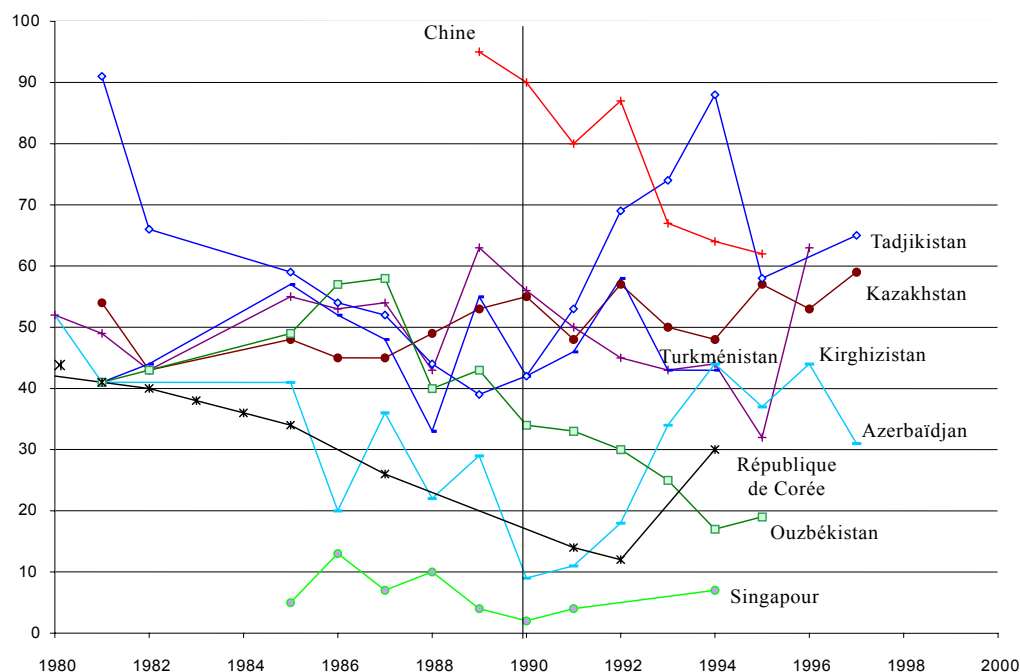
Taux de mortalité maternelle



Source : Base de données de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

Figure VI
Évolution de la mortalité maternelle dans certains pays d'Asie (1980-1997)

Taux de mortalité maternelle



Source : Base de données de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

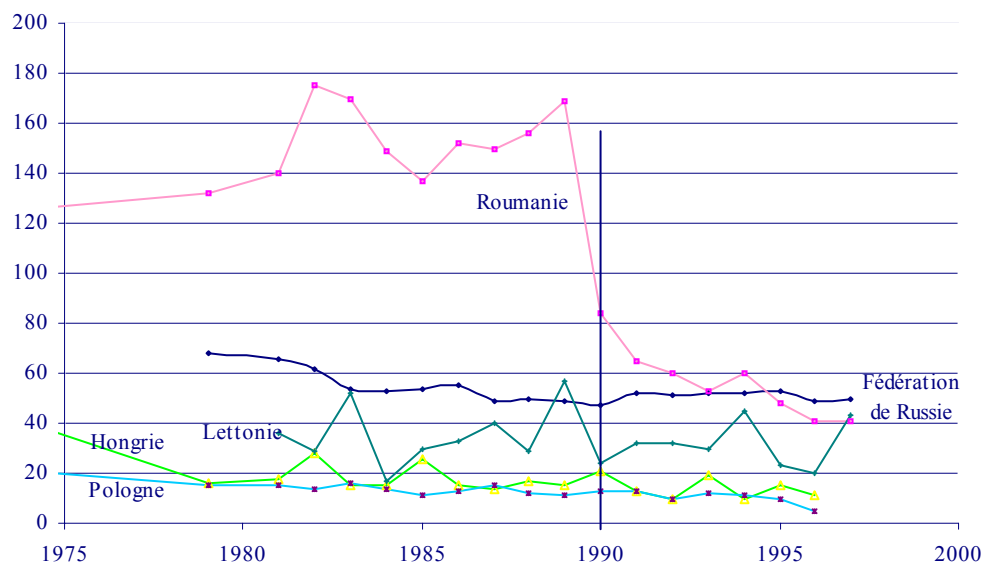
Note : Les données indiquées pour la Chine proviennent des études sur la mortalité des femmes en âge de procréer.

130. Parmi les pays en développement, seuls l'Argentine, le Chili, la Chine, le Costa Rica et l'Ouzbékistan ont enregistré des réductions soutenues de la mortalité maternelle au cours des 10 dernières années. Dans tous les autres pays en développement, il semble y avoir eu une stagnation relative de la mortalité maternelle depuis 1990. Dans certains endroits, il semble que les niveaux aient augmenté mais cela pourrait être dû à une amélioration de la collecte des données.

131. L'augmentation apparente de la mortalité maternelle dans certains pays d'Europe orientale (par exemple en Lettonie) pourrait là aussi être due à une amélioration des données communiquées (voir figure VII). La Roumanie constitue une exception car la chute subite de la mortalité maternelle constatée en 1989-1990 est le résultat de la libéralisation de la loi sur l'avortement. Avant 1989, des politiques natalistes fermes, l'absence de moyens de contraception fiables, l'interdiction de l'avortement et des difficultés économiques étaient la cause de taux très élevés de mortalité liée à un avortement (Royston et Armstrong, 1989).

Figure VII
Évolution de la mortalité maternelle dans certains pays d'Europe orientale
(1974-1997)

Taux de mortalité maternelle



Source : Base de données de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

Utilisation d'indicateurs pour analyser les tendances

132. Lorsque la mortalité maternelle est mesurée à partir des enquêtes sur les ménages, les marges d'erreurs sont telles qu'il est impossible de tirer des conclusions sur les tendances. Pour un suivi régulier de l'évolution dans ces pays, des indicateurs de progrès sont nécessaires. Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel sanitaire qualifié est un indicateur potentiel directement lié aux niveaux de mortalité maternelle (Organisation mondiale de la santé, 1999; De Browere, Tonglet et Van Lerberghe, 1998). Les sources d'information sont généralement les enquêtes sur la santé et la démographie, le Projet panarabe pour le développement de l'enfant ou des enquêtes sur la santé en matière de procréation qui fournissent une méthode normalisée et un cadre d'échantillonnage, ainsi que des critères rigoureux concernant la tenue à jour de données de qualité. La catégorie du personnel sanitaire qualifié comprend exclusivement les médecins et les infirmières sages-femmes qui ont les compétences obstétriques¹ (Organisation mondiale de la santé, 1999).

133. Des données sur la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement existent pour 53 pays qui ont au minimum deux points de données dérivés de sources utilisant des méthodes d'estimation similaires, en général des enquêtes sur la santé et la démographie. En tout, ces pays représentent 76 % des naissances vivantes, bien que ce chiffre varie considérablement selon les régions. Le tableau 8 montre l'évolution du pourcentage d'accouchements assistés par du personnel

qualifié pour les principaux groupes régionaux. Comme des données existent pour différentes années et couvrent des périodes différentes pour chaque pays, on a procédé à des ajustements sur une période commune de 10 ans, 1989-1999. Le taux de modifications observé a servi à projeter les données pour les points finals en 1989 et 1999. Les moyennes régionales sont pondérées par les nombres de naissances vivantes.

Tableau 8

Évolution de la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans 53 pays (1989-1999)

Région	Nombre de pays disposant de données conjoncturelles ^a	Pourcentage de naissances dans la région dont les données rendent compte	Pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié		Taux annuel moyen de modifications (pourcentage) ^b
	1999	1999	1989	1999	1989-1999
Afrique subsaharienne	17	59	44	44	0,1
Afrique du Nord et Asie occidentale	9	56	49	63	2,5
Asie	7	89	39	48	2,2
Amérique latine et Caraïbes	18	74	74	81	0,9
Total	53^c	76^d	45	52	1,7

Source : C. AbouZahr et T. Wardlaw « Maternal mortality at the end of a decade: sign of progress? » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* (Genève), vol. 79, No 6 (2001).

^a Données publiées jusqu'en avril 2001.

^b Moyenne pondérée des données individuelles de chaque pays. Les moyennes régionales ont été pondérées par le nombre de naissances vivantes.

^c En incluant deux pays d'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants.

^d Données pour les pays en développement uniquement.

134. En général, la disponibilité de soins lors d'un accouchement n'a que peu progressé, l'augmentation annuelle moyenne ayant été de 1,7 % au cours de la période 1989-1999. En Afrique subsaharienne, les modifications ont à peine été perceptibles au cours de la décennie considérée. À l'inverse, les pays d'Asie et d'Asie occidentale et d'Afrique du Nord ont bénéficié d'améliorations importantes, les moyennes annuelles ayant augmenté respectivement de 2,2 et 2,5 %.

135. En 1999, lors de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à l'examen et à l'évaluation d'ensemble de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, il a été décidé que tous les pays devaient s'efforcer de garantir que 80 % des accouchements se déroulent avec l'assistance de personnel soignant qualifié d'ici à 2005 (résolution S-21/2 de l'Assemblée générale, annexe, sect. IV, par. 64). Compte tenu des tendances actuelles, seuls les pays de la région d'Amérique latine atteindront cet objectif. Les pays d'Asie occidentale et d'Afrique du Nord n'atteindront pas cet objectif avant 2010 environ et les pays d'Asie en général seront loin de l'objectif même en 2015. En Afrique subsaharienne, on ne constate actuellement aucun progrès par rapport à l'objectif.

Causes de la mortalité maternelle et des morbidités connexes

136. On estime que l'hémorragie représente un quart du total des décès maternels, la septicémie 15 %, l'hypertension due à la grossesse et des complications découlant de l'avortement 13 % chaque, et la dystocie 7 %. La mortalité liée à l'avortement est particulièrement importante dans certains endroits d'Amérique latine et des Caraïbes et peut représenter jusqu'à 30 % de tous les décès maternels dans certains environnements. Parmi les autres causes directes de décès, on peut citer les grossesses extra-utérines et l'embolie. Les décès par cause obstétricale directe peuvent également être le résultat d'interventions médicales, en particulier l'anesthésie. Les causes indirectes représentent environ 20 % du total des décès mais les causes varient selon les régions, le paludisme ou le VIH/sida étant particulièrement importants en Afrique subsaharienne. Il est de plus en plus évident que des décès pendant la grossesse peuvent également être la conséquence de la violence familiale.

137. Si certaines femmes décèdent d'une complication liée à la grossesse, beaucoup d'autres souffrent de séquelles débilantes qui peuvent les accompagner le restant de leur vie. Les instruments épidémiologiques actuellement disponibles ne permettent pas d'estimer précisément les maladies ou invalidités liées à des complications en cours de grossesse, mais on sait qu'elles sont importantes. Par exemple, les femmes qui souffrent d'embolie amniotique ou de troubles cérébro-vasculaires peuvent avoir des troubles neurologiques comme séquelles. La rupture de l'utérus ou une grave hémorragie peut exiger une hystérectomie qui entraîne la perte de la fertilité et peut avoir des effets psychologiques (Denmissie et autres, 2000). Les effets à long terme d'une hémorragie puerpérale peuvent être une grave anémie, voire la perte de la fonction de l'hypophyse (syndrome de Sheehan). Une conséquence fréquente et débilante des septicémies, en particulier de la septicémie puerpérale, est la salpingite aiguë qui entraîne l'infertilité. Les dépressions puerpérales ne sont pas rares; c'est un trouble grave qui peut se produire suivant une fréquence de 1 ou 2 cas pour 1 000 naissances (AbouZahr, 1998).

138. Les causes liées à un mauvais accès à des soins médicaux qualifiés s'ajoutent à ces causes cliniques de décès et d'invalidité. La plupart des complications obstétricales peuvent être résolues au moyen d'une intervention médicale relativement simple si les femmes peuvent bénéficier des soins d'un aide-soignant qualifié, en particulier pendant la période critique du travail et de l'accouchement. Toutefois, dans les pays en développement, de nombreuses femmes sont seulement assistées par des membres de leur famille ou par des accoucheuses traditionnelles; de nombreuses femmes accouchent seules et sans aide. Au niveau mondial, seulement 53 % des femmes accouchent avec l'assistance d'un professionnel (sage-femme, infirmière ou médecin) alors que seulement 40 % des femmes des pays en développement accouchent dans un hôpital ou un centre sanitaire (Organisation mondiale de la santé, 1999).

139. Parmi les causes sous-jacentes d'un taux de mortalité maternel élevé, on peut citer le statut social des femmes peu élevé, ce qui limite leur accès aux ressources économiques et à l'éducation de base, et leur capacité de prendre des décisions concernant leur santé et leur alimentation. L'impossibilité de prendre des décisions et l'absence d'autres choix forcent de nombreuses femmes à une vie de grossesses

répétées. Un travail physique excessif associé à une mauvaise alimentation contribue également à une mauvaise santé maternelle.

Interventions visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles

140. La déclaration de consensus publiée par les institutions spécialisées de l'ONU indique les mesures nécessaires pour réduire la mortalité maternelle (Organisation mondiale de la santé, 1999), à savoir la prévention et la gestion des grossesses non désirées et de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité; le recours à des soins qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement; et l'accès à des soins spécialisés en cas de complications.

141. Le problème de la mortalité et de la morbidité maternelles ne peut être résolu sans un système de santé qui fonctionne et des interventions au niveau communautaire afin de garantir que les grossesses sont voulues et que les femmes ont accès aux soins dont elles ont besoin lorsqu'elles en ont besoin, et des mesures concrètes pour fournir un environnement propice à la prestation de services de santé maternelle. L'accès dépend à la fois des transports et d'un ensemble de facteurs économiques, sociaux et culturels, notamment la capacité des femmes à décider quand et où se faire soigner.

142. Grâce à l'expérience acquise, il est désormais possible de décrire les nombreux facteurs interdépendants qui doivent être en place si l'on veut réduire la morbidité et la mortalité de la mère et du nouveau-né. Il est nécessaire d'établir clairement des priorités et des stratégies bien délimitées qui peuvent être exécutées par des gouvernements dont les ressources sont limitées. Les interventions doivent se faire à partir de preuves et concerner toutes les causes principales des décès maternels, y compris les complications liées à l'avortement. Les besoins particuliers de populations vulnérables, comme les adolescentes, doivent être pris en compte dans des directives techniques, des cours de formation et d'autres instruments pertinents permettant des programmes efficaces et disponibles à grande échelle. Le problème de l'infection au VIH/sida d'un bébé par sa mère doit être résolu, ainsi que les risques liés à d'autres maladies comme le paludisme. Plus important encore, il est indispensable que les décideurs gouvernementaux s'engagent de façon durable à affecter des ressources aux niveaux national et international.

VI. Infections sexuellement transmissibles (IST)

143. Les infections sexuellement transmissibles (IST)³ figurent parmi les causes les plus communes de maladies dans le monde et ont des conséquences majeures sur les plans sanitaire, économique et social pour de nombreux pays. Elles ne sont pas seulement une cause d'infection aiguë chez les adultes mais peuvent également se traduire par une morbidité à long terme pour les hommes et les femmes, plus encore pour les femmes. Des séquelles à long terme comme l'infertilité peuvent toucher les hommes comme les femmes, mais les femmes souffrent davantage des conséquences socioéconomiques. Comme les inflammations pelviennes liées à une IST endommagent les trompes de Fallope, les femmes souffrant d'une IST risquent davantage d'avoir des grossesses extra-utérines. Le cancer du col de l'utérus, le

plus commun chez les femmes des pays en développement, est causé par une infection du virus du papillome humain. Les nourrissons souffrent également des conséquences des IST. Certaines infections vont de pair avec un poids insuffisant à la naissance, des enfants prématurés, des infections congénitales comme la syphilis et les grossesses improductives. Des infections des yeux du nouveau-né peuvent conduire à la cécité si elles ne sont pas traitées rapidement et convenablement.

144. L'apparition du VIH et du sida a encore accru la nécessité de lutter contre les IST. Il existe un lien étroit entre les IST classiques et la transmission du VIH. Les IST, ulcéreuses ou non, accroissent le risque de la transmission du VIH par voie sexuelle. Par ailleurs, l'infection au VIH complique le traitement et la lutte contre d'autres IST comme le chancre mou, le condylome ou l'herpès génital.

Vulnérabilité aux IST

145. L'OMS estime que 340 millions de nouveaux cas d'IST sont apparus en 1999. La région la plus touchée par de nouvelles infections était l'Asie, puis l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine et les Caraïbes (tableau 9). Les taux les plus élevés d'IST sont généralement parmi les hommes et femmes de zones urbaines pendant leurs années les plus sexuellement actives, c'est-à-dire entre 15 et 35 ans. Les femmes sont infectées à un plus jeune âge que les hommes.

Tableau 9

Estimation de la prévalence et de l'incidence annuelle des infections sexuellement transmissibles curables par région (1999)^a

Région	Population âgée de 15 à 49 ans (en millions)	Prévalence (en millions)	Prévalence (pour 1 000)	Incidence annuelle (en millions)
Amérique du Nord	156	3,0	19	14
Europe occidentale	203	4,0	20	17
Afrique du Nord et Asie occidentale	165	3,5	21	10
Europe orientale et Asie centrale	205	6,0	29	22
Afrique subsaharienne	269	32,0	119	69
Asie du Sud et du Sud-Est	955	48,0	50	151
Asie orientale et Pacifique	815	6,0	7	18
Australie et Nouvelle-Zélande	11	0,3	27	1
Amérique latine et Caraïbes	260	18,5	71	38
Total	3 040	116,5		340

Source : Organisation mondiale de la santé, Prévalence et incidence mondiales de certaines infections sexuellement transmissibles curables : vue d'ensemble et estimations (Genève, 2001).

^a Chlamydia, gonococcie, syphilis et trichomonase.

146. Les adolescents⁴ ont un risque spécial d'exposition aux IST et au VIH car leurs relations sexuelles sont souvent spontanées, irrégulières et sont parfois le résultat de pressions ou de l'usage de la force (Organisation mondiale de la santé,

1986). Les relations sexuelles des adolescents se produisent avant qu'ils aient l'expérience et les moyens de se protéger et avant qu'ils disposent d'informations suffisantes sur les IST et d'un accès approprié aux services relatifs aux IST et aux préservatifs. Par exemple, dans plusieurs études, on a déterminé que le jeune âge était un facteur indépendant permettant de prévoir une infection au chlamydia après avoir évalué les facteurs de comportement (Arno et autres, 1994).

147. Les adolescentes sont plus vulnérables que les garçons et les jeunes gens pour des raisons biologiques, sociales et économiques. Elles sont particulièrement vulnérables aux infections du col de l'utérus car le développement physiologique d'une barrière naturelle contre les infections n'est pas suffisamment avancé. Les adolescentes sont également plus vulnérables que les jeunes gens et les jeunes adultes pour des raisons économiques et sociales. Par exemple, une activité sexuelle précoce avant les premières règles, comme dans le cas des enfants mariées, va de pair avec une augmentation des taux de prévalence des IST et des inflammations pelviennes (Duncan et autres, 1990). De nombreux adolescents n'utilisent pas de contraceptif mécanique ou chimique soit par ignorance, soit parce que l'accès est limité pour des raisons sociales ou économiques.

148. Par ailleurs, les populations vulnérables risquant de contracter des IST sont notamment les professionnels du sexe, leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les détenus et les toxicomanes. Pour soigner les IST de toutes les populations vulnérables, il faut des services de santé convenables et accessibles, et prendre soin de ne pas stigmatiser les malades.

Tendances des IST

149. L'ampleur exacte du problème des IST au niveau national est souvent inconnue. Bien que des systèmes de surveillance passive des IST existent dans certains pays, les données ne sont pas toujours fiables ni complètes. La qualité des données et des estimations disponibles dépend de la qualité des services, de la mesure dans laquelle les patients se font soigner, de l'ampleur des cas, de la précision du diagnostic et de la qualité de la collecte des données.

150. Plus de 20 pathogènes sont transmissibles par voie sexuelle. La plupart d'entre eux sont curables par un traitement antimicrobien approprié. Toutefois, malgré l'existence de traitements efficaces, les IST bactériennes sont toujours un grave problème de santé publique dans les pays industrialisés et en développement.

151. La syphilis est l'exemple typique d'une IST qui peut être contrôlée avec succès par des mesures de santé publiques car un test permettant le diagnostic et un traitement efficace et bon marché sont disponibles. Le dépistage et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes est la méthode de prévention de la syphilis congénitale la plus fiable. La syphilis recule aux États-Unis depuis 1992. Elle est toujours faible en Europe occidentale mais existe sous forme d'épidémie en Europe orientale et dans les nouveaux États indépendants de l'ancienne Union soviétique. Les taux sont élevés en Asie et en Afrique.

152. La gonococcie, une IST fréquente, en particulier dans les pays en développement, est généralement asymptomatique chez 80 % des femmes et au moins 10 % des hommes. C'est principalement une infection des voies génitales mais elle touche également d'autres organes comme les yeux, le rectum et les

articulations. C'est une cause importante d'infertilité et de cécité chez les nouveau-nés.

153. Dans certains pays en développement, par exemple en Jamaïque et au Malawi, la prévalence de la gonococcie se situe entre 15 et 20 % chez les patients de cliniques anténatales. À l'inverse, dans certains pays d'Europe, comme la Suède, l'incidence chute régulièrement grâce à l'introduction de mesures préventives reposant sur l'information, le traitement et l'élimination des facteurs de risque (Cronberg, 1993). Toutefois, pour la première fois depuis 1976, on a constaté une augmentation en 1997. Les principaux groupes touchés sont les adolescents hétérosexuels et les hommes homosexuels (Berglund, Fredlund et Giesecke, 2001). L'Europe occidentale a enregistré une baisse importante des cas, malgré une augmentation régulière à Londres (Royaume-Uni) depuis 1997. Les pays d'Europe orientale et les nouveaux États indépendants de l'ancienne Union soviétique connaissent une augmentation, à la suite des changements socioéconomiques et politiques soudains et de la libéralisation des comportements sexuels (Borisenko, Tichonova et Renton, 1999). En Australie, les notifications d'infection par gonococcie ont doublé depuis 1991.

154. La chlamydia est une cause fréquente d'urétrite chez les hommes et d'inflammation pelvienne chez les femmes avec des risques d'infertilité par la suite. La prévalence la plus élevée de chlamydia est observée chez les adolescentes (Bunnell et autres, 1999; Burstein et autres, 1998), et le lien constaté avec le jeune âge (Cook et autres, 1999) montre l'importance du dépistage des jeunes femmes sexuellement actives pour prévenir l'infertilité. Toutefois, la plupart des pays ne disposent pas de ressources de dépistage de la chlamydia. Aux États-Unis, c'est la plus commune des maladies infectieuses à déclaration obligatoire. La prévalence et l'incidence de cette maladie sont encore faibles dans les pays nordiques, à la suite de programmes de dépistage à grande échelle exécutés dans les années 70.

155. La trichomonase est une cause fréquente de pertes vaginales chez les femmes et est souvent asymptomatique chez les hommes mais peut causer de l'urétrite. Bien que la trichomonase soit l'IST la plus facilement curable, les données sur sa prévalence et son incidence sont limitées. La trichomonase est associée à des problèmes à la naissance comme une rupture prématurée des membranes et un faible poids (Cothc et autres, 1997). Bien que les preuves ne soient pas incontestables, il semble que la trichomonase vaginale soit liée au risque d'une augmentation de la séroconversion des femmes au VIH (Laga et autres, 1993).

156. L'herpès ano-génital est causé principalement par le virus herpès simplex de type 2. La prévalence de ce virus varie considérablement, les taux étant généralement plus élevés dans les pays en développement que dans les pays développés et dans les zones urbaines que dans les zones rurales. L'Afrique subsaharienne et les Caraïbes ont des taux élevés, la prévalence chez les adultes étant d'environ 50 % dans de nombreux pays. Dans l'ensemble, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en particulier chez les jeunes (Kamali et autres, 1999; Fleming et autres, 1997; Obasi et autres, 1999). Parmi les pays industrialisés, la prévalence est plus élevée aux États-Unis (22 % des adultes) (Krone et autres, 2000) qu'en Europe (généralement moins de 15 %). L'arrivée du VIH a conduit à une augmentation de la prévalence de l'herpès génital, en particulier dans les pays en développement. Les données laissent à penser que le

virus de type 2 peut être responsable d'une proportion importante des nouvelles infections au VIH dans certains endroits d'Afrique.

Prévention et traitement

157. La prévention et le traitement ont pour objet de réduire la prévalence des infections sexuellement transmissibles en enrayant leur transmission, en réduisant la durée de la contagiosité et en empêchant la survenue de complications.

158. La prévention primaire vise à éviter l'infection et la maladie qui en résulte. Elle fait appel à l'enseignement de l'hygiène, à l'adoption de pratiques sexuelles sans risques, notamment par l'usage de préservatifs, et à l'abstinence. Les messages de prévention primaire valent aussi bien pour le VIH que d'autres infections sexuellement transmissibles. La prévention secondaire consiste à traiter ceux qui sont infectés pour qu'ils ne contaminent pas d'autres personnes. Sauf dans les cas du VIH et des infections sexuellement transmissibles d'origine virale, le traitement guérit l'infection et interrompt la transmission en rendant le malade non contagieux. La prévention secondaire, également, permet de mieux lutter contre les infections virales mais, grâce à des conseils (pour éviter la contagion) voire un traitement non curatif (diminuant seulement la contagiosité).

159. Le traitement efficace des infections sexuellement transmissibles constitue l'un des meilleurs moyens de les combattre, en ce sens qu'il interrompt la chaîne de transmission et évite les complications et les séquelles. Une importante mesure de santé publique serait donc de bien traiter les infections sexuellement transmissibles lors d'une première consultation. Lorsqu'en l'occurrence il s'agit d'adolescents cela pourrait influencer à la fois sur leur comportement sexuel futur et leur décision de se faire soigner à un stade critique de leur développement.

160. Le diagnostic en laboratoire est la solution idéale, mais elle est le plus souvent difficile à appliquer, ce qui pose des problèmes de temps, de ressources et d'accès aux soins. S'il existe des laboratoires d'analyse médicale, le personnel doit être doté des qualifications et de la formation requises pour s'acquitter de tâches très techniques; le contrôle de la qualité doit obligatoirement être assuré de l'extérieur.

161. Il n'est pas rare que le diagnostic étiologique clinique, basé sur l'expérience clinique d'un médecin, soit inexact, même chez les spécialistes des infections sexuellement transmissibles les plus expérimentés soit du fait d'infections parallèles, soit en raison de la manière atypique dont se présentent certains symptômes.

162. Une troisième méthode, le diagnostic syndromique des malades atteints d'infections sexuellement transmissibles, a été mise au point et diffusée dans un grand nombre de pays en développement. Elle repose sur l'identification de groupes de symptômes persistants et de signes reconnus (syndromes) et le choix d'un traitement qui s'attaque à la plupart des organismes pathologiques ou aux principaux vecteurs du syndrome. Cette méthode a l'avantage d'être moins onéreuse, d'être efficace et d'offrir un traitement immédiat, qui réduit à son tour la transmission des infections et les complications. La capacité de traiter un maximum de patients infectés doit être pondérée par le risque de surmédicalisation. Les directives générales de l'OMS concernant la gestion des infections sexuellement

transmissibles doivent donc être adaptées aux situations épidémiologiques nationales pour atténuer ce risque.

163. Les infections sexuellement transmissibles causent une morbidité et une mortalité alarmantes dans le monde. Les principaux moyens de lutte contre ces infections ont été définis depuis de nombreuses années et le traitement prévu à cet égard est d'un très bon rapport coût/efficacité. La difficulté est de reproduire à l'échelle nationale ces interventions dont l'efficacité est démontrée.

VII. Le virus d'immunodéficience/ syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida)

164. Depuis l'apparition des premiers signes cliniques du sida il y a 20 ans, le VIH a provoqué une épidémie qui s'est propagée dans le monde entier. À la fin de 2001, le nombre de séropositifs était estimé à 40 millions (tableau 10). L'épidémie a fait environ 20 millions de morts depuis que le premier cas clinique de sida a été signalé en juin 1981. En 2001, 5 millions de personnes, dont 800 000 enfants, ont été infectés. Au cours de la prochaine décennie, ils viendront grossir les rangs de ceux qui auront déjà succombé s'ils ne sont pas traités au moyen d'antirétroviraux efficaces.

Tableau 10
Statistiques et caractéristiques régionales du VIH/sida à la fin de 2001

Région	Début de l'épidémie	Adultes et enfants atteints du VIH/sida	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Taux d'infection des adultes ^a (en pourcentage)	Pourcentage de femmes adultes séropositives	Principaux modes de transmission chez les adultes atteints du VIH/sida
Afrique subsaharienne	Fin des années 70-début des années 80	28 100 000	3 400 000	8,4	55	Hétéro
Afrique du Nord et Asie occidentale	Fin des années 80	440 000	80 000	0,2	40	Hétéro, IDVI
Asie du Sud et du Sud-Est	Fin des années 80	6 100 000	800 000	0,6	35	Hétéro, IDVI
Asie orientale et Pacifique	Fin des années 80	1 000 000	270 000	0,1	20	IDVI, hétéro, RSEH
Amérique latine	Fin des années 70-début des années 80	1 400 000	130 000	0,5	30	RSEH, IDVI, hétéro
Caraïbes	Fin des années 70-début des années 80	420 000	60 000	2,2	50	Hétéro, RSEH

<i>Région</i>	<i>Début de l'épidémie</i>	<i>Adultes et enfants atteints du VIH/sida</i>	<i>Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH</i>	<i>Taux d'infection des adultes^a (en pourcentage)</i>	<i>Pourcentage de femmes adultes séropositives</i>	<i>Principaux modes de transmission chez les adultes atteints du VIH/sida</i>
Europe orientale et Asie centrale	Début des années 90	1 000 000	250 000	0,5	20	IDVI
Europe occidentale	Fin des années 70-début des années 80	560 000	30 000	0,3	25	RSEH, IDVI
Amérique du Nord	Fin des années 70-début des années 80	940 000	45 000	0,6	20	RSEH, IDVI, hétéro
Australie et Nouvelle-Zélande	Fin des années 70-début des années 80	15 000	500	0,1	10	RSEH
Total		40 000 000	5 000 000	1,2	48	

Source : ONUSIDA et Organisation mondiale de la santé, *AIDS Epidemic Update*, décembre 2001 (Genève, décembre 2001).

Notes : « Hétéro » renvoie à un mode de transmission hétérosexuelle; « IDVI » renvoie à un mode de transmission par injection de drogues par voie intraveineuse; « RSEH » renvoie à un mode de transmission sexuelle entre hommes.

^a La proportion d'adultes âgés de 15 à 49 ans atteints du VIH/sida en 2001 sur la base de chiffres démographiques 2001.

165. Trop nombreux sont les jeunes qui continuent de ne pas bénéficier des campagnes de prévention. Selon les dernières enquêtes effectuées dans 17 pays, plus de la moitié des adolescents interrogés n'ont pas pu citer une seule méthode de protection contre le VIH/sida (Fonds des Nations Unies pour l'enfance 2000). Dans de nombreux pays où sévit la pandémie, toujours moins de 50 % des jeunes utilisent des préservatifs dans des relations à risque, proportion trop faible pour réduire considérablement les nouveaux cas d'infection. Des médicaments et des traitements antirétroviraux plus puissants sont actuellement mis au point pour lutter contre les maladies opportunistes. Pourtant ils restent hors de portée des habitants de ces pays.

L'évolution de l'épidémie

166. L'Afrique subsaharienne demeure de loin la région du monde la plus gravement touchée. Environ 3,4 millions de nouveaux cas d'infection ont été enregistrés en 2001 portant le nombre total de séropositifs à 28,1 millions. C'est également la région où il y a le plus de séropositives que de séropositifs. Environ 2,3 millions d'Africains sont morts du sida en 2001.

167. Les modes de transmission varient, tout comme les couches de population le plus à risque. En Afrique subsaharienne, le virus se propage essentiellement par

contacts hétérosexuels dans tous les groupes sociaux. La vulnérabilité physiologique, sociale et économique des femmes explique, qu'en Afrique, elles soient plus souvent infectées que les hommes. Le continent comptait environ 2,4 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans atteints du VIH à la fin de 2001, preuve que le mode de transmission de la mère à l'enfant fait également de plus en plus de ravages. En effet, plus de 90 % des enfants ayant été infectés par leur mère en 2001 habitent l'Afrique.

168. L'Ouganda est le premier pays africain à avoir fait reculer une épidémie majeure. L'effort gigantesque qu'il a fourni dans le cadre de la mobilisation nationale a permis de faire baisser la prévalence du VIH dans les villes de 28 % environ au début des années 90 à moins de 8 % en 2000. Dans certaines régions de la République-Unie de Tanzanie et en Zambie, on assiste à une semblable baisse de la prévalence chez les jeunes adultes. En Afrique de l'Ouest, le Sénégal a réussi à maintenir son taux de transmission du VIH en dessous de 2 %, mais la Côte d'Ivoire figure parmi les 15 pays les plus touchés et au Nigéria, pays très peuplé, la prévalence dépasse 5 % chez les adultes.

169. L'Afrique australe a actuellement les taux d'infection les plus élevés. Dans plusieurs pays comme le Lesotho, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland et le Zimbabwe, un adulte sur cinq au moins est séropositif. Au Botswana, le taux d'infection des adultes avoisine 36 %, ce qui a conduit le Gouvernement et la population à redoubler d'efforts pour enrayer la progression de la maladie. L'Afrique du Sud en a fait autant. En 2000, le taux d'infection des femmes enceintes sud-africaines a atteint 24,5 %, portant à 4,7 millions le nombre de Sud-Africains séropositifs.

170. En Amérique latine et dans les Caraïbes, divers facteurs contribuent à la propagation du VIH dont notamment les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes, le principal mode de transmission dans les Caraïbes et presque partout en Amérique centrale. Au Costa Rica et au Mexique, les taux d'infection sont les plus élevés chez les hommes qui ont des relations sexuelles entre eux, et en Argentine, au Brésil et en Uruguay, ils le sont plus chez les toxicomanes par voie intraveineuse. Néanmoins, le virus se transmet de plus en plus par voie hétérosexuelle dans toute la région.

171. Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, environ 1,8 million d'individus sont séropositifs ou malades, dont les 190 000 adultes et enfants qui ont été infectés en 2001. Le VIH/sida est devenu une cause principale de décès dans plusieurs pays des Caraïbes. Les pays les plus gravement touchés sont Haïti et les Bahamas où les taux d'infection chez les adultes dépassent 4 % . Le Brésil semble avoir enrayeré une épidémie par voie hétérosexuelle, qui aurait pu être d'une grande ampleur, grâce à ses efforts de prévention et à son vaste programme de traitement et de soins.

172. Le nombre d'infections s'accroît à un rythme alarmant en Asie. Sept millions d'individus y sont atteints du VIH/sida ainsi que dans le Pacifique, un chiffre appelé à se multiplier à moins que des mesures vigoureuses et concertées ne soient rapidement prises pour enrayer l'épidémie.

173. En 2001, plus d'un million de personnes ont été infectées par le VIH en Asie, le taux de prévalence chez les adultes dépassant 2 % au Cambodge, au Myanmar et en Thaïlande. En Thaïlande, une vaste campagne nationale visant à accroître

l'usage des préservatifs a eu pour effet de le porter à plus de 90 % dans les maisons closes, de réduire considérablement le nombre de cas de maladies sexuellement transmissibles et d'abaisser de plus de la moitié le taux d'infection par le VIH des nouvelles recrues dans l'armée. Le taux de prévalence de moins de 1 % en Inde, rapporté à la vaste population de ce pays, correspond tout de même à 3,86 millions de séropositifs. Les relations sexuelles non protégées et l'injection de drogues par voie intraveineuse sont pour beaucoup dans l'augmentation de la prévalence. La récente montée en flèche des infections sexuellement transmissibles en Chine et les importants courants migratoires enregistrés dans le pays pourraient déclencher une épidémie dans ce pays.

174. Les infections par le VIH en Afrique du Nord et en Asie occidentale partent de niveaux très bas. Des études ponctuelles en Algérie et en Jamahiriya arabe libyenne par exemple font état de taux de prévalence de moins de 1 % environ chez les femmes enceintes. Quelque 80 000 nouveaux cas d'infection ont été enregistrés en 2001 dans la région, ce qui porte le nombre de personnes atteintes à 440 000.

175. Les taux d'infection augmentent en Europe orientale et en Asie centrale où les effets conjugués du VIH, des injections de drogues par voie intraveineuse et des infections sexuellement transmissibles multiplient les séropositifs. L'essentiel des 250 000 individus infectés en 2001 était des hommes, pour la plupart, des toxicomanes par voie intraveineuse vivant en marge de la société. Certaines parties de la région ont enregistré plus de cas d'infection en 2001 que lors de toutes les années précédentes.

176. De nouvelles épidémies se sont déclarées en Estonie et en Ouzbékistan, tandis qu'en Ukraine 240 000 individus avaient contracté le VIH en 1999. En 1996, seules quelques villes de la Fédération de Russie signalaient des cas de VIH; aujourd'hui, 82 des 89 régions de la Fédération sont touchées par le virus. L'épidémie reste concentrée chez les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels; toutefois, la montée de la prostitution et des taux d'infections sexuellement transmissibles pourraient la propager rapidement à l'ensemble de la population.

177. Il y a environ 1,5 million de séropositifs dans les pays industrialisés; ils continuent souvent à mener une vie active, grâce aux thérapies antirétrovirales de plus en plus largement appliquées. Malheureusement, la stagnation de la prévention marque le pas dans la plupart des pays industrialisés : la preuve en est que le taux d'incidence du VIH n'a pas baissé au cours des cinq dernières années.

178. Dans certains pays, on assiste à un nouveau phénomène marqué par la propagation de l'épidémie chez les jeunes des milieux déshérités notamment ceux des minorités ethniques, qui sont exposés à des risques d'infection disproportionnés et sont le plus susceptibles de ne pas bénéficier des campagnes de prévention et d'être privés d'accès aux traitements. La prévalence élevée du VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse est alarmante : 18 % à Chicago et jusqu'à 30 % dans certains quartiers de New York. Par contre, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en Australie ont permis de maintenir les taux d'infection bas dans ces mêmes groupes.

179. Les taux d'infection dans certaines villes d'Amérique du Nord reprennent une courbe ascendante chez les hommes ayant entre eux rapports sexuels. Une étude réalisée aux États-Unis en milieu urbain a révélé un taux d'infection par le VIH de

7,2 % dans ce groupe (Valleroy *et al.*, 2000). Les maladies sexuellement transmissibles ont également subi une forte progression chez les jeunes homosexuels d'Amsterdam, preuve que les relations sexuelles non protégées sont en passe de redevenir la norme. Selon certains indices, les rapports sexuels non protégés entre hommes pourraient également constituer un facteur de plus en plus marquant dans l'extension de l'épidémie en Europe orientale.

Problèmes liés aux droits et à la santé des jeunes en matière de procréation

180. On assiste dans toutes les régions du monde au même phénomène, à savoir la propagation du virus chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans. Il y avait environ 11,8 millions de jeunes (15-24 ans) atteints du VIH/sida à la fin de 2001, dont 7,3 millions (62 %) de femmes et 4,5 millions (38 %) d'hommes. Le tableau 11 en donne une répartition régionale par sexe.

Tableau 11
Taux d'infection par le VIH/sida de jeunes âgés de 15 à 24 ans à la fin de 2001, par région

<i>Région</i>	<i>Jeunes atteints du VIH/sida</i>	<i>Pourcentage de femmes parmi les jeunes séropositifs</i>
Afrique subsaharienne	8 600 000	67
Afrique du Nord et Asie occidentale	160 000	41
Asie du Sud	1 100 000	62
Asie orientale et Pacifique	740 000	49
Amérique latine et Caraïbes	560 000	31
Europe centrale et orientale	430 000	35
Pays industrialisés	240 000	33
Total	11 800 000	62

Source : Programme commun des Nations Unies sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) (ONUSIDA) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

181. Les taux d'infection chez les hommes et les femmes varient dans certains des pays les plus touchés. Chez de nombreuses communautés du Botswana, du Cameroun et du Kenya, le taux d'infection chez les jeunes femmes pouvait être cinq à six fois plus élevé que chez les hommes du même âge. Outre qu'elles sont physiologiquement plus susceptibles de contracter le virus, les jeunes femmes ont un taux d'infection plus élevé parce qu'elles ont généralement affaire à des hommes plus âgés ayant plusieurs partenaires sexuelles et donc plus susceptibles d'être séropositifs. Les écarts d'âge, les disparités économiques et les normes sexospécifiques réduisent de surcroît leurs chances de pouvoir exiger de leurs partenaires qu'ils leur soient fidèles ou qu'ils utilisent des préservatifs.

182. Les soins de santé en matière de procréation jouent un rôle primordial dans la prévention du sida. La protection et le respect du droit à des services de soins de santé en matière de procréation complets et de qualité deviennent cruciaux à un moment où l'épidémie du VIH continue de se propager très rapidement chez les jeunes, hommes et femmes.

183. Vingt ans après le début de l'épidémie, d'innombrables informations nous révèlent les liens complexes entre de nombreux facteurs qui entravent les moyens individuels et collectifs de lutte contre le VIH. Ces vulnérabilités démontrées surtout chez les jeunes, sont examinées directement ci-dessous.

Conscience limitée des risques personnels d'infection par le VIH

184. Lors d'études effectuées dans neuf pays africains auprès de filles et garçons sexuellement actifs, âgés de 15 à 19 ans, entre 40 et 87 % des personnes interrogées dans sept des pays étaient convaincues qu'elles ne risquaient pratiquement pas de contracter le virus dès lors qu'elles n'avaient qu'un seul ou une seule partenaire : elles ne tenaient donc aucun compte d'autres facteurs de risque tels que les antécédents sexuels et la multiplicité de partenaires chez l'autre.

Manque d'information et d'éducation en matière de santé sexuelle

185. Dans les Caraïbes et en Amérique latine, les études montrent qu'au moins un tiers des jeunes n'ont pratiquement pas reçu d'éducation sexuelle et ne connaissent rien du VIH. En tout état de cause, les jeunes femmes en savaient moins que les jeunes hommes, preuve qu'elles n'avaient pas accès à l'information et qu'elles ne pouvaient donc pas exercer de contrôle sur leur vie sexuelle. À cela s'ajoute le fait que les jeunes ne disposent pas des compétences psychosociales qui leur permettent de tirer partie de leurs connaissances, d'avoir un meilleur pouvoir de décision dans les rencontres intimes et d'avoir un comportement responsable. L'information et l'éducation en matière de santé sexuelle interviennent après l'éveil sexuel ou à l'école d'où un grand nombre de jeunes femmes et hommes sont peut-être déjà sortis.

Activité sexuelle précoce

186. L'initiation précoce à l'activité sexuelle expose la santé des adolescentes à des risques. Dans six sur 11 pays d'Afrique, près de 20 % des adolescentes avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (Population Reference Bureau, 2001). Dans certains de ces pays, l'activité sexuelle précoce des jeunes femmes intervient pendant le mariage ou juste avant, tandis que les expériences sexuelles des jeunes hommes se situent hors mariage. L'ensemble des recherches indique que les rapports sexuels des adolescentes âgées de moins de 15 ans résultent généralement de pressions exercées sur elles à un moment où elles y sont tout particulièrement vulnérables. La plupart des jeunes n'utilisent aucune forme de contraception ou de protection contre les infections sexuellement transmissibles lors de leur première expérience sexuelle, d'où les risques de grossesses non désirées et de maladies sexuellement transmissibles. Les jeunes femmes, qui sont physiologiquement plus vulnérables aux infections sexuellement transmissibles et à l'infection par le VIH, ne pourront généralement pas exiger l'utilisation du préservatif de leur partenaire.

Insuffisance des services de santé pour les jeunes

187. Les services de santé de la procréation ont été très largement conçus pour les femmes mariées enceintes, d'où le peu d'intérêt que leur manifestent les jeunes, surtout les adolescents sexuellement actifs à cause notamment des horaires et des endroits qui ne leur conviennent pas, du manque de confidentialité, de la crainte de la réprobation sociale, des préjugés des soignants et des coûts trop élevés. Le nonaccès à des services de santé devient une grave menace pour la santé en matière de procréation des adolescents, en particulier des jeunes femmes du fait de leur vulnérabilité physiologique aux infections sexuellement transmissibles. La plupart de ces infections ne présentent aucun symptôme chez les femmes et les adolescents n'arrivent souvent pas à établir la distinction entre une santé en matière de procréation normale et la maladie. Elles ne sollicitent donc ni conseils ni soins. La possibilité d'utiliser les services de santé pour fournir aux jeunes un ensemble de services et de soins de santé en matière de procréation adaptés à leurs besoins, dont des conseils et des tests de dépistage, une éducation en matière de prévention du sida, des services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et la fourniture de compétences psychosociales n'a pas été exploitée au maximum. Les systèmes de soins de santé primaires de beaucoup de pays en développement ne sont pas conçus pour accueillir de tels services, et les personnels soignants ne sont pas en mesure de répondre aux besoins particuliers des jeunes hommes et femmes faute de la formation nécessaire.

Inégalité des normes sexospécifiques et des relations entre les femmes et les hommes

188. Les attentes sociales des hommes et des femmes influent profondément sur leur aptitude à se protéger contre le VIH/sida et à faire face à son impact. Pour les femmes, leur vulnérabilité réside dans le fait qu'on leur refuse l'accès à l'information en matière sexuelle, qu'on limite leur autonomie et leurs possibilités économiques et qu'elles doivent remplir des rôles multiples dans le ménage et la collectivité. Les hommes deviennent eux aussi vulnérables en raison des normes sociales qui encouragent un régime à deux vitesses : liberté de mœurs pour les hommes et monogamie pour les femmes, et renforcent les croyances néfastes favorables aux abus et à la violence dans ce domaine. Dans toutes les régions, l'acceptation de rapports sexuels en échange de la survie est chose courante pour les jeunes femmes.

Marginalisation économique et sociale

189. Les jeunes socialement et économiquement les plus défavorisés sont les plus susceptibles de contracter le VIH. Le manque d'éducation, la mauvaise santé générale, les maladies sexuellement transmissibles non soignées et l'exploitation sexuelle ne font qu'exacerber la vulnérabilité des jeunes vivant dans la pauvreté. En particulier, ceux qui vivent ou travaillent dans la rue se trouvent dans un milieu à très haut risque, car ce sont des proies faciles en matière d'exploitation sexuelle, de toxicomanie et de violence.

Impact du sida sur les structures familiales et communautaires

190. Les jeunes ont été gravement touchés par l'impact de la maladie sur les familles et les communautés. Non seulement la pauvreté constitue un milieu

favorable au VIH, mais le VIH/sida peut également conduire à la pauvreté, en particulier chez les femmes et les jeunes. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, on estime à 20 % la diminution de leur richesse (British Broadcasting Corporation, 2001). Au niveau microéconomique, en Côte d'Ivoire, les ménages citadins qui ont perdu au moins un membre de leur famille du fait du sida ont vu leur revenu chuter de 52 à 67 %, alors que leurs dépenses de santé ont été multipliées par quatre. En Zambie, où le revenu familial disponible a chuté de plus de 80 %, les enfants sont retirés de l'école en vue, espère-t-on, de se livrer à diverses activités économiques informelles. Les filles ont plus de chance d'être retirées de l'école pour prendre soin des membres de la famille malades ou apporter un soutien économique, notamment en participant à la production de subsistance, ce qui constitue un rôle clef chez les femmes en milieu rural. L'affaiblissement des systèmes de soutien social assuré par les familles et la diminution de la scolarisation des jeunes en raison de la présence du sida dans la famille constituent des facteurs de vulnérabilité supplémentaires.

Liens entre les soins de santé génésique et les programmes concernant le VIH/sida

191. Les objectifs choisis lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida qui s'est tenue à New York en juin 2001 (résolution de l'Assemblée 26-5/2, annexe) font apparaître clairement que les soins de santé génésique constituent un élément fondamental en matière de prévention et de traitement du sida. Promouvoir la santé génésique et les droits des jeunes dans ce domaine reste un sujet controversé dans de nombreux pays. Les questions touchant à la sexualité, aux traditions et aux droits et devoirs des parents à l'égard des jeunes dans le domaine du comportement sexuel sont chargées de lourdes connotations culturelles et politiques. Ce qui est devenu évident depuis deux décennies, c'est que chacun des aspects des soins de santé génésique a un rôle stratégique à jouer dans la prévention et le traitement du sida. Les éléments particulièrement pertinents en matière de prévention de cette maladie seront examinés directement plus loin.

Portée, délivrance et contenu de l'éducation et de l'information en matière d'hygiène sexuelle

192. De vastes programmes d'information et de formation à destination des secteurs public et privé sont nécessaires pour faire face à l'ampleur de l'épidémie. Ces programmes doivent recourir à tous les moyens d'éducation et faire appel aux forces des institutions communautaires telles que l'école, l'administration locale, les églises et les mass médias. L'efficacité dont l'Ouganda a fait preuve en matière de réduction de la prévalence du VIH sur une période de 10 ans est largement imputable aux campagnes éducatives de prévention qui ont mobilisé les responsables de tous les secteurs et à tous les niveaux. Les campagnes d'éducation massives ont également aidé le Brésil et la Thaïlande à réaliser de grands progrès dans la gestion de leur épidémie.

193. L'éducation pour la santé sexuelle doit toucher tout le monde, et en particulier, les jeunes, scolarisés ou non, et les groupes difficiles à atteindre, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les toxicomanes par injection, les populations mobiles et celles se trouvant dans des situations de conflit ou d'après conflit. Bien que de nombreuses préoccupations en

matière de santé génésique et sexuelle soit partagées par les hommes et les femmes, leurs besoins diffèrent selon les coutumes et cultures locales, leur statut conjugal, leur résidence en milieu urbain ou rural, leur âge et leurs conditions de vie. Les programmes doivent donc être ciblés en fonction de ces besoins spécifiques.

Prévention et traitement des MST

194. Dans la mesure où la présence des MST et, en particulier, de l'herpes génital accroît le risque de contraction du VIH, le renforcement du contrôle de ces maladies peut avoir un impact énorme sur la diminution du taux de transmission du VIH. Pour améliorer la prévention et le traitement des MST chez les jeunes, les procédures de détection et de traitement et la promotion de l'utilisation du préservatif doivent devenir les éléments essentiels des programmes de santé primaires et de prévention du sida. Une telle intégration devrait permettre d'étendre la prestation de services aux femmes enceintes venant consulter dans des établissements prénatals et, en particulier, aux femmes séropositives, à celles qui font appel aux services de planning familial et à celles qui ont recours aux services de santé maternelle et infantile. L'expérience en matière de gestion des MST fait apparaître la persistance de difficultés pour ce qui est de lutter contre la stigmatisation collective, qui constitue une contrainte pour la démarche de traitements, d'équiper les services de santé primaires de moyens de diagnostic simples et peu coûteux, de mettre à disposition des médicaments efficaces et financièrement accessibles et de fournir des services aux partenaires sexuels, en particulier aux hommes.

Services de planification familiale

195. La prestation de services de planification familiale dans le cadre plus large de la santé génésique et, notamment, de la prévention du sida ouvrira des possibilités de participation des jeunes célibataires sexuellement actifs et, en particulier, des hommes. En outre, assurer des services de conseils sur le VIH au sein des services de planification familiale permet d'aborder deux types de protection (contre la grossesse et contre le VIH/MST). Cette double démarche constitue un aspect important du point de vue du planning familial, puisque les méthodes de prévention de la grossesse les plus courantes et les plus efficaces (méthodes hormonales, dispositifs intra-utérins (DIU) et stérilisation) n'offrent pas de protection contre les MST et le VIH, mais également en matière de prévention de la transmission du VIH à l'enfant par sa mère. Les services de conseils sur le VIH et de planification familiale doivent rechercher avec les patients les deux méthodes de protection les plus appropriées, selon leurs pratiques sexuelles, leurs moyens et leur milieu social.

Les besoins des femmes et des hommes atteints du VIH/sida en matière de santé génésique

196. Dans les pays où les taux d'infection à VIH sont élevés, nombreux sont les adolescents déjà séropositifs. Cette réalité exige une réorientation du contenu des programmes de façon à traiter non seulement de la prévention mais également de la vie lorsqu'on a contracté le VIH et des problèmes tels que la réduction de la transmission de la population contaminée à la population saine, la prévention de la réinfection, le traitement des MST, les relations sexuelles et le planning familial. Une des difficultés auxquelles sont confrontés les services de planification familiale tient à ce que les femmes séropositives révèlent rarement leur état, de

sorte que les prestataires de services ne sont pas en mesure de leur apporter l'aide appropriée.

Travailler avec les hommes

197. Faire en sorte que les hommes soient des partenaires est un élément critique dans la prévention et le traitement du sida, car, dans bien des milieux, ce sont eux qui décident des questions relatives à la santé génésique et sexuelle. Les interventions visant à rendre les femmes plus autonomes doivent s'accompagner d'efforts pour faire participer les hommes. Ce type d'initiatives doit inclure une sensibilisation des hommes à leurs propres besoins en matière de santé génésique et sexuelle, à la compréhension des relations entre les sexes et à l'adoption de comportements sains.

Techniques de prévention du VIH : préservatifs et microbicides

198. La fourniture de préservatifs est un élément fondamental du succès de la prévention du sida. Toutefois, l'utilisation systématique et correcte de préservatifs chez les adolescents sexuellement actifs continue à soulever un problème de santé publique important. Si les études de faisabilité font apparaître une acceptation croissante chez les hommes et les femmes, les problèmes de coût et de disponibilité constituent des obstacles à une utilisation généralisée.

199. Les microbicides tropicaux sont considérés comme permettant d'élargir les options de prévention existantes et, en particulier, celles que les femmes peuvent contrôler. La recherche d'un microbicide efficace contre la transmission du VIH continue, même si les efforts de R et D sont freinés par les contraintes financières.

Aller de l'avant

200. Les deux dernières décennies ont appris au monde que l'épidémie de VIH/sida constituait une urgence mondiale. Contenir cette épidémie implique une démarche globale extraordinaire s'appuyant sur des ressources accrues, une coordination renforcée et un engagement sans précédent de la part de tous les dirigeants. La session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida a permis d'obtenir des engagements politiques et financiers. Le Fonds mondial SIDA et Santé, une initiative du Secrétaire général des Nations Unies destinée à mobiliser l'aide aux niveaux politiques les plus élevés, constitue un mécanisme destiné à traduire ces engagements en actions planifiées à grande échelle pour contrôler l'épidémie. La réussite dépendra donc de la façon dont les pays parviendront à appliquer leurs propres mesures.

VIII. Les droits liés à la reproduction

201. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Nations Unies, 1995a, chap. I, résolution I, annexe) donne une bonne idée de ce qu'est la santé en matière de procréation. Au paragraphe 7.2 on peut lire :

« Par santé en matière de procréation, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui

concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. »

202. On peut lire par ailleurs dans le Programme d'action :

« Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder au niveau de santé le plus élevé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de chacun de prendre les décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme... Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés sur des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de procréation, y compris de la planification familiale. Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l'établissement de relations de respect mutuel et d'équité entre les sexes et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services, afin que ceux-ci apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable. » (par. 7.3)

Questions clefs en matière de droits liés à la reproduction

203. L'un des éléments importants des droits liés à la reproduction est le droit d'accès aux informations et méthodes concernant la planification familiale. Un certain nombre de pays, parmi lesquels le Brésil, la Colombie, le Guatemala et l'Afrique du Sud, reconnaissent explicitement dans leurs Constitutions le droit du couple de décider librement et en connaissance de cause du nombre d'enfants qu'il aura et de l'espacement des naissances. En outre, au fil des ans, on a constaté une croissance régulière de la proportion des gouvernements qui apportent une aide directe aux services de planification familiale – de 63 % en 1976, on est passé à 75 % en 1999. Actuellement, 145 pays apportent un soutien direct à la fourniture de contraceptifs et 34 assurent une aide indirecte (voir tableau 12).

Tableau 12
**Politiques des gouvernements en matière d'accès aux méthodes de
 contraception, selon le niveau de développement, 1999**

(Nombre de pays)

	<i>Accès limité</i>	<i>Accès non limité</i>			Total
		<i>Aide directe</i>	<i>Aide indirecte</i>	<i>Absence d'aide</i>	
Monde	1	145	34	13	193
Pays développés	1	23	20	4	48
Pays en développement	–	79	8	7	9
Pays les moins développés	–	43	6	2	51

Source : Banque de données sur les politiques démographiques de la Division de la population du Secrétariat des Nations Unies.

204. Outre la prestation de services, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement présente une approche des services de planification familiale fondée sur les besoins. L'Association de planning familial du Bangladesh, par exemple, insiste sur une approche de la santé génésique et sexuelle centrée sur le patient et visant à accroître l'implication des hommes et s'adresse à des groupes tels que les jeunes, les fonctionnaires, les bénévoles et les responsables religieux et communautaires par le biais de campagnes de sensibilisation et de programmes d'information et d'éducation. Ces services englobent également la vaccination, la réhydratation par voie orale, l'allaitement au sein, l'alphabétisation et la nutrition. Dans certains pays, toutefois, ce type d'approches n'est qu'un vague objectif qui n'a pas été concrétisé dans les politiques et les programmes.

205. À l'heure actuelle, les adolescents bénéficient d'opportunités différentes de celles qu'avaient leurs parents ou même les adolescents d'il y a une ou deux décennies. La fréquentation scolaire progresse dans le monde entier. Le niveau d'éducation et les possibilités de promotion professionnelle et de carrières s'améliorent, en particulier dans les domaines de l'information et des techniques. Parallèlement, les adolescents sont également confrontés à des difficultés spécifiques à leur époque. Outre l'amélioration de leurs perspectives en matière d'investissement personnel, du fait de l'âge plus précoce de la puberté et de celui plus tardif du mariage, les adolescents sont plus exposés à l'éventualité de relations sexuelles, de grossesses et de MST hors mariage. Dans certains milieux où sévissent le VIH/sida et d'autres MST, les adolescentes mariées peuvent être particulièrement vulnérables en raison de leur confrontation régulière à des relations sexuelles et de leur pouvoir de négociation limitée. De fait, il s'agira de la première génération d'adolescents ayant grandi dans un monde où existe le VIH/sida.

206. En matière de droits des adolescents liés à la reproduction, plusieurs éléments clefs relèvent du mariage. Les lois prévoyant un âge minimum pour le mariage sont quasiment universelles, l'âge minimum le plus souvent choisi étant 18 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes. Toutefois, faute d'autres possibilités et malgré l'existence de textes législatifs visant à éliminer cette pratique, dans de nombreux pays, les filles se marient peu après la puberté et sont censées commencer à avoir

des enfants quasiment immédiatement. Dans bien des législations, l'âge minimum pour le mariage pour les femmes qui est inférieur à celui prévu pour les hommes, est trop bas, ce qui laisserait à penser que les femmes ont besoin de moins d'années pour se préparer au mariage car leur mission est censée se limiter à un rôle domestique et à la procréation. Au cours des deux dernières décennies, plus de 50 pays ont modifié leur législation sur l'âge minimum requis pour le mariage. Mais souvent, cette législation reste inappliquée. Dans certaines parties du monde, comme en Afrique, l'âge légal du mariage est souvent élevé, ce qui reflète une tendance à adopter les normes juridiques européennes, mais l'âge effectif, lui, reste encore précoce.

207. Les droits des adolescents à la santé ont été reconnus pour la première fois au plan international dans la Convention relative aux droits de l'enfant (résolution de l'Assemblée générale 44/25, annexe). Si le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement reconnaît le droit des parents et tuteurs à fournir, de façon adaptée aux capacités changeantes de l'adolescent, des orientations et des conseils appropriés en matière de santé de la reproduction, il poursuit en préconisant la protection et la promotion des droits des adolescents à l'information et à des services.

208. Dans les régions où le VIH se répand du fait de contacts hétérosexuels, l'épidémie du VIH/sida relève des droits liés à la reproduction de différentes manières, et notamment du droit de se protéger contre la maladie et des droits des enfants qui pourraient être contaminés. La protection contre les MST est une question liée d'importance fondamentale, dans la mesure où ces maladies rendent les hommes et les femmes plus réceptifs au VIH.

209. La décision concernant la date et les circonstances du début de la vie sexuelle est souvent considérée comme relevant de l'autorité du mari. Dans ces conditions, les femmes ont peu de possibilités de s'opposer aux souhaits de leur époux, même si elles le soupçonnent d'avoir peut-être contracté le VIH/sida. De même, le droit d'utiliser une protection contre le VIH et les MST est également limité. Les préservatifs – la méthode de contraception la moins chère et la plus efficace – sont considérés en de nombreux milieux comme destinés à être utilisés dans les relations sexuelles avec les prostituées, mais pas entre époux. Les MST, qui provoquent des lésions de type ulcère, sont connues pour accroître la probabilité de contracter le virus HIV lors de relations sexuelles. En tant que partenaires récepteurs, les femmes sont particulièrement vulnérables à ce type d'infection.

210. La discrimination à l'encontre des femmes pour des raisons sexuelles peut aboutir pour celles qui souffrent du VIH/sida à des difficultés supplémentaires. Ainsi, par exemple, lorsque les femmes se voient nier le droit de posséder un bien, celles d'entre elles qui ont le VIH/sida ou dont le mari est décédé de cette maladie risquent d'être contraintes de quitter leur maison et ont peu de possibilités juridiques de pouvoir la récupérer (Centre d'études juridiques de défense des droits de la procréation, 2000). Dans certains pays d'Asie, où la situation des femmes est difficile, la dynamique sexuelle de l'épidémie devrait contribuer à sa rapide propagation (Crossette, 2001).

211. Les droits liés à la reproduction incluent l'accès à l'ensemble des divers services de soins de santé dans ce domaine et, parmi ceux-ci, les soins permettant d'assurer à une femme qu'elle donnera naissance à un enfant en bonne santé. Les enfants contractent le VIH/sida de deux façons : soit par transmission du virus par

leur mère, soit à l'occasion de relations sexuelles au cours de leur adolescence. La transmission par la mère peut se produire au cours de la grossesse, à la naissance ou pendant l'allaitement au sein. Environ 25 % à 30 % des bébés nés de femmes contaminées par le VIH se voient transmettre ce virus par leur mère et la plupart d'entre eux ne survivent pas plus que quelques années. Bien qu'il existe des médicaments sûrs, efficaces et permettant de réduire considérablement le risque de donner naissance à un bébé séropositif, comme la nevirapine, la plupart des femmes des pays en développement n'ont pas accès à ce type de produits.

212. Les enfants, et particulièrement les filles, peuvent également être infectés par le VIH/sida lors de relations sexuelles à un âge précoce. Outre les risques pour la santé d'une grossesse précoce et ceux liés à une activité sexuelle prématurée et sans protection, les adolescents sont en plus confrontés au risque de contracter le VIH/sida. Il arrive qu'ils aient peu ou pas accès à des informations et conseils concernant le VIH/sida, voire même qu'ils n'aient pas droit à ce type de services.

213. La prostitution des enfants, qui est liée à la pauvreté extrême et à la disparition de la structure familiale, constitue une autre violation des droits de l'enfant et une autre source de contamination par le VIH. Le nombre d'enfants sans domicile et la progression de la prostitution des enfants dans un certain nombre de pays sont de plus en plus inquiétants. Une étude a révélé qu'une part importante des enfants des rues avaient fait l'objet d'abus sexuels, souvent en échange de nourriture et d'un logement (Kandela, 2000).

Les droits liés à la reproduction et la violence à l'encontre des femmes

214. La Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (résolution de l'Assemblée générale 48/104 du 20 décembre 1993) définit cette violence comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (art. premier). Ces violences englobent les coups, l'abus sexuel d'enfants de sexe féminin, le viol conjugal, les pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes, le harcèlement et l'intimidation sexuels au travail, la traite des femmes et la prostitution forcée. La question des violences fondées sur le sexe a fait l'objet de discussions considérables dans le domaine de la population depuis que le concept de droits liés à la reproduction a acquis une certaine valeur. Ces discussions se sont souvent principalement limitées à la violence domestique et aux comportements culturels traditionnels, tels que la mutilation génitale et le crime d'honneur.

215. La violence fondée sur le sexe commence souvent à un âge précoce. Durant l'enfance, le fait de consacrer les ressources familiales de préférence aux enfants de sexe masculin peut avoir une incidence négative sur la santé des filles. Il peut s'agir aussi bien de la nourriture, des soins médicaux ou de l'enseignement. De récentes études ont montré que, dans la plupart des pays, la discrimination sexuelle n'est pas directement dirigée contre les filles, mais il est évident que dans certains pays d'Asie, les garçons sont favorisés en matière de services de santé (Nations Unies, 2000^b).

216. La violence domestique est la forme la plus courante de violence fondée sur le sexe et, lorsque les femmes se marient – souvent alors qu’elles sont encore adolescentes et, dans certains cas, sans leur consentement – la violence domestique peut devenir un problème. Ceci est particulièrement vrai lorsque le mari est considérablement plus âgé que sa femme et que les coutumes locales le reconnaissent comme le partenaire dominant. La violence à l’encontre des femmes intervient également dans d’autres situations, lorsque celles-ci ne sont pas en mesure d’exercer leur droit à être traitées correctement. Parmi ces situations on peut citer l’exploitation sexuelle des femmes réfugiées, le viol comme arme de guerre, la traite des femmes à des fins de prostitution et la discrimination à l’encontre des veuves.

217. Du fait que la violence à l’encontre des femmes s’inscrit souvent dans le cadre d’une inégalité entre les hommes et les femmes, la façon la plus efficace à long terme de lutter contre cette situation est de faire en sorte que les femmes soient de plus en plus autonomes (Heise, Ellsberg et Gottemoller, 1999). Ceci implique une plus grande égalité des possibilités d’éducation pour les filles et, pour les femmes, un plus grand contrôle sur leurs ressources, une indépendance économique et un plus grand pouvoir de décision.

218. Environ 2 millions de femmes et de filles risquent chaque année de subir une forme ou une autre de mutilation génitale (Organisation mondiale de la santé, 2000^a). Ce type d’opération, parfois qualifiée de circoncision féminine, est habituellement effectuée sur des jeunes filles ou des adolescentes proches de l’âge du mariage et, le plus souvent, hors du milieu médical. Cette opération consiste à pratiquer une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou à infliger à ceux-ci d’autres formes de blessure. Dans environ quatre cas sur cinq, elle comprend l’ablation du clitoris et des petites lèvres et, dans 15 % des cas, une infibulation qui constitue la forme la plus extrême de cette pratique. On sait que la mutilation génitale des femmes est pratiquée dans environ 30 pays d’Afrique et dans quelques pays d’Asie occidentale. Des cas ont également été signalés dans certaines communautés migrantes en Europe, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Dans certains pays – comme par exemple à Djibouti, en Égypte, en Érythrée, au Mali et en Somalie – plus de 90 % des femmes subissent un tel traitement (Nations Unies, 2000^c).

219. Les raisons les plus souvent invoquées pour justifier la pratique de mutilations génitales sur les femmes sont le maintien de l’acceptation sociale et la protection de la réputation des filles. Dans certaines régions, les filles ne sont pas considérées comme mariables tant qu’elles n’ont pas été circoncises. D’après des enquêtes démographiques et sanitaires, dans les pays où cette pratique est fréquente, plus de 70 % des femmes y sont favorables. Sous la pression de la collectivité et de l’influence des membres plus âgés de la famille, même celles qui sont opposées aux mutilations génitales choisissent de faire subir ce rite à leurs filles (Nations Unies, 2000^c).

220. L’Assemblée générale des Nations Unies a adopté plusieurs résolutions appelant les gouvernements à mettre fin à la mutilation génitale des femmes et certains pays ont adopté une législation interdisant cette pratique. En 1994, le Ghana a été le premier pays africain à mettre hors la loi la mutilation génitale des femmes; il a été suivi par le Burkina Faso, la Côte d’Ivoire et le Sénégal. En 1995, l’Ouganda a adopté une nouvelle constitution où il est précisé que « les lois,

cultures, coutumes ou traditions qui vont à l'encontre de la dignité, du bien-être ou des intérêts des femmes ou qui altèrent leur condition, sont interdites aux termes de la présente Constitution » (Centre d'études juridiques de défense des droits de la procréation, 2000). En Ouganda, dans le district de Kapchorwa, un projet a permis de réduire fortement le nombre de mutilations génitales des femmes en faisant une distinction entre la pratique elle-même et les valeurs culturelles que celle-ci était censée appuyer et en proposant des activités de remplacement pour favoriser la conservation de ces valeurs. Les responsables communautaires locaux ont été impliqués à tous les stades du processus et des ateliers de sensibilisation ont eu lieu dans tous les secteurs de la communauté. En 1996, le nombre de cas de mutilation des organes génitaux chez la femme a diminué de 36 % (Chekweko, 1998).

221. L'une des formes extrêmes de violence fondées sur le sexe, et qui a pour objet de conserver le contrôle de la sexualité de la femme, est connue sous le nom de crime d'honneur. Ce crime existe dans de nombreux pays de l'ouest et du sud de l'Asie. Une femme qui a été violée ou qui s'est volontairement livrée à des activités sexuelles hors mariage est considérée comme ayant sali l'honneur de la famille. Dans certains cas, la femme, ou la fille, peut simplement être soupçonnée de comportement honteux ou déshonorant, mais cette simple accusation suffit à déshonorer la famille. La seule façon de « laver » l'honneur de la famille est qu'un parent de sexe masculin tue la femme ou la fille en question. Dans certains pays, la loi permet le crime d'honneur, mais, même lorsque celui-ci n'est pas explicitement autorisé, il ne donne pas lieu à des poursuites. Le Code pénal jordanien, par exemple, exonère de toute peine l'homme qui tue ou blesse une parente qui a commis l'adultère. On trouve une exemption similaire dans le droit syrien. Au Pakistan, des centaines de femmes sont tuées chaque année pour des crimes tels que l'adultère, la fornication, la rupture d'un mariage arrangé ou la tentative d'obtention du divorce (Centre d'études juridiques de défense des droits de la procréation, 2000).

222. Une étude sur l'homicide chez les femmes à Alexandrie, en Égypte, a révélé que 47 % de l'ensemble des femmes décédées avaient été tuées par un parent après avoir été violées. Des crimes d'honneur ont également été signalés au Liban et au Yémen. On estime que, chaque année, plusieurs centaines de femmes asiatiques sont victimes de crimes d'honneur (Ellsberg et Goemoeller, 1999), mais on ne dispose pas de statistiques fiables. Dans la mesure où le crime d'honneur est considéré comme une affaire de famille, les décès sont rarement signalés et n'apparaissent pas dans les statistiques officielles. Lorsqu'elles sont menacées de violence de la part de parents de sexe masculin, certaines femmes parviennent à fuir à l'étranger et l'aide internationale aux femmes en situation à risque se développe de plus en plus. Depuis 1997, la crainte d'être victime d'un crime d'honneur est considérée au Canada comme un motif d'octroi du droit d'asile et, en 1999, deux femmes pakistanaises se sont vu accorder le statut de réfugié au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, leur crainte d'être tuées par leur famille ayant été considérée comme une crainte de persécution justifiée.

Conclusion

223. Le Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 comporte de larges définitions des droits liés à la reproduction et de la santé génésique. Il attire également l'attention sur

l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes. L'année suivante, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, qui s'est tenue à Pékin, a affirmé le principe des droits de la femme et appelé les gouvernements à promouvoir et protéger ces droits, y compris ceux liés à la reproduction, et à supprimer les obstacles qui empêchent de les appliquer.

224. Bien des progrès ont été réalisés dans l'établissement des fondements des droits liés à la reproduction, mais il reste beaucoup à faire pour les traduire dans les politiques et les programmes. Si beaucoup de pays ont commencé à mettre en oeuvre les accords conclus à la Conférence internationale sur la population et le développement, d'autres – en particulier les pays à faible revenu – ne disposent pas des ressources suffisantes pour assurer des services de santé complets. Le vaste consensus international atteint lors de la Conférence est le renouvellement de l'adhésion aux concepts de droits liés à la reproduction et de santé génésique lors de l'examen quinquennal de la mise en oeuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, font qu'il est probable que les droits liés à la reproduction constitueront à l'avenir l'un des principaux éléments des politiques en matière de population.

Notes

¹ L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée, effectuée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux (d'après l'Organisation mondiale de la santé, *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, rapport d'un groupe de travail technique, Genève, avril 1992) (WHO/MSM/92.5).

² Le taux de grossesse est estimé au moyen de la somme des naissances et des avortements pendant une année civile donnée. Faute d'informations fiables, les grossesses qui se terminent par la disparition spontanée du fœtus (fausses-couches et mort-nés) sont omises. De ce fait, le nombre total des grossesses et donc le taux de grossesse, est sous-estimé.

³ L'Organisation mondiale de la santé recommande de remplacer les termes « maladie sexuellement transmissible (MST) » par « infection sexuellement transmissible (IST) ». L'expression « infection sexuellement transmissible » a été adoptée car elle couvre les infections asymptomatiques. Par ailleurs, elle est utilisée dans de nombreuses publications scientifiques.

⁴ L'Organisation mondiale de la santé définit les adolescents comme des personnes appartenant au groupe d'âge de 10 à 19 alors que les jeunes appartiennent au groupe d'âge de 15 à 24 ans.

Références

- Abbasi-Shavazi, J. (2001). Below-replacement fertility in Iran: progress and prospects. Document présenté au Séminaire de l'UIESP sur le thème « International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies », Tokyo, 21-23 mars 2001.
- AbouZahr, Carla (1998). Maternal mortality overview. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray et A. D. Lopez (éd.), Cambridge (Massachusetts): Harvard School of Public Health pour l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale.
- AbouZahr, C., E. Ahman et R. Guidotti (1998). Puerperal sepsis and other puerperal infections. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray et A. D. Lopez, (éd.). Cambridge (Massachusetts): Harvard School of Public Health pour l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale, p. 205.
- Agostina, T., et A. Soejono (1989). *Technical Report on the Study of Maternal and Perinatal Mortality, Central Java Province*. République d'Indonésie, Coordinating Board of Indonesian Fertility Research (BKS PENFIN)/Ministère de la santé.
- Alan Guttmacher Institute (1998). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Arno, J. et alii (1994). Age and clinical immunity to infections with Chlamydia trachomatis. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphie), vol. 21, No 1, p. 47 à 52.
- Atrash, H., S. Alexander et C. Berg (1995). Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and Gynecology* (New York), vol. 86, No 4 (février).
- Banque mondiale, (1993). *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. New York : Oxford University Press.
- Barge, S. et alii (1998). *Availability of Abortion Services in Rural Government Clinics in Four States of India*. Baroda, Gujarat (Inde) Centre for Operations Research and Training.
- Becker, Stan (1993). The determinants of adolescent fertility with special reference to biological variables. In *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*, Ronald Gray, Henri Leridon et Alfred Spira (éd.). Oxford, Royaume-Uni. Clarendon Press, p. 21 à 49.
- Berglund, T., H. Fredlund et J. Giesecke (2001). Epidemiology of the reemergence of Gonorrhoea in Sweden. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphie), vol. 28, p. 111 à 114.
- Blanc, Ann (2000). *The Relationship Between Sexual Behavior and Level of Education in Developing Countries*. Genève : ONUSIDA.
- Blanc, Ann K. et Ann Way (1998). Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No 2 (juin), p. 106 à 116.
- Bongaarts, John et Judith Bruce (1995). The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 26, No 2 (mars/avril), p. 57 à 75.
- Bongaarts, J. et G. Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, vol. 24, No 2, p. 271 à 291.
- Borisenko, K. K., L. I. Tichonova et A. M. Renton (1999). Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 10, No 10 (octobre), p. 665 à 668.
- Bozon, M. et E. Enoch (1999). Brésil : la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. INED, *Population et sociétés*, (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques) No 345 (avril).
- Bozon, M. et O. Kontula (1998). Sexual initiation and gender in Europe: a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*. M. Hubert, N. Bajos et Th. Sandfort (éd.), Londres : UCL Press, p. 37 à 67.
- British Broadcasting Corporation (2001). AIDS tops African agenda (août).

- Brown, Elisabeth et Alfred Dittgen (2000). Fertility of married and unmarried couples in Europe. Paper presented at the Fertility and Family Surveys Flagship Conference: Partnership and Fertility. A Revolution? Bruxelles (Belgique), 29-31 mai 2000.
- Bumpass, Larry L. et Hsien-Hen Lu (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies* (Londres), vol. 54, No 1 (mars), p. 29 à 41.
- Bunnell, R. E. *et alii* (1999). High prevalence and incidence of sexually transmitted diseases in urban adolescent females despite moderate risk behaviour. *Journal of Infectious Diseases* (Chicago), vol. 180, No 5, p. 1624 à 1631.
- Burstein *et alii* (1998). Incident Chlamydia trachomatis infections among inner-city adolescent females. *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, No 6, p. 521 à 526.
- Carr, Dara, Ann Way et R. Smith (2001). *Youth in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Sexual Experience and Reproductive Health*. Washington : Population Reference Bureau.
- Center for Reproductive Law and Policy (2000). *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. New York.
- Chekweko, Jackson (1998). Creating necessary conditions for implementing sexual and reproductive health and rights. *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes*. Table ronde d'experts du FNUAP, Kampala (Ouganda), 22-25 juin 1998.
- Chowdhury Sameena *et alii* (2000). Nutritional status and age at menarche in a rural area of Bangladesh. *Annals of Human Biology* (Londres), vol. 27, No 3 (mai-juin), p. 249 à 256.
- Contreras, Juan M., José M. Guzmán et Ralph Hakkert (2001). Uso de anticonceptivos en adolescentes. In *Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*, José M. Guzmán *et alii* (éd.). Mexico (Mexique) : Fonds des Nations Unies pour la population, p. 129 à 142.
- Cook, R. L. *et alii* (1999). Screening for Chlamydia trachomatis infection in college women with a polymerase chain reaction assay. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, No 5, p. 1002 à 1007.
- Cothc *et alii* (1997). Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and pre-term delivery. *Sexually Transmitted Diseases*, (Philadelphie), vol. 24, p. 353 à 360.
- Cronberg, S. (1993). The rise and fall of sexually transmitted disease in Sweden. *Genitourinary Medicine* (Londres), vol. 69, p. 184 à 186.
- Crossette, Barbara (2001). In India and Africa, women's low status worsens their risk of AIDS. *The New York Times* (26 février).
- De Browere, V., R. Tonglet et W. Van Lerberghe (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialised West? *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, No 10, p. 771 à 782.
- Denmissie, K. *et alii* (2000). *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada*. Ottawa (Canada) : Système canadien de surveillance périnatale.
- De Vos, Susan (2000). Nuptiality in Latin America. In *Till Death Do Us Part: A Multicultural Anthology on Marriage*, Sandra L. Browning et Robin R. Miller (éd.). Stamford (Connecticut) : JAI Press.
- Dittus, Patricia J., James Jaccard et Vivian V. Gordon (1997). The impact of African American fathers on adolescent sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence* (New York), vol. 26, No 4 (août), p. 445 à 465.
- Duncan, E. M. *et alii* (1990). First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease. *The Lancet* (Baltimore (Maryland); et Londres), vol. 335, p. 338 à 340.
- Fleming, D. T. *et alii* (1997). Herpes simplex virus type Z in the United States, 1976-1994. *New England Journal of Medicine* [Boston (Massachusetts)], vol. 337, No 16, p. 1105 à 1111.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (1999). *Women in Transition*. The MONEE Project pour CEE/CEI/Baltique. Rapport de surveillance régionale No 6. Florence (Italie) : Centre international pour le développement de l'enfant.
- (2000). *La situation des enfants dans le monde 2000*. New York. Numéro de vente : F.00.XX.1.
- (2001). *Le mariage précoce*. Innocenti Digest No 7. Florence (Italie) : UNICEF et Innocenti Research Centre.

- Fonds des Nations Unies pour la population (2001). *Les problèmes démographiques : dossier d'information 2001*. New York.
- Gage, Anastasia J. (1998). Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision-making process. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No 2 (juin), p. 154 à 166.
- et Dominique Meekers (1994). Sexual activity before marriage in Sub-Saharan Africa. *Social Biology* [Port Angeles (Washington)], vol. 41, No 1-2 (printemps/été), p. 44 à 60.
- Gomez, Victor M. (1993). *Los padres, la educación y las relaciones sexuales premaritales de los hijos*. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. San José (Costa Rica) : Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, Programa Salud Reproductiva.
- Graham, Wendy, William Brass et Robert W. Snow (1989). Estimating maternal mortality: the sisterhood method. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 20, No 3 (mai-juin), p. 125 à 135.
- Greenwood, A. M. *et alii* (1987). A prospective study of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 65, p. 635 à 643.
- Grimes, David A., (2000). Reducing complications of unsafe abortion: the role of medical technology. Document présenté à la réunion sur les priorités et besoins dans le domaine des avortements non médicalisés (éd.), Programme des Nations Unies pour le développement/Fonds des Nations Unies pour la population/Organisation mondiale de la santé/Banque mondiale, Genève, 28 et 29 août 2000.
- Guillaume, Agnès *et alii* (1999). *Le recours à l'avortement. La situation en Côte d'Ivoire*. Abidjan : École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée (ENSEA) et Institut de recherche pour le développement (IRD), Études et Recherches No 27.
- Guzmán, J. M *et alii* (2001). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México, D. F. : FNUAP.
- Harrison, Abigail *et alii* (2000). Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No 4.
- Heise, Lori, K. Moore et N. Toubia (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York: The Population Council.
- Heise, Lori, Mary Ellsberg et Megan Gottemoeller (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, Series L, No 11. Baltimore (Maryland): Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Henshaw, Stanley K. *et alii* (1998). The incidence of abortion in Nigeria. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No 4, p. 156 à 164.
- Henshaw, Stanley, Susheela Singh et Taylor Haas (1999a). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, numéro spécial (janvier), p. S30 à S38.
- (1999b). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, No 1 (juin), p. 44 à 48.
- Huntington, Dale (2000). Meeting Women's Health Care Need, after Abortion. *Program Brief No. 1*. (Washington) Population Council/FRONTIERS.
- *et alii* (1998). The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No 1 (mars), p. 25 à 31.
- Hutchinson M. Katherine et Teresa M. Cooney (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, vol. 47, No 2 (avril), p. 185 à 194.
- Indriso, Cynthia et Axel I. Mundigo (éd.) (1999). *Abortion in the Developing World*. London: Zed Books; et New Delhi : Vistaar Publications.
- Jejeebhoy, Shireen J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford, Royaume-Uni : Clarendon Press.
- Kamali, A. *et alii* (1999). Seroprevalence and incidence of genital ulcer infection in a rural Ugandan population. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, p. 98 à 102.
- Kandela, Peter (2000). Marrakesh: child prostitution and the spread of AIDS. *The Lancet* (Boston (Massachusetts); et Londres), vol. 356, No 9246, (9 décembre), p. 1991.

- Kiernan, Kathleen E. (1999). Cohabitation in Western Europe. *Population Trends* (Londres), No 96 (été), p. 25 à 32.
- Kishor, Sunita et Katherine Neitzel (1996). *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No 21. Calverton (Maryland): Macro International.
- Klijzing, Erik et Miroslav Macura (1997). Cohabitation and extra-marital childbearing: early FFS evidence. In *Proceedings of the International Population Conference, Beijing, 11-17 octobre 1997*, vol. 2. Liège (Belgique): Union internationale pour l'étude scientifique de la population, p. 885 à 901.
- Konaté, Mamadou Kani, *et alii* (1999). Radioscopie d'une pratique controversée. Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement provoqué dans le district urbain de Bamako. *Pop Sahel*, (Bamako) No 27 (mai).
- Krone, M. R. *et alii* (2000). Herpes simplex virus type 2 shedding in human immunodeficiency virus-negative men who have sex with men: frequency, patterns, and risk factors. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, No 2, p. 261 à 267.
- Laga, M. *et alii* (1993). Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* (Philadelphie), vol. 7, p. 95 à 102.
- Lesthaeghe, R. et P. Willems (1999). Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? *Population and Development Review*, vol. 25, No 2, p. 211 à 228.
- Lloyd, Cynthia et Barbara Mensch (1999). Implications of formal schooling for girls' transitions to adulthood in developing countries. In *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Caroline H. Bledsoe *et alii* (éd.). Washington: National Academy Press.
- Magun, V. S. (1998). *Revolution of Aspirations and Changing of Youth Life Strategies*. Moscou: Institut de sociologie de l'Académie russe des sciences.
- McCauley, Ann P. et Cynthia Salter (1995). Meeting the needs of young adults. *Population Reports*, Series J, No 41. Baltimore (Maryland): Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program.
- McDonald, P. (1994). Marriage, family formation, living arrangements and household composition in low fertility countries. In *Low Fertility in East and Southeast Asia: Issues and Policies*. Séoul: Institut coréen pour les affaires sanitaires et sociales, p. 61 à 89.
- McFarlane, Carmen P., Jay S. Friedman et Leo Morris (1994). *Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica, 1993: Executive Summary, Main Findings of the Survey*. Atlanta (Géorgie): United States Department of Health and Human Services.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce et Margaret E. Greene (1998). *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.
- Morabia, Alfredo et Michael C. Costanza (1998). International variability in ages at menarche, first live birth, and menopause. *American Journal of Epidemiology* [Baltimore (Maryland)], vol. 148, No 12 (décembre), p. 1195 à 1205.
- Obasi, A. *et alii* (1999). Antibody to herpes simplex virus type 2 as a marker of sexual risk behaviour in rural Tanzania. *Journal of Infectious Diseases*, vol. 179, No 1, p. 16 à 24.
- ONUSIDA (2000). Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida, juin 2000. Genève.
- (2001). *Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2001*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Les jeunes et la santé: défi pour la société*. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Série de rapports techniques, No 731. Genève.
- (1987). *Guide pour l'étude de la mortalité maternelle dans les pays en développement*. Genève. WHO/FHE/87.7.
- (1991). Infertility: A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility WHO/MCM/91.9.
- (1992a). *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, Rapport d'un groupe de travail technique, Genève, (avril). WHO/MSM/92.5.
- (1992b). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Dixième révision. Genève.

- (1998). *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*. Troisième édition. Genève (juillet). WHO/RHT/MSM/97.16.
- (1999). *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Genève.
- (2000a). *Female Genitalia Mutilation*. WHO Fact Sheet No. 241.
- (2000b). *Emergency Contraception*. WHO Fact Sheet No. 244.
- (2001a). Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. WHO/RHR/01.08. Genève.
- (2001b). *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé/Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (1997). *Les maladies sexuellement transmissibles : politiques et principes de prévention et de soins*. Genève.
- Organisation des Nations Unies (1975). *Rapport de la Conférence mondiale des Nations Unies sur la population, 1974, Bucarest, 19-30 août 1974*. Numéro de vente : F.75.XIII.3.
- (1984). *Rapport de la Conférence internationale sur la population, 1984*. Mexico, 6-14 août 1984. Numéro de vente : F.84.XIII.8.
- (1988). *Adolescent Reproductive Behaviour*, vol. I, *Evidence from Developed Countries*. Population Studies No 109/Add.1. Numéro de vente : E.88.XIII.8.
- (1989). *Adolescent Reproductive Behaviour*, vol. II, *Evidence from Developing Countries*. Population Studies No 109/Add.1. Numéro de vente : E.89.XIII.10.
- (1990). *Patterns of First Marriage: Timing and Prevalence*. Numéro de vente : E.91.XIII.6.
- (1995a). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*. Numéro de vente : F.95.XIII.18.
- (1995b). *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys*. Numéro de vente : E.95.XIII.23.
- (1996). *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995*. Numéro de vente : F.96.IV.13.
- (1998). *World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. Numéro de vente : E.97.XIII.5.
- (1999a). *Examen et évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des buts et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : rapport de 1999*. Numéro de vente : F.99.XIII.16.
- (1999b). *Forum international chargé de dresser un bilan opérationnel de la mise en oeuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : note du Secrétaire général transmettant le rapport du Forum*. E/CN.9/1999/PC/3.
- (2000a). *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. Numéro de vente : E.01.XIII.4.
- (2000b). *World population monitoring 2000: population, gender and development*. ESA/P/WP.159.
- (2000c). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Social Statistics and Indicators, No 16. Numéro de vente : E.00.XVII.14.
- (2001a). *World Population Prospects: The 2000 Revision*. vol. I, *Comprehensive Tables*. Numéro de vente : E.01.XIII.8.
- (2001b). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. I, *Afghanistan to France*. Numéro de vente : E.01.XIII.10.
- (2001c). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. II, *Gabon to Norway*. Numéro de vente : E.01.XIII.18.
- (à paraître). *Abortion Policies: A Global Review*, vol. III, *Oman to Zimbabwe*.
- (2002). *World population monitoring 2002: reproductive rights and reproductive health*. ESA/P/WP.171.
- Popov, Andrej A., Adriaan Ph. Visser and Evert Ketting (1993). *Contraceptive knowledge, attitudes*

and practices in Russia during the 1980s. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 24, No 4 (juillet/août), p. 227 à 240.

Population Reference Bureau (2001). *The World's Youth 2000*. Washington: Population Reference Bureau.

Quilodrán, Julieta (1999). Quand l'union libre n'est pas un phénomène nouveau. *Cahiers québécois de démographie* (Montréal), vol. 28, No 1-2 (printemps/automne), p. 53 à 80.

Robey, Bryant, John Ross et Indu Bhushan (1996). *Meeting unmet need: new strategies. Population Reports*, Series J, No 43. Baltimore (Maryland) : The Johns Hopkins University.

Ross, John A. (2001). Contraceptive and reproductive health commodity needs to the year 2015: developing world. Paper presented at the Technical Consultation Meeting on Ensuring Essential Health Commodity Security through South-South Collaboration, Kerala (Inde), 12-15 juin.

Royston, Erica et Sue Armstrong (éd.) (1989). *Preventing Maternal Deaths*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Rutenber, N. et J. M. Sullivan (1991). Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method. In *Proceedings of Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, D.C., 5-7 août 1991*, vol. III. Columbia (Maryland) : International Research Development Macro International, Inc.

Singh, Susheela et Deirdre Wulf (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 20, No 1.

Singh, Susheela et Renee Samara (1996). Early marriage among women in developing countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 22, No 4 (décembre), p. 148 à 157.

Singh, Susheela *et alii* (1997). Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 23, No 3 (septembre), p. 108 à 115.

——— (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries. *International*

Family Planning Perspectives (New York), vol. 26, No 1 (décembre), p. 21 à 28.

Thiriat, Marie-Paul. (1999). Les unions libres en Afrique subsaharienne. *Cahiers québécois de démographie* (Montréal), vol. 28, No 1-2 (printemps/automne), p. 81 à 115.

Thomas, Frédéric *et alii* (2001). International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants. *Human Biology* [Detroit (Michigan)], vol. 73, No 2 (avril), p. 271 à 290.

Valleroy, L. A. *et alii* (2000). HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *Journal of American Medical Association*, vol. 284, No 2 (12 juillet), p. 198 à 204.

Van de Kaa, D. J. (1999). Europe and its population: the long view. In *European Populations: Unity in Diversity*. European Studies in Population. vol. 6: European Population Conference. vol. 1. D. Van de Kaa, *et alii* (éd.). Dordrecht (Pays-Bas): Kluwer Academic Publishers, p. 1 à 49.

Webb, Douglas (2000). Attitudes to « Kaponya Mafumo »: the terminators of pregnancy in urban Zambia. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No 2.

Westoff, Charles F. et Akinrinola Bankole (1995). *Unmet Need: 1990-1994*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No 16. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Wyshak, G. et R. Frisch (1982). Evidence for a secular trend in age at menarche. *The New England Journal of Medicine* (Boston), vol. 306, No 17 (avril), p. 1033 à 1035.

Xenos, Peter *et alii* (2001). The timing of union formation and sexual onset: Asian evidence from Young Adult Reproductive Health Surveys. East-West Center Working Paper No 108-4 (septembre). Population Series. Honolulu (Hawaii).

Zabin, Laurie et Karungari Kiragu (1998). The health consequences of adolescent sexuality and fertility behaviour in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No 2 (juin), p. 210 à 232.