



Conseil économique et social

Distr. générale
18 janvier 2011
Français
Original : anglais

Commission de la population et du développement

Quarante-quatrième session

11-15 avril 2011

Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

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

Fécondité, santé procréative et développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi en réponse à la décision 2009/101 de la Commission de la population et du développement, en vertu de laquelle la Commission a décidé que le thème de sa quarante-quatrième session, en 2011, serait la fécondité, la santé procréative et le développement. Ce rapport montre que l'abaissement de la fécondité peut contribuer au développement et, à partir des diverses données d'expérience des pays à faible fécondité, à fécondité moyenne et à fécondité élevée, il arrive à la conclusion que les pays à forte fécondité ont tendance à obtenir de mauvais résultats dans la plupart des domaines liés à la santé procréative. Il traite des différents aspects de la santé procréative, et plus particulièrement des moyens d'accélérer la réalisation des buts et objectifs pertinents du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Selon la principale conclusion qu'il contient, les mesures nécessaires pour garantir l'accès universel à la santé procréative, en répondant notamment à la demande non satisfaite en matière de planification familiale, peuvent accélérer l'amélioration de la santé maternelle et infantile, en particulier dans les pays à fécondité élevée, et favoriser ainsi un recul de la fécondité qui pourrait à son tour être bénéfique pour le développement.

* E/CN.9/2011/1.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. La fécondité aujourd'hui	6
III. L'âge du mariage	8
IV. L'âge de la procréation	11
V. La fécondité des adolescentes	13
VI. Usage des contraceptifs et demande non satisfaite en matière de planification familiale	16
VII. La santé maternelle	23
Avortement	26
VIII. Autres aspects de la santé procréative	27
A. VIH/sida	27
B. Infections de l'appareil génital	29
C. Cancers de l'appareil génital	30
IX. Conclusions et recommandations	32
 Figures	
I. Les pays selon leur niveau de fécondité, 2005-2010	7
II. Age moyen estimatif des célibataires au mariage en 2005, comparé à la fécondité cumulée pendant la période 2005-2010	9
III. Age moyen estimatif à la première naissance selon les données disponibles les plus récentes, comparé à la fécondité cumulée en 2005-2010	12
IV. Taux de natalité estimatif parmi les adolescentes en 2005, comparé au pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans, mariées ou ayant été mariées, à la date la plus récente pour laquelle des données sont disponibles	14
V. Répartition des pays par niveau de prévalence des contraceptifs, années 90 et 2000	17
VI. Taux le plus récent d'utilisation des contraceptifs, comparé à la fécondité cumulée en 2005-2010	18
VII. Nombre de pays par ordre de méthode contraceptive utilisée	19
VIII. Demande de planification familiale non satisfaite, comparée au taux de prévalence des contraceptifs	21
IX. Pourcentage de femmes ne souhaitant plus avoir d'enfants, comparé au nombre d'enfants qu'elles ont déjà et à la demande non satisfaite de services de planification familiale, dans les pays à fécondité élevée	22
X. Quotient de mortalité pour causes de maternité en cours de vie en 2008, comparé à la fécondité cumulée pendant la période 2005-2010	24

I. Introduction

1. La fécondité mondiale, définie comme le nombre moyen d'enfants qu'auraient les femmes aux taux de fécondité actuels, a sensiblement diminué, tombant de 4,9 enfants par femme en 1950 à un niveau estimatif de 2,5 enfants par femme pendant la période 2005-2010. Un recul de la fécondité dans les pays en développement, dont la fécondité cumulée est tombée de 6,0 à 2,6 enfants par femme entre 1950-1955 et 2005-2010, est la principale cause de cette diminution. Toutefois, la fécondité a également diminué dans les pays développés, où elle a été ramenée de 2,8 enfants par femme dans les années 50 à 1,6 enfant par femme aujourd'hui. Aussi bien l'abaissement rapide de la fécondité dans les pays en développement, qui a commencé vers la fin des années 60, que la persistance de la faible fécondité dans les pays développés depuis les années 70, sont sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Cette évolution est intervenue dans des conditions de rapide innovation technologique et de transformation sociale dans lesquelles la disponibilité croissante de méthodes de contraception efficaces a joué un rôle déterminant. Aujourd'hui, 56 % de toutes les femmes en âge de procréer qui sont mariées ou vivent en concubinage utilisent des méthodes modernes de contraception et neuf gouvernements sur 10 dans les pays en développement fournissent un appui direct à des programmes de planification familiale.

2. La baisse des taux de fécondité a des incidences marquées sur le développement au niveau national, mais aussi sur le bien-être des familles et des individus. La vie des femmes peut être transformée de manière spectaculaire suivant qu'elles sont ou non en mesure de contrôler le moment où elles ont leurs enfants et leur nombre. Une baisse de la fécondité permet aux femmes d'améliorer leur éducation, de faire partie de la population active et d'accorder plus d'attention à chacun de leurs enfants. L'accroissement de l'espacement entre les naissances réduit la mortalité des jeunes enfants et permet aux mères de récupérer d'une naissance à l'autre. La réduction du nombre de grossesses diminue également le quotient de mortalité liée à la maternité. La réduction du nombre d'enfants permet aux familles et à la société de plus investir dans chacun d'eux. L'amélioration de la nutrition, de la santé et de l'éducation des enfants se trouve facilitée lorsque les ressources et les services disponibles sont répartis entre un plus petit nombre d'enfants.

3. L'abaissement de la fécondité ralentit l'expansion démographique et entraîne des changements bénéfiques dans la répartition par âge de la population en créant une situation dans laquelle le nombre de travailleurs potentiels augmente plus rapidement que le nombre de personnes à charge. Ces changements peuvent grossir l'épargne et produire un « dividende démographique ». Les pays qui, dans cette situation, ont profité de cette épargne pour accroître les investissements et créer de nouveaux emplois et qui ont consacré plus de ressources à la santé et à l'éducation des enfants en ont retiré des bénéfices sous forme de croissance économique accrue et d'amélioration du développement humain. Selon les estimations, les répercussions à moyen terme de la réduction de la fécondité sur la croissance économique, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, ont représenté environ 20 % de l'augmentation de la production par habitant entre 1960 et 1995¹.

¹ Allen Kelley et Robert Schmidt, « Evolution of recent economic-demographic modeling: a synthesis », *Journal of Population Economics*, vol. 18, n° 2 (juin 2005).

4. Le fléchissement de la fécondité et le développement influent l'un sur l'autre. On discute depuis longtemps de la question de savoir si les progrès du développement entraînent une réduction de la fécondité ou si c'est la réduction de la fécondité qui favorise le développement. Tout semble indiquer que les deux affirmations sont valables car il existe de multiples mécanismes de remontée de l'information entre la réduction de la fécondité et le développement. Un aperçu des effets de la fécondité sur le développement a été donné plus haut. L'incidence du développement sur les taux de fécondité ressort de la première approximation valable fournie par un modèle mettant en parallèle des indicateurs clés du développement et les tendances de la fécondité dans 87 pays en développement². Les indicateurs du développement ne sont toutefois pas les seuls facteurs qui influent sur la fécondité, comme semble l'indiquer le fait que l'amorce du fléchissement de la fécondité dans les pays en développement et dans certains pays du monde développé est apparue à différents niveaux de développement. Autrement dit, il n'existe pas un niveau de développement déterminé qui doit être atteint avant que la fécondité puisse commencer à fléchir.

5. La dynamique sociale influe également sur la fécondité. L'analyse du recul de la fécondité en Europe au XIX^e siècle a montré que ce phénomène avait été déclenché par un processus de diffusion dans lequel des idées et des modes de comportement d'un type nouveau se propageaient par le biais de réseaux sociaux. Les mesures qu'entraîne l'adoption de la contraception, au nombre desquelles figurent la prise de conscience des possibilités offertes par la contraception, l'acquisition d'informations, l'évaluation des options possibles, la mise à l'essai d'une ou de plusieurs méthodes, et enfin l'usage régulier de la contraception, supposent que l'apprentissage social et l'influence sociale sont des aspects importants de ce processus. En conséquence, tous les programmes réussis de planification familiale comportent des éléments essentiels de communication et de sensibilisation destinés à amener la population à mieux comprendre la question, à valider les changements de comportement, à familiariser la population avec l'usage de la contraception et à l'amener à faire confiance à la contraception. Les processus de diffusion, déclenchés par l'influence, l'émulation et l'apprentissage de la société, expliquent pour une large part les baisses conséquentes de la fécondité qui se sont produites dans des pays à faibles indicateurs de développement.

6. La politique des pouvoirs publics a également un effet marquant sur l'évolution de la fécondité. Les politiques qui touchent la fécondité peuvent avoir un effet direct ou indirect. Les premières portent principalement sur les déterminants immédiats de la fécondité, tels que l'âge au moment du mariage, la promotion de la contraception et l'appui fourni à cet effet, ou encore le versement d'allocations familiales. Les secondes sont celles qui, sans viser à influencer sur la fécondité, modifient néanmoins la structure des incitations qui déterminent la décision des parents concernant le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir. Au nombre de ces politiques figurent le versement de pensions de retraite, les incitations à l'entrée des femmes sur le marché du travail et les mesures qui récompensent un niveau d'études plus élevé par de meilleures perspectives économiques, encourageant ainsi les parents à investir plus dans chacun de leurs enfants.

² John Bryant, « Theories of fertility decline and evidence from development indicators », *Population and Development Review*, vol. 33, n° 1 (2007).

7. Du fait que les différents facteurs à l'origine des baisses de la fécondité et de leur persistance sont complexes et interdépendants, mais qu'ils subissent aussi les effets du fléchissement de la fécondité, aucune raison ne permet d'expliquer à elle seule pourquoi la fécondité a diminué aussi rapidement dans les pays en développement et pourquoi, dans de nombreux d'entre eux, elle est tombée à des niveaux tels qu'ils se traduisent actuellement ou se traduiront par un recul démographique. Aujourd'hui néanmoins, près de 40 ans après l'amorce du fléchissement de la fécondité dans les pays en développement, les taux de fécondité présentent une corrélation négative avec les indicateurs du développement, de sorte que les pays à fécondité élevée ont tendance à avoir de plus faibles revenus par habitant, des niveaux de pauvreté plus élevés, des niveaux d'éducation plus faibles, une mortalité plus forte et une urbanisation plus faible. De la même manière, à l'intérieur des pays, des taux de fécondité élevés caractérisent les segments de la population qui occupent les échelons inférieurs dans l'échelle du développement humain. C'est ainsi que dans les 56 pays en développement étudiés au cours des 10 dernières années, les femmes du quintile de richesse le plus bas avaient, en moyenne, deux enfants de plus que les femmes du quintile supérieur³. Cet écart est plus marqué en Afrique, où il correspond à 2,8 enfants, et plus encore en Amérique latine et dans les Caraïbes, où il s'élève à 3,8 enfants. Des écarts analogues existent là où l'éducation des femmes est le facteur discriminatoire, car il y a une étroite corrélation entre le niveau d'études et la richesse. Des analyses de l'impact du fléchissement de la fécondité sur la réduction de la pauvreté ont montré que l'évolution démographique expliquait à elle seule 14 % de la réduction des niveaux de pauvreté dans le monde en développement entre 1960 et 2000 et pourrait entraîner une nouvelle réduction de 14 % entre 2000 et 2015 si le recul de la fécondité venait à s'accélérer dans les pays à fécondité élevée⁴.

8. En conséquence, l'abaissement des taux élevés de fécondité, aussi bien à l'échelon national qu'à celui des ménages, peut contribuer à réduire la pauvreté. Plus l'accroissement de la population vivant dans la pauvreté est rapide, plus grande est sa part dans la population. Selon les estimations, l'accélération du rythme d'accroissement naturel de la population vivant avec moins de 1 dollar par jour a tendance à relever les niveaux de pauvreté dans une proportion qui a représenté entre 10 et 50 % du taux de réduction de la pauvreté dans le monde en développement entre 1990 et 2001⁵. Cet impact est particulièrement sensible en Afrique et en Asie du Sud.

9. L'évolution de la fécondité au cours des 40 dernières années s'explique essentiellement par la reconnaissance universelle du droit des couples et des individus de décider librement et de façon responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens de le faire, droit qui a été énoncé pour la première fois dans la Proclamation

³ Davidson R. Gwatkin *et al.*, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (Banque mondiale, Washington, 2007).

⁴ Andrew Mason et Sang-Hyop Lee, « The demographic dividend and poverty reduction » dans les *Comptes rendus du Séminaire sur la pertinence des aspects démographiques pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*, Organisation des Nations Unies, New York, 17-19 novembre 2004.

⁵ Martin Ravallion, « On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world », Document de politique générale de la Banque mondiale, n° 3580 (Banque mondiale, Washington, avril 2005).

de Téhéran de 1968⁶ avant d'être réaffirmé par la première conférence intergouvernementale sur la population, la Conférence mondiale des Nations Unies sur la population, qui s'est tenue à Bucarest du 19 au 30 août 1974. En 1994, les participants à la Conférence internationale sur la population et le développement ont défini les incidences de ce droit dans le cadre plus large de la santé et du bien-être, mettant ainsi en avant les notions d'hygiène sexuelle et de santé procréative ainsi que de droits en matière de procréation. Le principe 8 du Programme d'action de la Conférence stipulait ce qui suit :

« Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre. Les États devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité. Les programmes de santé de la reproduction devraient offrir la plus vaste gamme possible de services sans aucun recours à la contrainte. Tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière. »

10. Le présent rapport examine l'évolution de la fécondité et ses déterminants directs ainsi que les principaux obstacles qui s'opposent à l'accès universel à la santé procréative, dans le dessein de fournir des orientations sur les moyens d'accélérer la réalisation des buts et des objectifs figurant dans le Programme d'action, en particulier ceux qui ont trait à la santé procréative et à l'autonomisation des femmes, ainsi que des six cibles concernant la santé maternelle qui font partie des objectifs du Millénaire pour le développement.

II. La fécondité aujourd'hui⁷

11. La fécondité a reculé dans quasiment tous les pays, mais le moment auquel ce recul a commencé et son rythme ont considérablement varié d'un pays à l'autre. En conséquence, les taux de fécondité sont aujourd'hui très variables. Parmi les 196 pays ou régions qui comptaient au moins 100 000 habitants en 2005, 75 avaient un taux de fécondité inférieur au niveau nécessaire pour assurer le remplacement de la population, 61 avaient une fécondité moyenne et 60 avaient une fécondité élevée. La fécondité correspond au niveau de remplacement de la population lorsque chaque femme a exactement une fille pour la remplacer. Du fait qu'à la naissance, les garçons sont plus nombreux que les filles et que les femmes doivent survivre jusqu'à l'âge de la procréation pour avoir des enfants, le nombre d'enfants auxquels elles doivent donner naissance pour avoir une fille est en moyenne supérieur à deux. Le taux net de reproduction mesure le nombre moyen de filles auxquelles les femmes donnent naissance aux taux actuels de fécondité et de mortalité. Un taux net de reproduction inférieur à 1 signifie que la fécondité est inférieure au taux de

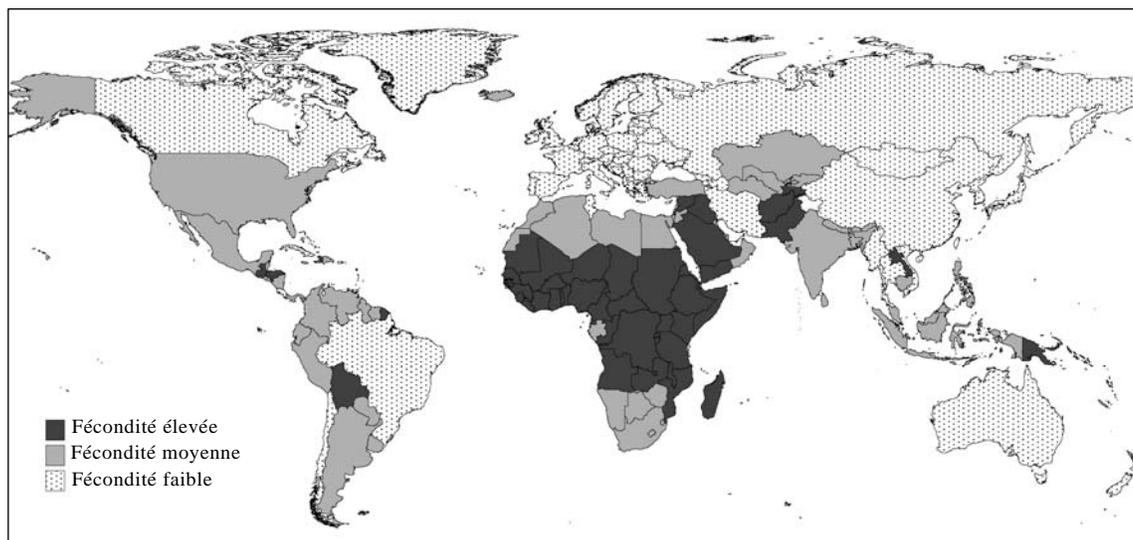
⁶ Voir *Acte final de la Conférence internationale des droits de l'homme* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.68.XIV.2).

⁷ Toutes les estimations citées dans le présent chapitre sont tirées de *Perspectives de la population mondiale : la révision de 2008*, extended dataset (publication des Nations Unies, numéro de vente : 09.XII.6).

remplacement de la population. Un taux de fécondité moyenne est considéré comme correspondant à un taux net compris entre 1,0 et 1,5 fille par femme, ce qui signifie que la génération suivante augmentera au plus de 50 %. Des taux supérieurs sont considérés comme représentant une fécondité élevée.

12. La figure I indique la répartition des pays selon leur taux net de reproduction au cours de la période 2005-2010. Chaque grande région compte des pays à faible fécondité, à fécondité moyenne et à fécondité élevée. L'Europe est la région la plus homogène, tous les pays à l'exception de l'Islande appartenant à la catégorie à faible fécondité. L'Afrique est la deuxième grande région la plus homogène, 39 des 55 pays qui la composent ayant une fécondité élevée. En Afrique, les pays à fécondité moyenne se trouvent concentrés en Afrique septentrionale et australe, mais on trouve aussi ce taux de fécondité au Cap-Vert, au Gabon, à la Réunion et au Zimbabwe. L'Afrique compte également deux pays à faible fécondité : Maurice et la Tunisie.

Figure I
Les pays selon leur niveau de fécondité, 2005-2010



Note : Les frontières indiquées sur la présente figure n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielle de la part de l'Organisation des Nations Unies.

13. En Océanie, la moitié des pays ont une fécondité élevée, notamment la Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui est l'un des pays les plus peuplés de la région; toutefois, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont une faible fécondité. En Asie et dans les Amériques, la plupart des pays ont un taux moyen de fécondité. Dans les Amériques, la Bolivie (État plurinational de), le Guatemala, Haïti, le Honduras et la Guyane française sont les seuls pays à avoir une fécondité élevée. En Asie, des taux élevés de fécondité existent en Afghanistan, en Arabie saoudite, en Iraq, au Pakistan, en République arabe syrienne, en République démocratique populaire lao, au Tadjikistan, au Timor-Leste, au Yémen et dans le territoire palestinien occupé. Aussi bien en Asie que dans les Amériques, de nombreux pays ont de faibles taux de fécondité : 19 sur 50 en Asie (dont l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Chine, Chypre, la

République populaire démocratique de Corée, la Géorgie, la République islamique d'Iran, le Liban, le Japon, la Mongolie, le Myanmar, la République de Corée, la Thaïlande et le Viet Nam) et 13 sur 39 dans les Amériques (le Brésil, le Canada, le Chili et le Costa Rica et neuf pays des Caraïbes).

14. Parmi les pays les moins avancés, 40 ont une fécondité élevée, cinq ont une fécondité moyenne et un a une faible fécondité (Myanmar). Parmi les autres pays en développement, 20 ont une fécondité élevée, 54 ont une fécondité moyenne et 31 ont une faible fécondité. Parmi les pays développés, tous à l'exception de deux ont une faible fécondité. Les États-Unis d'Amérique et l'Islande sont les deux exceptions car leur taux de fécondité actuels sont légèrement supérieurs au taux de remplacement de la population. Il est donc évident que les taux de fécondité varient sensiblement et il existe suffisamment de cas de pays à faible niveau de développement et où le taux de fécondité se situe néanmoins à un niveau relativement faible pour donner à penser que le développement n'est pas un facteur indispensable pour le fléchissement de la fécondité.

15. La population mondiale est presque également répartie entre les pays à faible fécondité (42 %) et les pays à fécondité moyenne (41 %). Les pays à fécondité élevée représentent 17 % de la population mondiale. Même en supposant qu'une baisse sensible de la fécondité se produira dans les pays à fécondité élevée et que la fécondité deviendra faible dans tous les pays qui ont encore une fécondité moyenne, on estime que d'ici à 2050, les pays qui figurent aujourd'hui parmi ceux à fécondité élevée représenteront 26 % de la population mondiale, tandis que ceux à fécondité moyenne en représenteront toujours 41 % et ceux à fécondité faible en représenteront 33 %.

16. Le taux de fécondité générale dans les pays à fécondité élevée varie entre 3,2 et 7,1 enfants par femme. Dans les pays à fécondité moyenne, ce taux varie entre 2,1 et 3,6 enfants par femme, et entre 1,0 et 2,3 dans les pays à fécondité faible. La superposition de ces chiffres s'explique par des différences de mortalité. C'est ainsi que le Myanmar a une fécondité inférieure au niveau de remplacement de la population avec une fécondité cumulée de 2,3 enfants par femme du fait que la mortalité y est plus élevée que dans les pays développés. De la même manière, le Zimbabwe appartient à la catégorie des pays à fécondité moyenne (3,5 enfants par femme) du fait que la mortalité y est plus élevée qu'en Arabie saoudite qui, avec une fécondité de 3,2 enfants par femme, appartient à la catégorie des pays à fécondité élevée. Dans l'analyse qui suit, ces questions de classification doivent être prises en considération, de même que le fait que le taux net de reproduction constitue un meilleur indicateur du taux potentiel de croissance ou de recul démographique que la fécondité cumulée.

III. L'âge du mariage

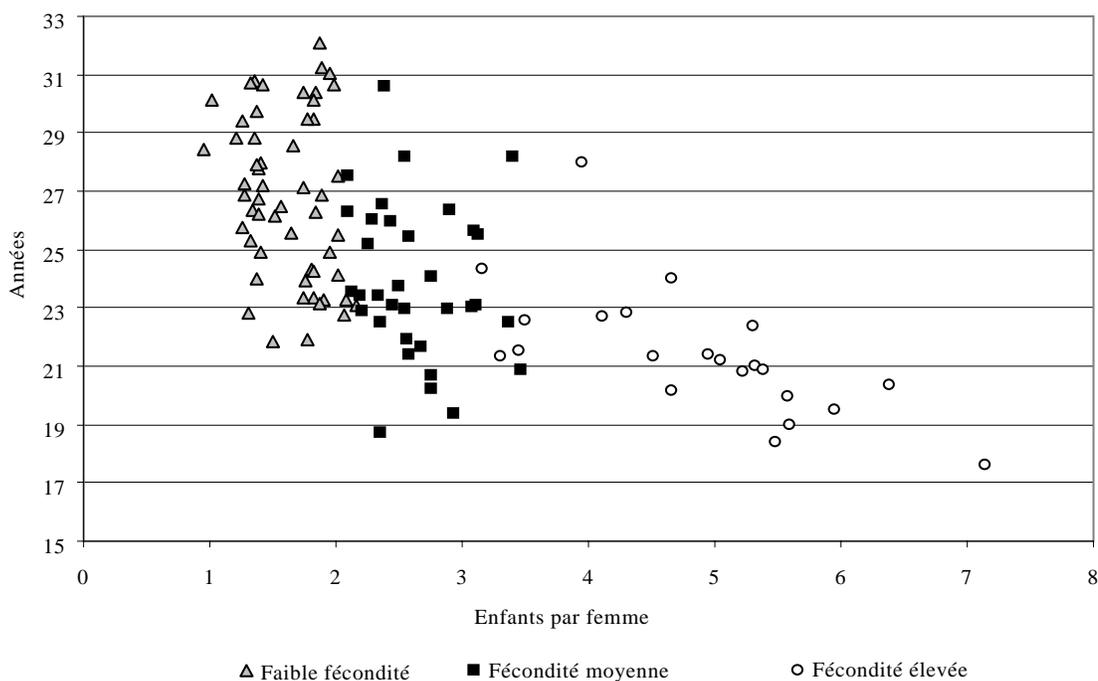
17. L'âge du mariage est un élément déterminant de la fécondité car, dans de nombreuses sociétés, le mariage marque le début de la période de procréation. Dans les sociétés où les unions consensuelles sont fréquentes, les données relatives aux personnes mariées comprennent généralement les personnes qui se trouvent dans des unions consensuelles, qu'elles soient mariées ou non. Toutefois, dans les pays où le mariage est de plus en plus différé car les jeunes couples choisissent de préférence

de vivre ensemble en formant des partenariats non officiels, les données ne tiennent pas suffisamment compte de ce phénomène nouveau.

18. Dans de nombreux pays, le relèvement de l'âge du mariage a contribué à réduire la fécondité, car cela réduit en fait la durée de vie procréative des femmes. Dans les sociétés où le mariage intervient très tôt, les femmes n'ont pas la possibilité de rester à l'école ou d'acquérir des qualifications professionnelles, ce qui fait obstacle à leur autonomisation. C'est la raison pour laquelle la plupart des pays ont fixé un âge minimal pour le mariage aussi bien des femmes que des hommes, bien que des exceptions à la règle soient généralement accordées avec l'assentiment des parents.

19. Dans la plupart des pays, l'âge moyen des célibataires au mariage, qui mesure la durée moyenne du célibat des personnes qui se marient avant 50 ans, a augmenté. Entre 1990 et 2005, cet âge n'a diminué que dans 16 des 111 pays pour lesquels des données sont disponibles. Le relèvement de cet âge moyen a eu tendance à être plus marqué dans les pays à faible fécondité que dans les pays à fécondité moyenne, qui ont eux-mêmes enregistré des augmentations plus fortes que les pays à fécondité élevée. En 2005, dans les pays à fécondité élevée, l'âge moyen des célibataires au mariage était beaucoup plus bas que dans les pays appartenant aux deux autres groupes (voir fig. II). La valeur médiane de cet âge moyen était de 21,3 ans dans les pays à fécondité élevée, de 23,4 ans dans les pays à fécondité moyenne et atteignait pas moins de 26,9 ans dans les pays à faible fécondité. Entre 1990 et 2005, cette valeur médiane a augmenté de trois ans dans les pays à faible fécondité et de un an aussi bien dans les pays à fécondité élevée que dans les pays à fécondité moyenne.

Figure II
Age moyen estimatif des célibataires au mariage en 2005, comparé à la fécondité cumulée pendant la période 2005-2010



20. Des taux élevés de fécondité vont de pair avec un faible âge moyen des célibataires au mariage, en particulier dans les pays à fécondité élevée. En 2005, cet âge était inférieur à 21 ans dans 14 pays seulement, et dans la plupart des pays, les taux de fécondité dépassaient largement trois enfants par femme. Les exceptions étaient le Bangladesh, le Guatemala, l'Inde et le Népal, où la fécondité cumulée variait entre 2,4 enfants par femme au Bangladesh et à peine un peu moins de 3,0 enfants par femme au Népal. Au Bangladesh, la fécondité a sensiblement baissé bien que l'âge moyen des célibataires au mariage soit resté bas (18,7 ans en 2005). Parmi les pays à fécondité élevée, le Niger, pays qui connaît la fécondité la plus élevée (7,2 enfants par femme), avait le plus bas âge moyen des célibataires au mariage (17,6 ans).

21. Dans les pays à faible fécondité (entre 1,0 et 2,3 enfants par femme), l'âge moyen des célibataires au mariage va de 21,9 ans en République de Moldova à 32,1 ans en Suède. En 2005, il y avait 11 pays à faible fécondité où cet âge moyen dépassait 30 ans, alors qu'il n'y en avait qu'un seul en 1990 (la Suède). Cet âge moyen était généralement plus élevé dans les pays d'Europe occidentale et septentrionale que dans les pays d'Europe orientale ou dans les pays en développement. Dans quelques pays européens toutefois, la moyenne élevée de l'âge des célibataires au mariage rend uniquement compte des mariages officiels et exclut les partenariats stables.

22. Le pourcentage des femmes dans certains groupes d'âge qui ont été mariées à un moment quelconque de leur vie est un autre indicateur de l'évolution des comportements en matière de mariage. Il ressort des données correspondant à la période 2000-2008 pour 146 pays que, dans la moitié des 62 pays à faible fécondité pour lesquels des données sont disponibles, moins de 60 % des femmes âgées de 25 à 29 ans avaient été mariées à un moment quelconque. Ce pourcentage était particulièrement faible au Danemark, en France, en Irlande, aux Pays-Bas, en Slovénie et en Suède, pays dans lesquels il se situait entre 22 et 30 %. Dans plusieurs de ces pays toutefois, les données ne rendent pas compte des partenariats stables.

23. Contrairement à ce qui se passe dans les pays à faible fécondité, le pourcentage des femmes qui ont été mariées à un moment ou à un autre parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans a dépassé 80 % dans 32 des 41 pays à fécondité élevée pour lesquels des données sont disponibles et a dépassé 70 % dans 24 des 43 pays à fécondité moyenne pour lesquels des données sont disponibles.

24. Dans la plupart des sociétés, la majorité des femmes se marient avant l'âge de 35 ans. Néanmoins, les données disponibles montrent que dans 21 pays à faible fécondité (Allemagne, Australie, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Japon, Lettonie, Liban, Pays-Bas, Slovénie et Suède, notamment) et dans 5 pays à fécondité moyenne (Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert et Namibie), plus de 30 % des femmes n'ont jamais été mariées. Dans les sociétés où les unions consensuelles ne sont pas tolérées et ne remplacent donc pas le mariage, le pourcentage élevé de femmes qui restent célibataires est un facteur déterminant dans la prévalence de faibles taux de fécondité.

25. En bref, la prévalence et l'âge du mariage sont très variables. Dans les pays à fécondité élevée, les gens se marient généralement tôt et la plupart des femmes se marient. Le relèvement de l'âge du mariage, en particulier dans les sociétés où il est

encore inférieur à 21 ou 22 ans, peut contribuer non seulement à réduire la fécondité, mais aussi à autonomiser les femmes en favorisant leur éducation et leur formation pour l'emploi. Dans les sociétés à faible taux de fécondité, dans lesquelles le mariage est de plus en plus souvent différé ou remplacé par des partenariats informels mais stables, il y a peut-être lieu de prévoir des mesures d'incitation pour encourager les couples à se marier. La nature de ces mesures variera d'une société à une autre, allant probablement de meilleures possibilités d'emploi pour les jeunes à l'accès à un logement abordable.

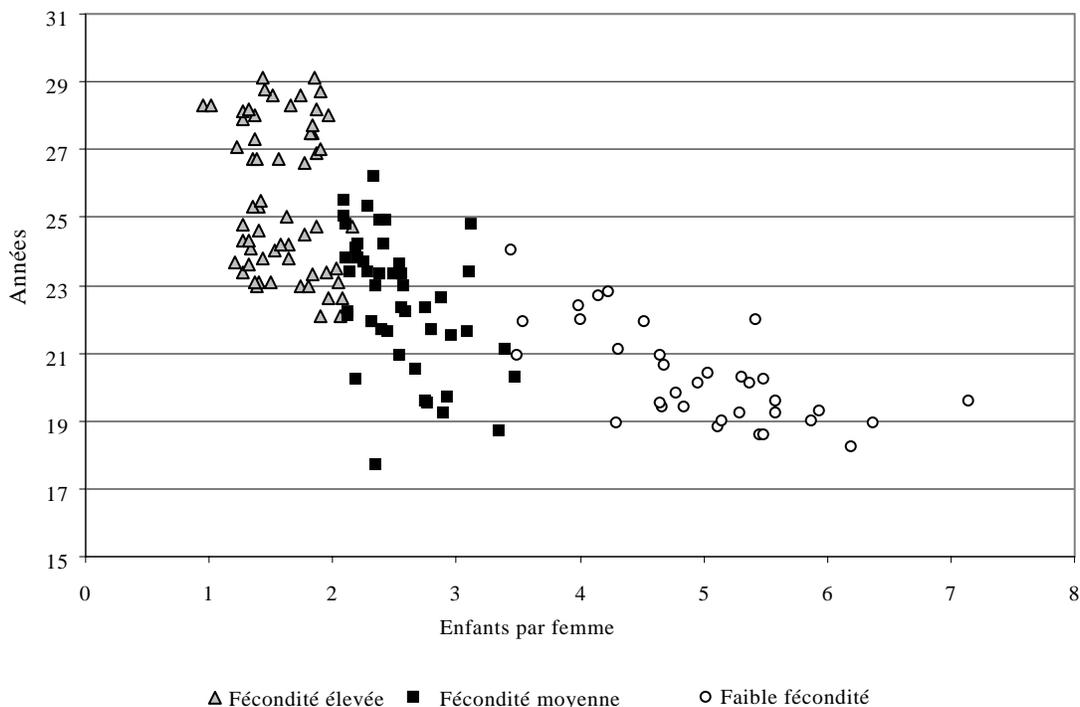
IV. L'âge de la procréation

26. Si l'âge du mariage constitue un indicateur utile du moment où commence la possibilité de procréer, l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant fournit un meilleur indicateur du début de la période de procréation. Plus les femmes attendent avant d'avoir leur premier enfant, plus la période de reproduction effective sera courte et plus sera grande la probabilité qu'elles aient un petit nombre d'enfants au cours de leur vie. Ainsi donc, une faible fécondité est souvent associée à un relèvement de l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant. Les estimations relatives aux années 70 et aux années autour de l'année 2000 confirment que l'âge moyen⁸ des femmes à la naissance de leur premier enfant a augmenté dans 48 des 50 pays à faible fécondité et dans 19 des 24 pays à fécondité moyenne. On ne dispose pas de données analogues pour les pays à fécondité élevée, mais une comparaison des indices de cohorte obtenus au moyen d'enquêtes démographiques et sanitaires donne à penser que l'âge moyen à la première naissance a augmenté dans 17 des 26 pays à fécondité élevée au cours de la dernière décennie.

27. Le relèvement de l'âge moyen à la première naissance a été dans l'ensemble plus marqué dans les pays faible fécondité que dans les pays à fécondité moyenne, qui semblent eux-mêmes avoir enregistré un relèvement moyen plus important que les pays à fécondité élevée. En conséquence, les écarts observés entre ces trois groupes de pays concernant l'âge des femmes au moment de la naissance de leur premier enfant sont marqués (voir fig. III). Selon les données nationales les plus récentes, qui correspondent pour la plupart à la fin des années 90, les femmes dans les pays à fécondité élevée avaient leur premier enfant bien plus tôt que celles des pays à faible fécondité : dans l'ensemble des 34 pays à fécondité élevée pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception du Tadjikistan, l'âge moyen à la première naissance était inférieur à 23 ans, alors qu'il était d'au moins 23 ans dans l'ensemble des 60 pays à faible fécondité pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception de 4 (Brésil, Costa Rica, Maldives et Viet Nam). Dans les pays à faible fécondité, l'âge moyen à la première naissance était généralement plus bas dans les pays d'Asie orientale et d'Asie du Sud-Est, en Amérique latine et dans les Caraïbes et en Europe orientale que dans les pays appartenant à d'autres régions d'Europe et d'Asie. L'Espagne est le pays où l'âge moyen à la première naissance était le plus élevé (29 ans).

⁸ Pour certains pays, les estimations disponibles correspondent à l'âge médian à la première naissance.

Figure III
 Âge moyen estimatif à la première naissance selon les données disponibles
 les plus récentes, comparé à la fécondité cumulée en 2005-2010



28. Dans les 46 pays à fécondité moyenne pour lesquels des données sont disponibles, l'âge moyen à la première naissance recoupe en partie celui observé dans les pays à faible fécondité et à fécondité élevée, l'âge moyen à la première naissance étant inférieur à 23 ans dans 23 des pays à fécondité moyenne et de 25 ans ou plus dans 4 autres (Bahreïn, États-Unis d'Amérique, Islande et Sri Lanka). Le Bangladesh, où la fécondité cumulée est de 2,4 enfants par femme, offre un cas particulier de pays à fécondité moyenne où l'âge moyen à la première naissance est très bas (17,7 ans).

29. Un relèvement de l'âge moyen à la première naissance signifie que les femmes diffèrent leur maternité, ce qui réduit la durée totale de leur période de fécondité. Les très faibles taux de fécondité enregistrés dans certains pays, en particulier au début des années 2000, sont en partie le résultat de ce report. Le relèvement récent de la fécondité cumulée dans plusieurs de ces pays donne à penser que les femmes ont cessé de différer leur maternité, mais les données sur l'âge auquel interviennent les premières naissances qui sont présentées ici ne rendent pas encore compte de ce changement.

30. Le recul de la fécondité commence généralement lorsque les couples limitent le nombre d'enfants qu'ils ont, c'est-à-dire lorsque les femmes cessent d'avoir des enfants plus tôt qu'elles ne l'auraient fait autrement. En conséquence, les taux de fécondité baissent pour les tranches d'âge supérieures et l'âge moyen de la

procréation diminue. Entre 1995 et 2005, l'âge moyen de la procréation a diminué dans 25 des 53 pays à fécondité moyenne et dans 26 des 49 pays à fécondité élevée pour lesquels des données sont disponibles, ce qui montre que la limitation des naissances avait commencé. Dans les pays où l'âge moyen de la procréation a diminué, la valeur médiane de ce recul a été de 0,8 année par décennie dans les pays à fécondité moyenne et de 0,5 année par décennie dans les pays à fécondité élevée. Les pays qui ont connu un abaissement de l'âge moyen de la procréation avaient en règle générale des taux de fécondité plus élevés que ceux où cet âge moyen avait augmenté : l'écart des taux moyens de fécondité cumulée était de 1 enfant par femme dans les pays à fécondité moyenne (4,0 contre 3,0 enfants par femme) et de 0,4 enfant par femme dans les pays à fécondité élevée (6,1 contre 5,7 enfants par femme).

31. En bref, alors que la tendance dominante dans les pays à faible fécondité a été de différer la procréation, dans les pays à fécondité moyenne et dans ceux à fécondité élevée, l'abaissement de l'âge moyen de la procréation s'est généralisé à mesure que les femmes limitent de plus en plus le nombre de leurs enfants.

V. La fécondité des adolescentes

32. Lorsque les femmes ont leur premier enfant quand elles sont très jeunes, elles courent plus de risques de complications pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Les grossesses avant l'âge de 15 ans, en particulier, comportent des risques aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Ce risque de complications est faible lorsque les mères ont 18 ans et reste faible pendant quelques années, avant de croître à nouveau. Dans la plupart des sociétés, l'âge légal de la majorité et l'âge légal minimum du mariage sont fixés à 18 ans (sur les 107 pays qui ont envoyé des rapports, 95 ont fixé cet âge à 18 ans ou plus). Dans certains pays toutefois, le mariage intervient plus tôt⁹. La communauté internationale sait depuis longtemps que, pendant la transition de l'adolescence à l'âge adulte, les jeunes, et plus particulièrement les filles, sont soumis à des pressions sociales et économiques qui peuvent les rendre vulnérables à une activité sexuelle sans protection et à des grossesses précoces. C'est la raison pour laquelle l'une des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement porte sur la réduction de la fécondité des adolescentes, autrement dit le taux de natalité parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans¹⁰.

33. Le taux de fécondité chez les adolescentes est très étroitement lié au pourcentage de femmes entre 15 et 19 ans qui ont été mariées ou ont vécu dans une union consensuelle (voir fig. IV). Dans la plupart des pays où au moins un quart des femmes âgées de 15 à 19 ans ont été mariées, le taux de fécondité chez les adolescentes dépasse 100 naissances pour 1 000 femmes. C'est ainsi que dans la moitié des 36 pays à fécondité élevée pour lesquels des données sont disponibles, le pourcentage de femmes qui ont été mariées dans la tranche d'âge comprise entre 15

⁹ Au moins 12 pays ont un âge légal minimal pour le mariage inférieur à 18 ans. Cet âge est fixé à 17 ans en Arménie, en Azerbaïdjan, en Guinée, en Israël, en Ouzbékistan, au Togo et en Ukraine; il est de 16 ans à Malte, au Pakistan et en Roumanie; de 15 ans au Cameroun et de 14 ans dans l'État plurinational de Bolivie.

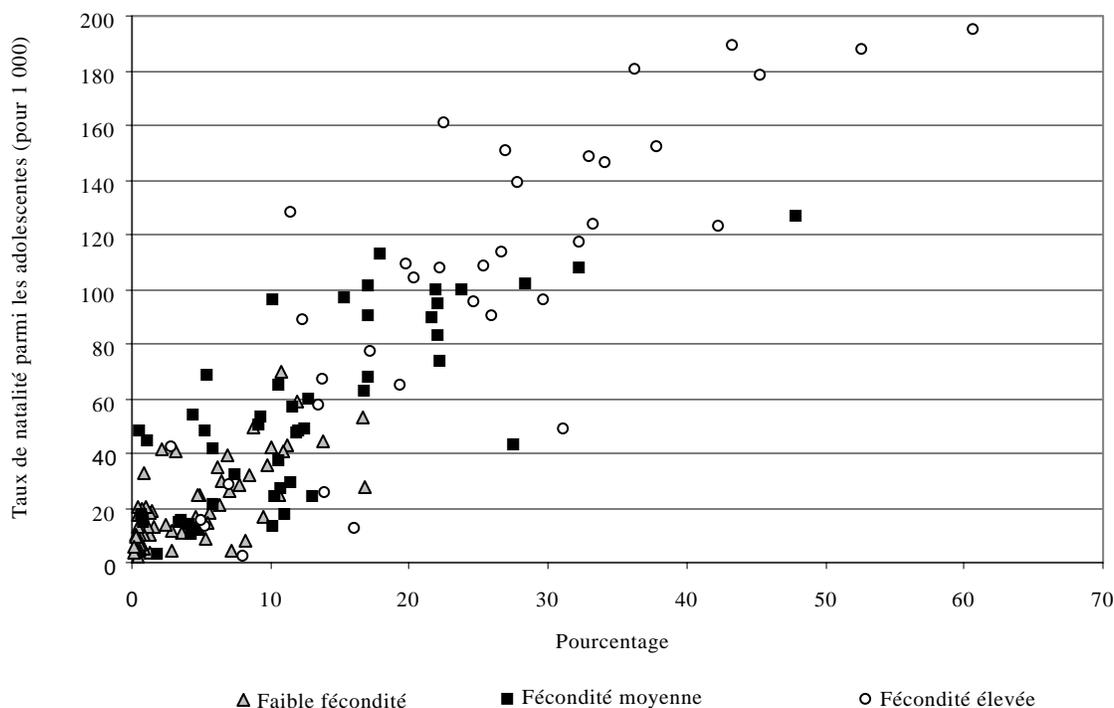
¹⁰ Cette tranche d'âge a été choisie en fonction des données disponibles et n'est pas idéale pour mesurer l'incidence des naissances parmi les femmes mineures.

et 19 ans dépasse 25 % et que dans tous ces pays à l'exception de 3, le taux de fécondité chez les adolescentes est supérieur à 100 naissances pour 1 000 femmes dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans. Parmi les 48 pays à fécondité moyenne pour lesquels des données sont disponibles, dans 4 seulement plus d'un quart des femmes âgées de 15 à 19 ans sont mariées ou l'ont été; dans 3 d'entre eux (Bangladesh, Népal et Nicaragua), le taux de fécondité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans est supérieur à 100 naissances pour 1 000.

34. Le taux de fécondité parmi les adolescentes est généralement faible dans les pays à faible fécondité, en partie du fait que très peu de femmes âgées de 15 à 19 ans sont mariées. Dans trois quarts des 60 pays à faible fécondité pour lesquels des données sont disponibles, 7,3 % des femmes appartenant à ce groupe d'âge sont ou ont été mariées. Le taux de fécondité le plus élevé parmi les adolescentes dans les pays à faible fécondité se situe à 70 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, mais les trois quarts des pays à faible fécondité ont un taux de fécondité inférieur à 30 naissances pour 1 000 parmi les adolescentes. En revanche, trois quarts des pays à fécondité élevée ont des taux de fécondité supérieurs à 63 naissances pour 1 000 parmi les adolescentes et la moitié des pays à fécondité moyenne ont des taux de fécondité supérieurs à 49 naissances pour 1 000 parmi les adolescentes.

Figure IV

Taux de natalité estimatif parmi les adolescentes en 2005, comparé au pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans, mariées ou ayant été mariées, à la date la plus récente pour laquelle des données sont disponibles



35. Entre 1990 et 2005, le taux de fécondité parmi les adolescentes a diminué dans l'ensemble des 177 pays pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception de 25. En termes relatifs, cette diminution a généralement été plus faible dans les pays à fécondité élevée que dans les pays à fécondité moyenne, où cette diminution a dans l'ensemble été moins marquée que dans les pays à faible fécondité. Du fait que dans au moins la moitié des pays à fécondité élevée et dans environ un quart de ceux à fécondité moyenne, la proportion des femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont déjà été mariées est relativement forte, la réduction du taux de fécondité parmi les adolescentes peut dépendre de l'atténuation de la propension à se marier jeune. Par ailleurs, veiller à ce que les jeunes femmes mariées aient accès à des services de santé procréative devrait également être une priorité. Dans d'autres pays où le taux de fécondité parmi les adolescentes est encore relativement élevé en dépit du fait que quasiment aucune femme âgée de 15 à 19 ans n'a été mariée, veiller à ce que les jeunes femmes célibataires aient accès à des programmes de santé procréative devrait faire partie de toute stratégie visant à réduire la fécondité des adolescentes.

36. L'amélioration du niveau d'instruction des filles est un autre élément important dans la réduction de l'incidence des mariages précoces et de la fécondité des adolescentes. Lorsque les adolescentes restent plus longtemps à l'école, elles ont plus de chances de différer le mariage et la procréation. Dans 24 des pays à fécondité élevée en Afrique, le taux de natalité parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans sans éducation est quatre fois plus élevé que celui des femmes qui ont reçu une éducation secondaire ou supérieure¹¹. En Inde, 33 % des femmes âgées de 15 à 19 ans qui n'ont pas été à l'école et 22 % de celles qui ont seulement été à l'école primaire avaient déjà eu un enfant, contre à peine 9 % de celles qui avaient reçu une certaine éducation secondaire¹². Même dans les pays à faible fécondité, les grossesses sont plus fréquentes parmi les jeunes femmes ayant un faible degré d'instruction que parmi celles qui ont un meilleur niveau d'éducation¹³.

37. La fécondité des adolescentes est une grave source de préoccupation pour la plupart des gouvernements (87 % en 2009), dont beaucoup ont des politiques ou des programmes pour y faire face¹⁴. Les politiques de cette nature sont plus répandues dans les pays à fécondité moyenne (87 % d'entre eux en ont) que dans les pays à faible fécondité (73 %) ou dans les pays à fécondité élevée (81 %). Parmi les mesures prises à cet effet figure l'appui aux institutions publiques et aux organisations non gouvernementales qui offrent aux adolescentes une formation à l'autonomie fonctionnelle, à la santé procréative et à l'éducation en matière de sexualité. Des services de conseil et d'orientation par les pairs pour les jeunes et les parents ont également été encouragés. Des services de formation à cet égard ont été offerts dans des cadres non institutionnels ainsi que dans des centres de formation professionnelle et des clubs de jeunes. Les adolescents du monde entier souhaitent disposer d'informations fiables sur l'hygiène sexuelle et la santé procréative et en

¹¹ *Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2010* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.10.I.7).

¹² *Enquêtes démographiques et sanitaires*, StatCompiler, 2010 (disponible sur www.statcompiler.com).

¹³ Susheela Singh *et al.*, « Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries », *Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 6 (2001).

¹⁴ *World Population Policies 2009* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.09.XIII.14).

ont besoin. Des programmes sur l'éducation sexuelle et la prévention de l'infection par le VIH ont permis d'élaborer des directives sur le meilleur moyen d'encourager les jeunes à réfléchir, à faire preuve de sens critique et à dialoguer en vue de renforcer leur assurance et leur aptitude à trouver des solutions pour leur permettre de prendre des décisions responsables en matière de sexualité et de procréation. Ces programmes ont contribué à retarder les premiers rapports sexuels, à éviter les grossesses non désirées et à prévenir les comportements sexuels à risque parmi les jeunes¹⁵.

VI. Usage des contraceptifs et demande non satisfaite en matière de planification familiale

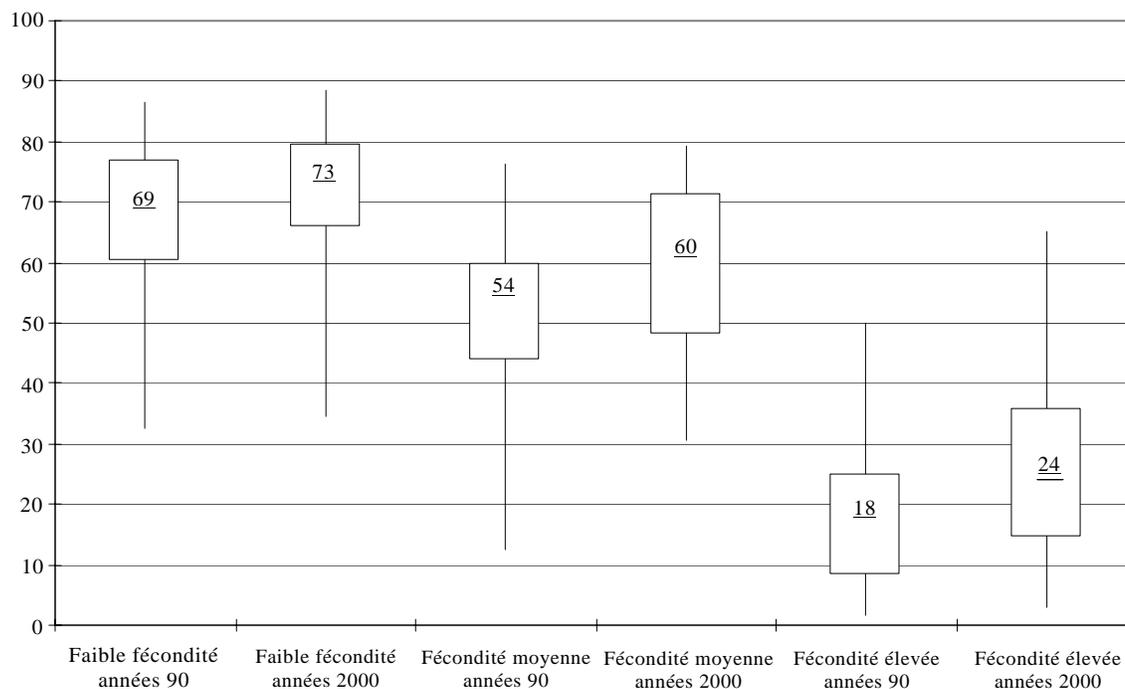
38. L'usage de la contraception, et plus particulièrement des méthodes modernes de contraception, est le moyen généralement utilisé par les couples et les individus pour contrôler le nombre de leurs enfants. Depuis l'apparition des contraceptifs modernes, dans les années 60, leur utilisation par les personnes qui sont mariées ou vivent en union libre a sensiblement augmenté, en particulier dans les populations où la fécondité cumulée a chuté. La prévalence des contraceptifs, définie comme le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en couple et qui utilisent une méthode de contraception, atteignait en moyenne 72 % dans les pays développés et 61 % dans les pays en développement en 2009; parmi les utilisateurs de contraceptifs, ceux qui ont recours à des méthodes modernes de contraception représentaient 85 % des utilisateurs dans les pays développés et 90 % dans les pays en développement.

39. La prévalence des contraceptifs est généralement plus forte dans les pays à faible fécondité et dans les pays à fécondité moyenne que dans les pays à fécondité élevée (voir fig. V). Selon les données relatives aux années 90 et à la fin des années 2000, la prévalence des contraceptifs a augmenté dans 62 % des 34 pays à faible fécondité pour lesquels des données sont disponibles, dans 89 % des 36 pays à fécondité moyenne pour lesquels des données sont disponibles, et dans 78 % des 45 pays à fécondité élevée. Parmi les pays à faible fécondité, la prévalence médiane est passée de 69 à 73 %, tandis qu'elle passait de 54 à 60 % dans les pays à fécondité moyenne, et de 18 % seulement à 24 % dans les pays à fécondité élevée.

¹⁵ Fonds des Nations Unies pour la population, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights* (disponible sur http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uarh_report_2010.pdf).

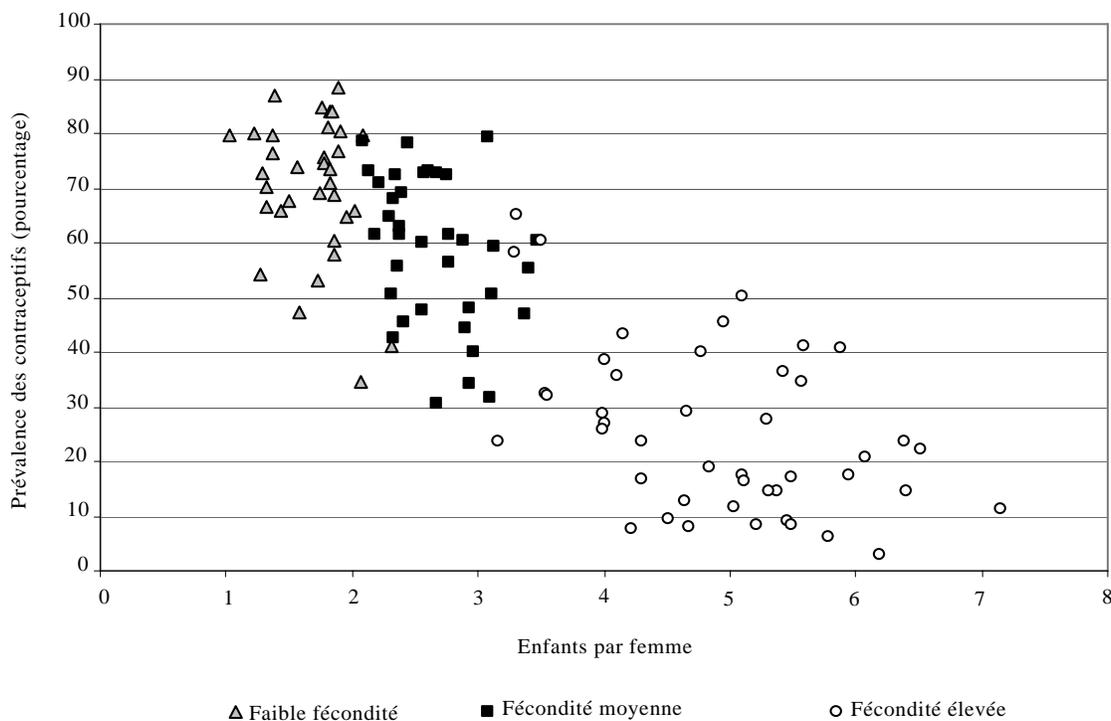
Figure V
Répartition des pays par niveau de prévalence des contraceptifs,
années 90 et 2000

(Pourcentage)



40. Bien que la prévalence des contraceptifs soit encore très faible dans la plupart des pays à fécondité élevée pour lesquels des données sont disponibles, elle a dépassé 30 % dans 15 d'entre eux et 50 % dans 4 autres. Dans les pays à fécondité moyenne, cette prévalence est supérieure à 50 % dans 72 % d'entre eux et elle est souvent très forte également dans les pays à faible fécondité (elle dépasse 50 % dans 91 % d'entre eux). En règle générale, une faible prévalence des contraceptifs va de pair avec une forte fécondité mais, ainsi qu'il ressort de la figure VI, pour un niveau donné de fécondité cumulée, on observe d'énormes variations du taux de prévalence des contraceptifs. Parmi les pays dont la fécondité cumulée estimative varie entre 1 et 3 enfants par femme, en particulier, la prévalence des contraceptifs se situe entre deux extrêmes, à savoir 31 % au Bhoutan et 88 % en Norvège. L'importance de cet écart donne à penser que des facteurs autres que la prévalence générale des contraceptifs contribuent pour beaucoup à déterminer les taux de fécondité, à savoir notamment l'efficacité des méthodes utilisées, la fréquence des mariages, des divorces et des séparations, l'incidence des grossesses en dehors du mariage et celle des avortements.

Figure VI
Taux le plus récent d'utilisation des contraceptifs, comparé à la fécondité cumulée en 2005-2010

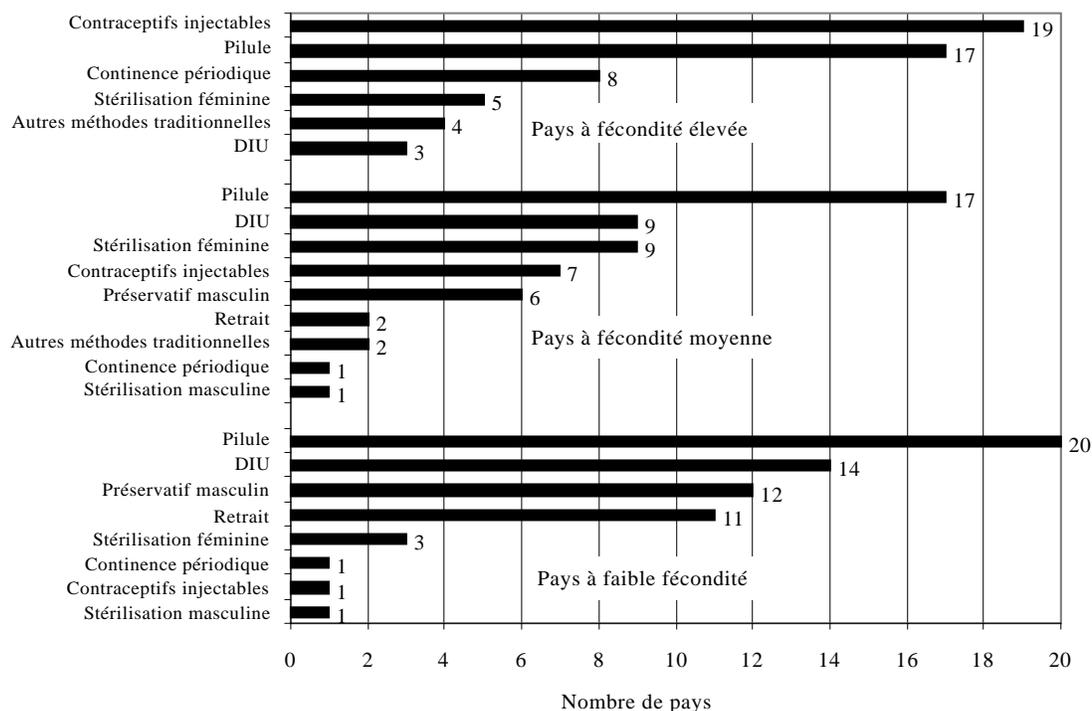


41. La mesure dans laquelle les femmes font confiance aux méthodes modernes de contraception varie également d'une catégorie de pays à une autre. Sur les 53 pays à fécondité élevée pour lesquels des données sont disponibles pour les années 2000, 42 utilisent très peu les méthodes modernes, la prévalence des contraceptifs modernes allant de 1 % en Somalie à 28 % à Madagascar. Dans les autres pays à fécondité élevée, cette prévalence est généralement inférieure à 40 %, les seules exceptions étant le Honduras (56 %) et la République arabe syrienne (48 %). De plus, dans 11 pays à fécondité élevée, plus de 40 % des utilisateurs de contraceptifs ont recours à des méthodes traditionnelles de contraception, qui sont moins efficaces que les méthodes modernes.

42. Comparées à celles des pays à fécondité élevée, les femmes des pays à fécondité moyenne ont plus de chances d'utiliser des méthodes modernes de contraception. La prévalence des contraceptifs modernes dépasse 30 % dans 40 des 43 pays à fécondité moyenne pour lesquels des données sont disponibles et, dans un seul de ces pays, le Gabon, plus de 40 % des utilisateurs de contraceptifs ont recours à des méthodes traditionnelles. L'utilisation de contraceptifs modernes n'est pas aussi systématique dans les 42 pays à faible fécondité pour lesquels des données sont disponibles. C'est ainsi que dans neuf d'entre eux, la prévalence des contraceptifs modernes est inférieure à 30 % : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, ex-République Yougoslave de Macédoine, Géorgie, Maldives, Monténégro et Serbie. Par ailleurs, dans 10 des pays à faible fécondité, 40 % ou plus des utilisateurs de contraceptifs continuent à avoir recours à des méthodes traditionnelles.

43. Dans quasiment tous les pays pour lesquels des données sont disponibles sur la gamme des méthodes contraceptives utilisées, on observe une préférence pour une ou deux méthodes. Dans 59 % des 173 pays qui disposent de données sur la gamme des méthodes utilisées, deux méthodes représentent au moins 60 % de l'ensemble de l'utilisation de contraceptifs. En outre, dans la moitié environ des pays étudiés, une seule méthode représente au moins 40 % de cette utilisation. La principale méthode utilisée varie énormément d'un pays à l'autre (voir fig. VII). Dans les 63 pays à faible fécondité pour lesquels des données sont disponibles, deux méthodes modernes et très efficaces, la pilule et le dispositif intra-utérin (DIU), sont les principales méthodes utilisées, la pilule dans 20 de ces pays et le DIU dans 14. Deux méthodes masculines (le préservatif et le coït interrompu) dominent dans les autres. Vient ensuite la stérilisation féminine, qui est la principale méthode utilisée au Brésil, aux Maldives et à Porto Rico. La continence périodique, les contraceptifs injectables et la stérilisation masculine sont les méthodes les plus fréquemment utilisées en Pologne, au Myanmar et au Canada, respectivement. Dans plusieurs pays à faible fécondité, dont l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Grèce, le Japon, Malte et la Serbie, les deux méthodes les plus souvent utilisées sont le préservatif masculin et le retrait.

Figure VII
Nombre de pays par ordre de méthode contraceptive utilisée



44. Les méthodes anticonceptionnelles modernes dominent dans les 54 pays à fécondité moyenne pour lesquels des données sont disponibles. La pilule est la méthode la plus utilisée dans le plus grand nombre d'entre eux (17); viennent ensuite les dispositifs intra-utérins (DIU) et la stérilisation féminine, chacune de ces méthodes venant au premier rang dans neuf pays, puis les contraceptifs injectables et les préservatifs masculins. Le coït interrompu est la méthode la plus utilisée à Bahreïn et en Turquie, alors que les diverses méthodes modernes dominent au Mexique et en République bolivarienne du Venezuela, parallèlement à la continence périodique au Gabon et à la stérilisation masculine au Bhoutan.

45. Les principales méthodes utilisées sont légèrement moins variées dans les pays à fécondité élevée. Dans les 56 pays de cette catégorie pour lesquels des données sont disponibles, les contraceptifs injectables et la pilule sont les principales méthodes utilisées dans 19 et 17 de ces pays respectivement. Viennent ensuite la continence périodique (qui domine dans huit pays), la stérilisation féminine (très utilisée dans cinq pays), les autres méthodes traditionnelles (importantes dans quatre pays) et les DIU (qui dominent dans trois pays). Dans les pays où la méthode dominante n'est pas très efficace, la deuxième la plus utilisée l'est généralement. Parmi les exceptions figurent le Bénin, le Cameroun, le Congo, la République démocratique du Congo et le Togo, où la continence périodique est la méthode la plus fréquemment utilisée, suivie par le préservatif masculin et le retrait.

46. L'accès à une gamme aussi large que possible de méthodes de contraception sans danger et efficaces n'est pas encore une réalité dans de nombreux pays. Dans les pays où les utilisateurs ont largement recours à des méthodes dont le taux d'échec est élevé et où l'accès à des méthodes utilisables à long terme est insuffisant, leurs besoins ne sont pas satisfaits. Garantir l'accès à une large gamme de méthodes anticonceptionnelles est particulièrement important pour réduire la probabilité de l'interruption de la contraception. Une étude réalisée dans huit pays a permis de constater que ce taux d'interruption après une année de contraception varie entre 14 et 58 % pour la pilule, entre 6 et 36 % pour les DIU, et entre 18 et 68 % pour les contraceptifs injectables¹⁶. Ces taux d'interruption ont tendance à être plus faibles dans les pays où les services de planification familiale ont systématiquement recours à de nouveaux contraceptifs, tels que la pilule à base uniquement de progestatifs, où ils concentrent leurs efforts sur les services de conseil et de suivi, et où ils disposent de services d'orientation vers des spécialistes en cas de complications éventuelles.

47. Malgré les progrès obtenus dans de nombreux pays pour élargir l'accès aux contraceptifs, d'énormes disparités subsistent à l'intérieur des pays, où les éléments jeunes, pauvres, moins éduqués et ruraux de la population ont plus de difficultés à accéder à des services de planification familiale. Il ressort des données relatives à 64 pays en développement que d'énormes disparités dans l'utilisation des contraceptifs existent dans toutes les régions à l'exception de l'Asie centrale, et qu'elles sont particulièrement marquées dans les pays à fécondité élevée d'Afrique subsaharienne¹⁷.

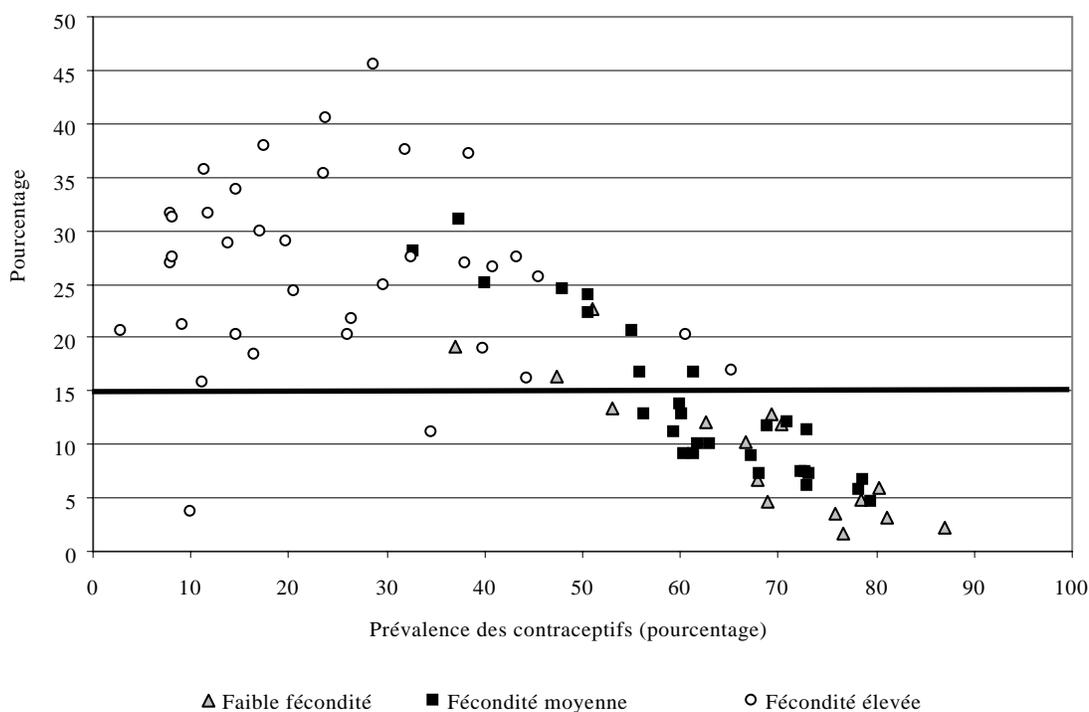
¹⁶ Sarah Bradley *et al.* « Levels, Trends and Reasons for Contraceptive Discontinuation », étude analytique n° 20 menée dans le cadre des enquêtes démographiques et sanitaires (Calverton, Maryland, ORC Macro, 2009).

¹⁷ Nuriye Ortayli et Shawn Malarcher, « Equity analysis: Identifying who benefits from family planning programmes », *Studies in Family Planning*, vol. 41, n° 2 (2010).

48. La proportion des femmes fécondes qui sont mariées ou vivent en couple et qui souhaitent retarder leur prochaine grossesse ou ne plus du tout avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception fournit un précieux indicateur des besoins de services de planification familiale. La demande non satisfaite est généralement faible lorsque le nombre d'enfants désirés est élevé, elle augmente lorsque le nombre d'enfants désirés diminue puis baisse lorsque l'utilisation de contraceptifs se généralise et devient équitablement répartie. La demande non satisfaite est généralement faible lorsque le taux d'utilisation de contraceptifs est élevé, et inversement. Dans les pays à fécondité faible et moyenne, la demande non satisfaite est généralement faible, en particulier si on la compare au taux d'utilisation de contraceptifs (voir fig. VIII). En revanche, la demande non satisfaite est supérieure au taux d'utilisation de contraceptifs dans 21 des 36 pays à fécondité élevée pour lesquels des données sont disponibles, et dans la totalité de ces pays à l'exception de deux (Îles Salomon et Timor-Leste), les besoins de planification familiale de plus d'une femme mariée sur six ne sont pas couverts. De la même manière, de forts besoins non satisfaits sont signalés dans 9 des 29 pays à fécondité moyenne pour lesquels des données sont disponibles et dans 3 des 16 pays à faible fécondité pour lesquels des données sont disponibles (Azerbaïdjan, Géorgie et Myanmar). Dans ces 12 pays, la demande non satisfaite varie entre 16 et 31 %, taux inférieurs à ceux signalés par les 11 pays à fécondité élevée dans lesquels la demande non satisfaite est la plus forte (allant de 30 à 46 %).

Figure VIII

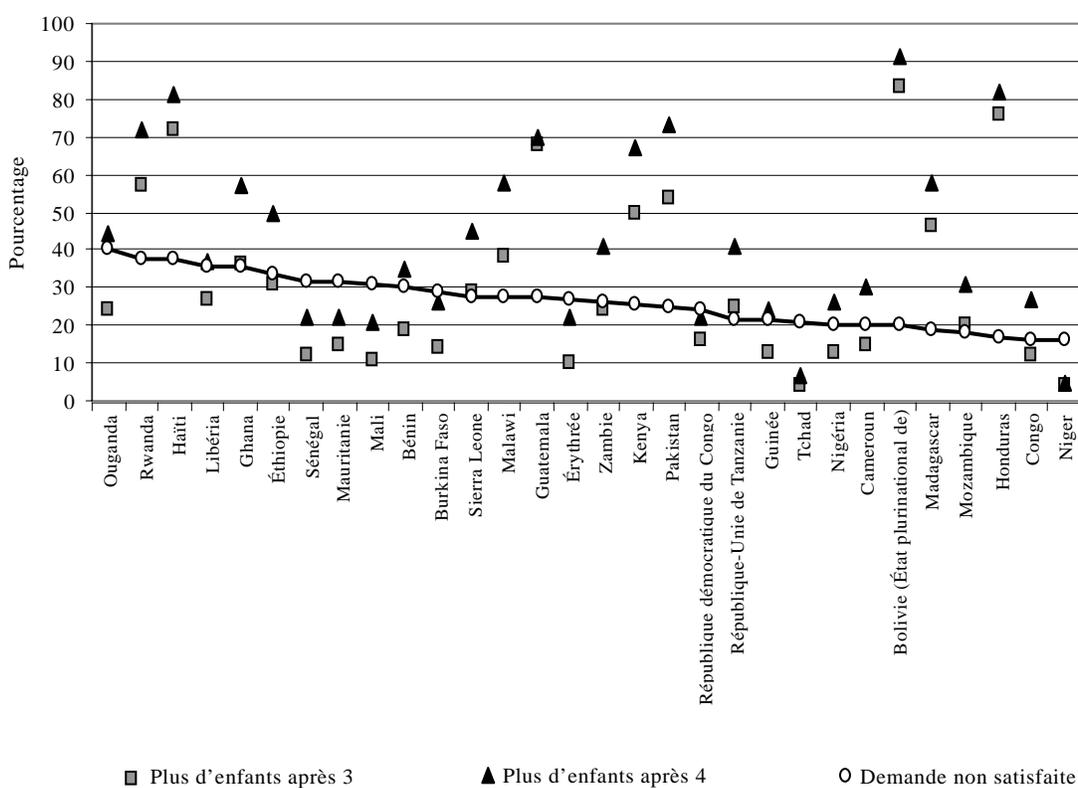
Demande de planification familiale non satisfaite, comparée au taux de prévalence des contraceptifs



49. La demande non satisfaite est liée au souhait d'avoir des enfants et, dans de nombreux pays à fécondité élevée, les couples souhaitent avoir plusieurs enfants. Il semblerait toutefois que la situation évolue et que, dans certains pays à fécondité élevée, une forte proportion de femmes ne souhaitent plus avoir d'enfants après en avoir eu trois ou quatre. Ainsi qu'il ressort de la figure IX, le niveau de la demande non satisfaite dans 22 des 30 pays à fécondité élevée qui ont été étudiés est inférieur au fort pourcentage de femmes qui ne souhaitent plus avoir d'enfants après en avoir eu quatre. On compte néanmoins encore huit pays au minimum où 78 % des femmes mariées ou plus souhaitent avoir encore des enfants après en avoir eu quatre. Dans ces populations, répondre à la faible demande actuelle non satisfaite en matière de planification familiale ne constituerait que la première étape de la transition à une baisse de la fécondité, qui devrait être renforcée par d'autres mesures destinées à modifier les normes concernant le nombre d'enfants désirés.

Figure IX

Pourcentage de femmes ne souhaitant plus avoir d'enfants, comparé au nombre d'enfants qu'elles ont déjà et à la demande non satisfaite de services de planification familiale, dans les pays à fécondité élevée



50. En bref, malgré les résultats obtenus en vue de parvenir à ce que tous les couples et les individus disposent de l'information, de l'éducation et des moyens pour avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent, dans de nombreux pays, l'accès à la planification familiale est en retard sur les besoins de la population. La plupart de ces pays ont une fécondité élevée et font également partie des moins avancés ou des plus pauvres dans leurs régions respectives. Même si, dans la plupart d'entre eux, le nombre d'enfants souhaités demeure élevé, il semblerait que ce désir d'enfant soit en train d'évoluer et que la demande non satisfaite de planification familiale va de modérée à forte dans la plupart d'entre eux. Par ailleurs, la demande non satisfaite reste modérée dans un certain nombre de pays à fécondité faible ou moyenne et la gamme des méthodes de contraception utilisées dans la plupart des pays est dominée par un très petit nombre d'entre elles, ce qui semble indiquer qu'il serait possible d'accroître la gamme des méthodes de contraception sans danger et efficaces qui sont proposées. Il est d'autant plus urgent de s'attacher en priorité à améliorer l'accès à une large gamme de méthodes de planification familiale que, comme nous allons le démontrer, la planification familiale est un moyen peu coûteux d'accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé. En outre, dans la mesure où un meilleur accès à des services de planification familiale déclenche un processus dans lequel les familles peu nombreuses offrent plus de chances à chaque enfant et où un ralentissement de la croissance démographique permet de consacrer plus d'investissements à la jeunesse, cela peut apporter une contribution décisive au développement économique.

VII. La santé maternelle

51. Assurer la santé maternelle est une priorité universelle. Dans les pays à faible fécondité, des soins prénatals sont automatiquement fournis aux femmes enceintes et la probabilité de mourir en couches est très faible. Dans les pays en développement, notamment dans ceux à fécondité élevée, de nombreuses femmes enceintes n'ont toujours pas accès à des soins maternels adéquats et courent un grand risque de mourir en couches. À l'échelle du monde entier, le nombre de femmes en âge de procréer est passé de 1,3 milliard en 1990 à 1,8 milliard aujourd'hui et continuera d'augmenter. Cet accroissement à lui seul devrait avoir augmenté le nombre de décès maternels¹⁸, et pourtant les estimations les plus récentes montrent que leur nombre a été ramené de 545 000 en 1990 à 358 000 en 2008¹⁹. Ce recul a été rendu possible à la fois par le fléchissement de la fécondité, qui a plus que contrebalancé l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer, et par l'amélioration des soins maternels. D'importantes disparités subsistent cependant en matière de fécondité et d'accès aux soins de santé maternelle. À ce jour, 65 % des décès maternels se produisent dans les pays à fécondité élevée et la plupart pourraient être évités. Qui plus est, alors que les pays à faible fécondité et les pays à fécondité moyenne, pris ensemble, ont réussi à réduire de 55 % leur mortalité maternelle globale et pourront atteindre collectivement l'objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire de 75 % la mortalité

¹⁸ L'Organisation mondiale de la Santé 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.

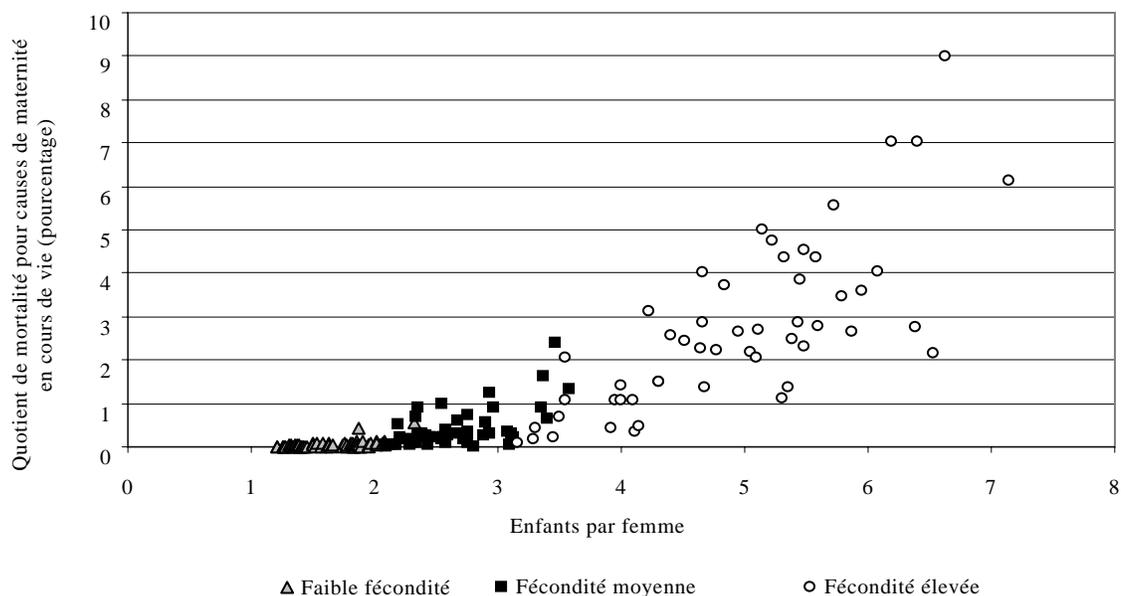
¹⁹ *Trends in Maternal Mortality: 1990-2008* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010).

maternelle d'ici à 2015, les pays à fécondité élevée n'atteindront probablement pas cet objectif du fait que leur mortalité maternelle n'a baissé que de 28 % depuis 1990.

52. Le quotient de mortalité pour causes de maternité en cours de vie augmente parallèlement à la fécondité (voir fig. X). Un fléchissement rapide de la fécondité s'accompagne généralement d'un abaissement sensible de la mortalité maternelle. La prévention des grossesses à haut risque, c'est-à-dire des grossesses qui interviennent à moins de deux ans d'intervalle chez les adolescentes et les femmes âgées, est bénéfique non seulement pour les femmes concernées, mais aussi pour la santé et la survie de leurs enfants. L'accès à des services de planification familiale, en permettant aux femmes d'éviter des grossesses inopportunes ou non désirées, est d'une importance cruciale à cet égard. Si la demande actuelle de méthodes modernes de contraception était satisfaite, le nombre des grossesses non désirées pourrait être réduit de 71 % et près de 100 000 décès maternels pourraient être évités. Dans un avenir immédiat, un montant additionnel de 3,6 milliards de dollars des États-Unis par an (en dollars de 2008) sera nécessaire pour couvrir les besoins actuels non satisfaits en matière de planification familiale²⁰ mais, au fur et à mesure de l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer, les moyens de financement devront être accrus.

Figure X

Quotient de mortalité pour causes de maternité en cours de vie en 2008, comparé à la fécondité cumulée pendant la période 2005-2010



²⁰ Susheela Singh *et al.*, *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (New York, Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population, 2009).

53. Lorsque les femmes sont enceintes, un suivi médical continu est indispensable pour garantir un accouchement sans danger ainsi que la santé de la mère et de l'enfant. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un ensemble de soins pour les femmes enceintes qui comprend au moins quatre visites prénatales à des services de soins maternels, la présence de personnel qualifié au moment de l'accouchement, l'utilisation de matériel et de médicaments appropriés, la possibilité de diriger et de transporter les femmes qui présentent des complications vers des services de soins obstétriques d'urgence, et enfin un suivi et des conseils postnatals. Dans de nombreux pays en développement, en particulier ceux où la fécondité est élevée, les femmes manquent de soins adéquats pendant la grossesse et l'accouchement²¹. Entre 2003 et 2008, seulement 34 % des femmes enceintes dans les régions rurales et 67 % dans les régions urbaines ont bénéficié de quatre visites prénatales et à peine 60 % de toutes les femmes enceintes ont reçu l'aide de personnel qualifié au moment de l'accouchement²². En Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Océanie, le pourcentage de femmes qui ont reçu l'aide de personnel qualifié au moment de leur accouchement était plus faible encore, soit 45, 46 et 57 % respectivement. Les soins obstétriques d'urgence sont encore plus rares, très peu de pays en Afrique ou en Asie procédant au nombre de césariennes auquel on pourrait s'attendre compte tenu de l'incidence des complications liées à la grossesse. Par ailleurs, dans de nombreux pays, les soins postnatals sont inexistant, ce qui prive les femmes de la possibilité de bénéficier pendant la période postnatale de conseils importants concernant les soins à donner aux nouveau-nés et la planification familiale. La pauvreté et le manque d'éducation sont des obstacles à l'accès à des soins maternels et infantiles adéquats. Il ressort des enquêtes démographiques et sanitaires réalisées dans 38 pays que moins de 30 % des femmes appartenant au quintile de richesse le plus bas bénéficient de la présence de personnel qualifié lors de leur accouchement, proportion qui atteint 80 % pour les femmes appartenant au quintile de richesse le plus élevé²³. Des inégalités liées à la race, à l'origine et au statut socioéconomique ont également été signalées dans les pays développés.

54. Le manque de services obstétriques appropriés au moment de l'accouchement peut entraîner diverses séquelles de la grossesse et de l'accouchement : stérilité, anémie sévère, prolapsus utérin et fistule vaginale. Le nombre de femmes qui souffrent de séquelles de ce type est estimé à 300 millions, dont au moins 2 millions souffrent de fistules vaginales qui n'ont pas été soignées²⁴. Les mutilations génitales féminines augmentent le risque de complications au moment de l'accouchement. L'anémie, qui touche 42 % des femmes enceintes et qui est souvent aggravée par le paludisme, l'infection par le VIH et d'autres maladies, accroît le risque d'hémorragie, à l'origine de 35 % des décès maternels entre 1997 et 2007. Venaient ensuite, parmi les causes les plus répandues de la mortalité maternelle, l'hypertension liée à la grossesse, les complications d'avortements non médicalisés

²¹ *Progrès pour les enfants : une fiche de rapport sur la mortalité maternelle* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.08.XX.16); *Compte à rebours 2015 : Suivi des progrès dans le domaine de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : le rapport de 2008* (New York, UNICEF, 2008).

²² *Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement*.

²³ *Rapport décennal (2000-2010) du compte à rebours 2015 : Suivi des progrès dans le domaine de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant* (Genève, OMS et UNICEF, 2010).

²⁴ L. L. Wall « Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem », *The Lancet*, vol. 368, n° 9542 (septembre 2006).

et la septicémie, à l'origine de 18, 9 et 8 % respectivement de la mortalité maternelle entre 1997 et 2007²⁵. À l'échelle du monde entier, 33 millions de femmes dans les pays en développement sont stériles en raison de complications dues à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et pour cause de septicémie obstétrique. Parallèlement à l'application de protocoles sanitaires, l'utilisation d'antibiotiques essentiels et l'accès à un suivi efficace post-partum et postavortement sont indispensables pour réduire les taux de morbidité et de mortalité dus à la septicémie et autres infections.

55. Le coût annuel de l'ensemble des soins recommandés pour les femmes enceintes et les nouveau-nés est estimé à 23 milliards de dollars des États-Unis (dollars de 2008). Pour répondre à la demande non satisfaite de moyens modernes de contraception, ce coût serait augmenté de 3,6 milliards de dollars des États-Unis mais, en évitant environ 50 millions de grossesses, le coût des soins de santé à fournir aux mères et aux nouveau-nés serait réduit en revanche de 5,1 milliards de dollars des États-Unis, d'où finalement une économie de 1,5 milliard de dollars des États-Unis. Par conséquent, il serait plus économique d'investir simultanément dans la planification familiale et les soins de santé que seulement dans les soins de santé aux mères et aux nouveau-nés.

56. L'amélioration de la santé maternelle est également subordonnée à l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et à leur autonomisation. La discrimination sexiste au sein des collectivités et des familles limite l'accès des femmes à l'information et aux services dont elles ont besoin en matière d'hygiène sexuelle et de santé procréative. Les femmes sont particulièrement vulnérables lorsque la violence sexiste est tolérée. Pour combattre cette forme de violence, les gouvernements ont promulgué des lois visant à protéger les femmes. En 2006, pas moins de 87 pays avaient adopté des lois sur la violence au sein de la famille et avaient élaboré des plans nationaux d'action pour la prévenir. En outre, au moins 104 pays avaient criminalisé le viol conjugal et 90 avaient promulgué des lois sur le harcèlement sexuel. En 2008, pas moins de 20 des 37 pays où les mutilations génitales féminines étaient fréquentes avaient adopté des lois visant à criminaliser cette pratique. Bien que cette évolution soit encourageante, il reste beaucoup à faire pour garantir l'application des lois et l'évolution des normes contraignantes pour la vie des femmes.

Avortement

57. L'avortement peut être spontané ou provoqué. Les avortements spontanés sont fréquents : entre 13 et 20 % des grossesses reconnues se terminent spontanément par un avortement²⁶. Le risque d'avortements spontanés s'accroît avec l'âge de la mère et du père et avec le rang de grossesse. Lorsqu'un avortement spontané se produit après 22 semaines de gestation, il peut être incomplet et nécessiter des soins obstétricaux afin d'éviter des complications.

²⁵ *Compte à rebours 2015*.

²⁶ John Bongaarts et Robert G. Potter, *Fertility, Biology and Behavior: Analysis of the Proximate Determinants* (San Diego, Californie, Academic Press Inc., 1983); Marilyn K. Goldhaber et Bruce H. Fireman, « The fetal life table revisited: Spontaneous abortion rates in three Kaiser Permanente cohorts », *Epidemiology*, vol. 2, n° 1 (1991).

58. Tous les pays à l'exception de cinq autorisent l'avortement provoqué dans certaines conditions, dont la plus courante est de sauver la vie de la mère. Par ailleurs, plus des deux tiers de tous les pays autorisent l'avortement pour préserver la santé physique ou mentale de la mère, la moitié le permettent en cas de malformation du fœtus et 37 % pour des raisons économiques et sociales. Seulement un tiers de tous les pays autorisent l'avortement sur demande, dont 43 pays à fécondité faible, 13 pays à fécondité moyenne et 1 pays à fécondité élevée.

59. Du fait que la plupart des avortements spontanés n'entraînent pas de complications et que les avortements provoqués ne sont généralement autorisés que pour des motifs limités, il n'existe pas de statistiques fiables sur la fréquence générale des avortements aux niveaux régional et mondial. On estime néanmoins qu'entre 1995 et 2003, le nombre d'avortements provoqués est tombé de 46 millions à 42 millions, ce qui laisse supposer que le taux d'avortement pour 1000 femmes d'un âge compris entre 15 et 44 ans a diminué de 35 à 29²⁷.

60. Lorsque l'avortement est pratiqué par des professionnels qualifiés de la santé qui utilisent des techniques appropriées et des protocoles sanitaires, le risque de mort ou de blessures résultant d'avortements volontaires est faible²⁸. L'OMS estime qu'en 2008, les avortements non médicalisés se sont chiffrés à 22 millions, dont 13 % dans les pays à faible fécondité, 52 % dans les pays à fécondité moyenne et 35 % dans les pays à fécondité élevée. Le taux d'avortements non médicalisés était de quatre pour 1 000 femmes d'un âge compris entre 15 et 44 ans dans les pays à faible fécondité, de 18 pour 1 000 dans les pays à fécondité moyenne et de 31 pour 1 000 dans les pays à fécondité élevée.

61. Le facteur déterminant pour réduire l'incidence des avortements non médicalisés consiste à éviter les grossesses non désirées. Une étape essentielle sur cette voie est de répondre à la demande non satisfaite de planification familiale. Par ailleurs, lorsque l'avortement est suivi de complications, l'accès à des soins postavortement appropriés devrait être prévu. Lorsque l'avortement n'est pas contraire à la loi, il devrait être sans danger. Dans tous les cas de figure, les soins postavortement devraient comporter des services de conseil, d'éducation et de planification familiale afin d'éviter des avortements à répétition.

VIII. Autres aspects de la santé procréative

A. VIH/sida

62. En 2009, 33,3 millions²⁹ de personnes vivaient avec le VIH : 15 % dans les pays à faible fécondité, 39 % dans les pays à fécondité moyenne et 46 % dans les pays à fécondité élevée. L'incidence du VIH était de 0,2 % dans les pays à faible fécondité, de 0,7 % dans les pays à fécondité moyenne et de 2,3 % dans les pays à fécondité élevée. Ce dernier groupe comprenait 20 des 29 pays où l'incidence du VIH était égale ou supérieure à 2 %. Sur les 2,6 millions de nouvelles infections qui

²⁷ Gilda Sedgh *et al.*, « Induced abortion: estimated rates and trends worldwide », *The Lancet*, vol. 370, n° 9595 (octobre 2007).

²⁸ Elisabeth Ahman *et al.*, « The global burden of unsafe abortion in the year 2000 » in *Global Burden of Disease 2000* (Genève, OMS, 2003).

²⁹ *Rapport 2010 sur l'épidémie mondiale de sida* (Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2010).

se sont produites en 2009, 52 % concernaient des pays à fécondité élevée. À l'échelle mondiale, le taux de décès maternels provoqués par le VIH/sida était estimé à 5,8 %.

63. Malgré des avancées importantes dans l'élargissement du traitement antirétroviral, le pourcentage des malades traités en 2009 était encore inférieur à 40 % de ceux qui en avaient besoin dans environ la moitié aussi bien des pays à faible fécondité que des pays à fécondité élevée dans lesquels les taux de prévalence étaient d'au moins 0,1 %. Dans les pays à fécondité moyenne avec des taux analogues de prévalence, la situation était meilleure, la couverture du traitement antirétroviral étant inférieure à 40 % dans environ un cinquième d'entre eux seulement. À la fin de 2009, 5,2 millions de personnes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral dans les pays à faible revenu et à revenu moyen, soit 12 fois plus qu'en 2003. Pourtant, malgré cette progression, un tiers seulement des personnes qui nécessitent un traitement antirétroviral le reçoivent. Par ailleurs, pour chaque personne qui a commencé une trithérapie en 2009, il y eu 2 nouvelles infections. Il est donc urgent de concentrer les efforts sur la prévention.

64. On observe à certains signes que la prévention fonctionne. Sur les 21 pays les plus touchés par le VIH, 15 ont réussi à réduire de 25 % la prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans³⁰. Les progrès des techniques de prévention, comme par exemple le gel microbicide contenant l'agent antirétroviral ténofovir, offrent aux femmes le moyen de réduire le risque d'infection³¹. Pour les hommes, la circoncision offre une protection qui, sans être totale, est substantielle, et plusieurs gouvernements africains encouragent la circoncision dans le cadre d'un programme global de prévention du VIH/sida³². Pour donner les meilleurs résultats, les stratégies de prévention doivent concentrer les interventions sur les groupes qui courent le plus de risques d'infection. Même dans les épidémies généralisées, il y a beaucoup à gagner à s'intéresser plus particulièrement aux groupes à haut risque qui sont les principaux foyers d'infection, notamment les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogues injectables. Le financement d'interventions de ce type a toutefois été faible. En outre, dans certains pays, les nouvelles infections touchent en majorité des personnes âgées de plus de 25 ans, qui ne sont pas couvertes par les programmes de prévention types axés sur les jeunes.

65. Une approche globale de la lutte contre l'infection des enfants par le VIH nécessite des mesures pour prévenir l'infection des femmes, éviter les grossesses non désirées chez les femmes qui vivent avec le VIH et prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En 2009, 53 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des traitements antirétroviraux pour éviter la transmission du VIH à leurs nouveau-nés³³. De nouvelles directives publiées par l'OMS en 2010 suggèrent d'entreprendre le traitement antirétroviral plus tôt pendant la grossesse que ce n'était le cas jusque-là et de le poursuivre pendant l'allaitement au sein afin de protéger les nouveau-nés contre l'infection.

³⁰ « Les jeunes mènent la lutte de la prévention contre le VIH » (Genève, ONUSIDA, 2010).

Disponible sur http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_youngpeople_en.pdf

³¹ Q. A. Karim *et al.*, « Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women », *Science*, vol. 329, n° 5996 (2010).

³² *Progress in Male Circumcision Scale-Up: Country Implementation and Research Update* (Genève, OMS et ONUSIDA, 2010).

³³ *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation 2010* (Genève, OMS, UNICEF et ONUSIDA, Genève, 2010).

66. L'intégration des services de prévention du VIH, y compris en matière de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique, dans les services d'hygiène sexuelle et de santé procréative peut augmenter le dépistage volontaire, améliorer la prise de conscience des risques de contracter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et accroître l'utilisation des préservatifs masculins.

67. En 2009, 87 % des gouvernements considéraient toujours que le VIH/sida était une préoccupation majeure et 91 % d'entre eux – 98 % dans les pays développés et 89 % dans les pays en développement – avaient des programmes de traitement antirétroviral. En outre, 97 % des gouvernements ont signalé qu'ils soumettaient leurs stocks de sang et de dérivés sanguins à des tests de dépistage du VIH et 86 % ont indiqué qu'ils encourageaient l'utilisation de préservatifs masculins en tant que protection contre la transmission sexuelle du VIH. L'offre mondiale de préservatifs demeure néanmoins insuffisante pour garantir une protection adéquate de la population sexuellement active³⁴ et la mauvaise qualité des préservatifs demeure préoccupante.

68. La protection contre la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH n'est pas encore universelle. En 2009, à peine 65 % des pays développés et 55 % des pays en développement disposaient de lois interdisant cette forme de discrimination. De plus, toujours en 2009, 23 des 52 pays qui connaissent une épidémie généralisée n'avaient toujours pas de dispositions juridiques visant à interdire la discrimination associée au sida.

B. Infections de l'appareil génital

69. Les infections de l'appareil génital peuvent être transmises sexuellement, provoquées par des organismes normalement présents dans l'appareil génital ou contractées au cours de procédures médicales. Plus de 30 agents pathogènes (bactéries, virus et parasites) sont sexuellement ... Chaque année, on estime à 340 millions le nombre des nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles les plus courantes et guérissables – dont la syphilis, la gonorrhée, les infections à Chlamydia et la trichomonase – parmi les personnes âgées de 15 à 49 . L'incidence des infections virales transmises sexuellement, par exemple le virus du papillome humain (VPH), le virus de l'herpès et le virus de l'hépatite B, pour lesquelles il n'existe pas encore de traitement, est probablement deux fois plus élevée que celle des infections sexuellement transmissibles qui sont ... Les infections par le virus herpès simplex type 2 et par le VPH sont très répandues et l'infection par ce dernier est la plus répandue de toutes les infections de l'appareil génital. Le poids des maladies associées aux infections transmises sexuellement devrait augmenter dans le monde en raison de la forte prévalence des infections virales incurables qui sont

³⁴ *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2008* (New York, FNUAP, 2009).

³⁵ *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015* (Genève, OMS, 2007).

³⁶ *Prévalence et incidence mondiales de certaines infections sexuellement transmissibles curables : vue d'ensemble et estimations* (Genève, OMS, 2001).

³⁷ *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles* (OMS, Genève, 2005).

transmises sexuellement, de l'évolution des comportements sexuels et de la multiplication des voyages.

70. À l'intérieur des pays, la prévalence des infections sexuellement transmissibles est très variable. En règle générale, les hommes et les femmes qui vivent dans des zones urbaines, ceux qui ne sont pas mariés, ainsi que les jeunes adultes courent le plus de risques de contracter ces infections. La plupart des infections sexuellement transmissibles ne se manifestent initialement par aucun symptôme mais peuvent être transmises à un partenaire sexuel. Aussi, le dépistage des infections sexuellement transmissibles devrait faire systématiquement partie des soins primaires en matière de santé procréative afin de déceler leur présence, de fournir des informations sur la manière d'éviter toute nouvelle transmission, de fournir un traitement et d'éviter des complications graves. Les femmes atteintes d'infections non traitées de l'appareil génital courent plus de risques de développer une pelvipéritonite (en cas d'infection par le VPH) et sont plus menacées de stérilité, de grossesse extra-utérine, d'avortement spontané ou de donner naissance à des enfants mort-nés. Les enfants dont la mère est atteinte d'infections non traitées sont vulnérables à certaines maladies : syphilis congénitale, pneumonie, prématurité, insuffisance pondérale à la naissance ou cécité. Chez les hommes, les infections chroniques, les douleurs et la stérilité font partie des graves complications que peuvent entraîner les infections sexuellement transmissibles. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles et leur traitement méritent aussi un rang prioritaire en raison de leur rôle dans la transmission du VIH : les infections ulcéraives, comme par exemple le virus herpès simplex type 2, le chancre mou ou la syphilis, triplent ou quadruplent en effet les risques de transmission du VIH.

C. Cancers de l'appareil génital

71. Les cancers génitaux causent chaque année, selon les estimations, 1,3 million de .. Chez les femmes, les cancers les plus fréquents sont ceux du sein, du col de l'utérus, des ovaires et de l'utérus. On dénombre chaque année 1,1 million de nouveaux cas de cancer du sein, à l'origine de 520 000 décès par an. Un diagnostic précoce est capital pour la réussite du traitement de ce cancer. Le dépistage par mammographie, avec un suivi des personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux, peut réduire la mortalité du cancer du sein dans une proportion pouvant aller jusqu'à un tiers chez les femmes âgées de 50 à 69 . Toutefois, en raison du coût de la mammographie et du personnel qualifié nécessaire pour en interpréter les résultats, il est difficile de prévoir un dépistage universel dans les milieux à faible revenu. Il importe donc de cibler les groupes de la population qui risquent le plus de développer un cancer du sein en fonction de l'âge, des facteurs de risque pertinents et des antécédents familiaux.

72. Chaque année, le cancer du col de l'utérus touche près de 500 000 femmes et cause 260 000 décès. C'est le cancer le plus fréquent chez les femmes des pays en développement. La plupart des cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués chez des femmes âgées de moins de 40 ans et sont presque tous liés à une infection par le VPH. Le dépistage et le traitement des anomalies précancéreuses du col

³⁸ *La charge mondiale de morbidité : nouvelle étude 2004* (Genève, OMS, 2008).

³⁹ *Rapport sur le cancer dans le monde 2008* (Lyon (France), Centre international de recherche sur le cancer, 2008).

offrent le moyen le plus efficace de prévenir la morbidité et la mortalité du cancer du col de l'utérus. Des programmes de détection et de traitement bien organisés permettent de prévenir 80 % des cancers du col de l'utérus. Des programmes de dépistage de ce type ont toutefois été difficiles à mettre en place dans des milieux à faible revenu. En conséquence, la mortalité due au cancer du col de l'utérus demeure élevée dans les pays à faible revenu. La mise au point de deux vaccins contre les infections par le VPH, dont la mise sur le marché a été autorisée en 2006 et 2007, est de bon augure pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Ces vaccins ont une efficacité maximale lorsqu'ils sont administrés aux préadolescents et aux adolescents avant leur initiation à l'activité sexuelle. L'OMS recommande d'inclure une vaccination systématique contre le VPH dans les programmes nationaux d'immunisation dans les pays où le taux de cancers du col de l'utérus est élevé. À la fin de 2009, seulement 27 pays avaient inscrit une vaccination contre le VPH dans leurs plans nationaux ...

73. Chez les hommes, le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers génitaux. Chaque année, 605 000 nouveaux cas sont diagnostiqués et 308 000 décès sont provoqués par le cancer de la prostate. Les trois quarts de ces décès se produisent à partir de 70 ans. On dispose de plusieurs formes de dépistage pour le cancer de la prostate, mais le test le plus utilisé consiste à mesurer les antigènes spécifiques de la prostate. Néanmoins, il n'est pas évident que le dépistage systématique réduise la mortalité, compte tenu du fait que le cancer de la prostate se développe lentement et que, à un âge avancé, les cancers latents de la prostate sont fréquents. Qui plus est, les traitements disponibles comportent de gros risques d'effets secondaires qui peuvent être pires que la maladie elle-même.

74. Chez les femmes, les taux comparatifs de mortalité par âge, mesurés par le nombre de décès provoqués par des cancers génitaux pour 100 000 femmes sont fréquemment plus élevés dans les pays à forte fécondité que dans les pays à faible fécondité ou à fécondité moyenne. Ainsi, alors que, dans plus de la moitié des pays à faible fécondité et dans la moitié des pays à fécondité moyenne, les taux comparatifs de mortalité par âge sont de 39 décès ou moins pour 100 000 femmes, dans les trois quarts des pays à fécondité élevée, ces taux sont de 39 décès ou plus pour 100 000 femmes. Parmi les hommes, les variations des taux comparatifs de mortalité par âge due au cancer de la prostate ne sont pas aussi clairement tranchées entre les trois groupes de pays.

⁴⁰ OMS, « Human papillomavirus vaccines: WHO position paper », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, vol. 84, n° 15 (2009), p.117 à 132.

⁴¹ *Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Report of a WHO Consultation* (Genève, OMS, 2002).

⁴² *Report of the Meeting on HPV Vaccine Coverage and Impact Monitoring, 16-17 novembre 2009* (Genève, OMS, 2010).

⁴³ Peter Davidson et John Gabbay, « Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level? » (Copenhague, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, 2004).

IX. Conclusions et recommandations

75. L'abaissement de la fécondité a des effets bénéfiques aux niveaux individuel, familial et national. La baisse du taux de fécondité, si elle s'accompagne des politiques économiques appropriées, peut contribuer à renforcer la croissance économique. Depuis 1970, la fécondité a reculé dans quasiment tous les pays, mais l'amorce et le rythme de ce recul ont beaucoup varié d'un pays à l'autre, de telle sorte qu'aujourd'hui, il existe une grande diversité de taux de fécondité. Bon nombre des pays où le fléchissement de la fécondité a été sensible en ont bénéficié dans la mesure où la réduction du nombre d'enfants qui en résulte leur a permis de plus investir dans des activités productives et dans l'éducation et la santé des jeunes. En conséquence, ces pays ont obtenu des résultats significatifs pour beaucoup d'indicateurs de développement. En revanche, les pays où la fécondité a diminué lentement et demeure élevée ont pris du retard pour ce qui est des indicateurs de développement.

76. Il ressort des informations contenues dans le présent rapport, qui porte sur les diverses expériences et caractéristiques des pays à faible fécondité, à fécondité moyenne et à fécondité élevée, que les pays à fécondité élevée obtiennent en général de mauvais résultats dans tous les aspects de la santé procréative et des déterminants de la fécondité. Si tous les pays ont des difficultés à garantir l'accès universel à la santé procréative, celles des pays à fécondité élevée sont rendues plus complexes par la rapidité persistante de leur croissance démographique. Par ailleurs, sans une accélération de l'abaissement de la fécondité, les problèmes qui vont de pair avec un accroissement démographique rapide ne feront que se multiplier.

77. Conscient de ces difficultés, le Secrétaire général a lancé en 2010 la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants afin de relancer l'action menée pour atteindre l'objectif 5 du Millénaire pour le développement d'ici à 2015. Comme le montre le présent rapport, les principales mesures à prendre pour atteindre cet objectif sont parfaitement connues et ont été éprouvées. Leur application n'a toutefois pas reçu la priorité qu'elle mérite et les promesses des gouvernements n'ont pas été suivies des engagements financiers et des mesures nécessaires.

78. Garantir l'accès aux méthodes modernes de planification familiale à tous ceux qui en ont besoin est un moyen efficace d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés et une étape indispensable pour permettre aux individus d'exercer leurs droits en matière de reproduction. Par ailleurs, en évitant des grossesses non désirées, la planification familiale peut à la longue réduire le coût global des services de santé destinés aux mères et aux nouveau-nés. Et pourtant, le financement de la planification familiale s'est laissé distancer par les besoins. Le financement des donateurs, en particulier, après avoir culminé pour la dernière fois en 2002 à 700 millions de dollars des États-Unis, est depuis tombé à environ 400 millions de dollars des États-Unis. Compte tenu de l'accroissement du nombre de femmes en âge de procréer, l'aide des donateurs par habitant en faveur de la planification familiale a diminué de plus de 50 % depuis 1995 dans quasiment tous les pays bénéficiaires. Parallèlement, l'aide globale au développement consacrée à la santé a triplé. Il est donc urgent de relever les niveaux de financement, en particulier si l'on veut trouver les

3,6 milliards de dollars des États-Unis supplémentaires qui seront nécessaires chaque année pour répondre à la demande non satisfaite de planification familiale.

79. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement prévoyait qu'un tiers seulement du coût des services de santé procréative serait à la charge des donateurs, et par conséquent que l'essentiel du financement, y compris le financement de la planification familiale, doit venir des gouvernements. Des priorités concurrentes, notamment dans les pays à faible revenu, portent préjudice au financement de la santé procréative. Un changement à cet égard nécessite l'engagement résolu des gouvernements d'accorder la priorité à la santé procréative, et notamment à sa composante planification familiale. L'inclusion d'indicateurs de la santé procréative dans les instruments nationaux de planification, par exemple dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, constituerait une reconnaissance tangible de leur importance pour le développement.

80. Le renforcement des systèmes de santé est indispensable pour garantir la santé procréative et sexuelle pour tous. Les services de santé procréative et sexuelle devraient faire partie intégrante de l'ensemble minimum des services de santé proposés à tous les niveaux du régime de santé, mais plus particulièrement au titre des soins de santé primaire. Afin d'atteindre les groupes à faible revenu et d'autres collectivités marginalisées, il faudra éliminer les obstacles juridiques, financiers et culturels qui empêchent ou limitent leur accès aux services de santé procréative et sexuelle.

81. Pour améliorer la prestation des services de santé, il est recommandé d'adopter une approche intégrée de la santé sexuelle et procréative. Le module de services essentiels fournis au titre des soins de santé primaire devrait notamment comprendre les éléments ci-après : consultation, services et fournitures en matière de contraception; ensemble de soins recommandés pendant la grossesse et au moment de l'accouchement (voir par. 53); thérapie antirétrovirale pour les femmes vivant avec le VIH et orientation vers des centres de traitement; accès à un avortement médicalisé lorsque la loi l'autorise; prévention, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles et des cancers génitaux; enfin dépistage de la violence sexiste et soutien psychologique aux victimes de cette violence, et notamment mesures actives de dissuasion de pratiques nocives. Le régime de santé devra prévoir des mesures pour intéresser les hommes, les femmes qui ne sont pas enceintes et les adolescents et les sensibiliser aux services de santé offerts et promouvoir un comportement sexuel et procréateur responsable.

82. La disponibilité de produits contraceptifs peu coûteux et de haute qualité est indispensable pour garantir un accès universel à des services de santé procréative. Au cours des dernières années, le financement des donateurs en faveur de l'accès à ces produits dans les pays en développement a oscillé entre 205 et 239 millions de dollars des États-Unis par an. Compte tenu de l'accroissement attendu du nombre de personnes en âge de procréer, l'aide des donateurs affectée à l'achat de produits contraceptifs devra doubler d'ici à 2015 pour répondre à la demande projetée.

83. Une démarche axée sur les droits fondamentaux en matière de santé sexuelle et procréative suppose que les gouvernements défendent

systématiquement l'exercice des droits, y compris des droits de la procréation, sans discrimination et en interdisant les pratiques nocives, notamment toutes les formes de violence sexiste. L'adoption de lois et de règlements n'est que la première étape : il faut aussi les faire appliquer et en assurer le suivi. Les mesures qui visent à autonomiser les femmes revêtent une importance spéciale. Les gouvernements devraient en particulier promulguer des lois fixant un âge minimum pour le mariage et veiller à ce que le mariage ne soit prononcé qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux.

84. Étant donné que l'exercice des droits nécessite souvent une transformation des normes sociales, les gouvernements doivent informer, éduquer et convaincre la population des avantages qui en découlent. Pour s'attaquer aux déterminants sociaux d'une mauvaise santé sexuelle et procréative, il s'est avéré utile d'avoir recours à un processus qui comporte une participation judicieuse de la collectivité, et aussi d'appliquer des programmes qui fournissent des informations sur la santé et les droits en matière de procréation tout en autonomisant les femmes grâce à l'éducation et au développement des compétences.

85. Les hommes doivent être amenés à s'impliquer dans la promotion de la santé sexuelle et procréative en leur nom propre mais aussi en tant que partenaires responsables des femmes. La promotion de relations équitables entre mari et femme, et aussi d'une responsabilité partagée dans la prévention des grossesses non désirées et de l'amélioration des rapports entre hommes et femmes sont des mesures qui permettent d'impliquer plus les hommes.

86. Les adolescents ont besoin de conseils pour comprendre ce que signifie un comportement responsable en matière de sexualité et de procréation. Des programmes sur l'éducation sexuelle et la prévention de l'infection par le VIH ont aidé les jeunes à éviter d'adopter un comportement sexuel à risque et méritent d'être soutenus.

87. Dans les années 60, lorsque les dirigeants du monde entier ont pris conscience des problèmes que poserait la rapidité de la croissance démographique, leur première réaction a été de reconnaître que les individus avaient le droit de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement de leurs enfants. Les préoccupations suscitées par les répercussions qu'une croissance démographique persistante aurait sur la viabilité à long terme ont abouti à la Conférence mondiale de 1974 sur la population qui, en dépit de beaucoup de polémiques, a ouvert la voie à une période d'action énergique à l'échelon national et à l'échelon international pour réduire la croissance démographique en mettant à la disposition des couples et des individus l'information et les moyens d'avoir les enfants qu'ils désiraient. En conséquence, aussi bien les taux de fécondité que les taux de croissance démographique ont sensiblement baissé dans la plupart des pays. Ce succès a conduit à un sentiment d'autosatisfaction : la croissance démographique n'est plus considérée comme un problème urgent. Cependant, ainsi qu'il ressort du rapport du Secrétaire général sur les tendances démographiques mondiales (E.CN.9/2011/6), les problèmes liés à l'accroissement démographique ont peut-être été différés, mais ils n'ont pas encore disparu. Fort heureusement, l'expérience accumulée au cours des 40 dernières années montre que la stratégie qui permet d'atténuer ces

problèmes passe par la garantie de la santé sexuelle et procréative de tous, objectif dont les avantages pour les femmes, les enfants, leurs familles et les générations futures sont largement reconnus. Pour cette raison, la réalisation de cet objectif mérite un plus haut degré de priorité que celui qui lui a été accordé jusqu'ici, aussi bien à l'échelon national qu'à l'échelon international.
