

un milliard à ne pas oublier



état de la population mondiale 2003
investir dans la santé et les droits des adolescents



état de la population mondiale 2003

Un milliard à ne pas oublier :
Investir dans la santé et les
droits des adolescents

Copyright © UNFPA 2003

Fonds des Nations Unies pour la population
Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive



table des matières

chapitres

1	Aperçu général de la condition des adolescents	I
	Introduction	I
	Pourquoi la santé en matière de reproduction est-elle importante?	2
	Santé des adolescents en matière de reproduction et pauvreté	3
	Un monde qui change	5
	L'éducation et l'emploi	8
	Assurer un avenir meilleur : l'investissement dans la jeune génération	10
2	L'inégalité entre les sexes et la santé en matière de reproduction	15
	Le mariage précoce et le mariage dès l'enfance	15
	Des normes changeantes, des défis redoutables	17
	Le soutien des parents et de la famille	19
	La violence sexuelle et la traite des humains	20
	La coupure génitale féminine	21
3	Le VIH/sida et les adolescents	23
	Les facteurs causals	23
	Les différences entre les régions	25
	L'impact du sida sur les jeunes	26
	Les ventes subventionnées de contraceptifs	26
	Les services de prévention du VIH/sida et de soins aux séropositifs	27
4	Promouvoir un comportement plus sain	29
	Où les adolescents obtiennent leur information	30
	L'éducation à la sexualité dans les écoles	30
	L'éducation et la délivrance de conseils par les pairs	33
	Atteindre les jeunes non scolarisés	35
	Les médias, les spectacles et les sports	35
5	Répondre aux besoins sur le plan des services de santé en matière de reproduction	39
	La grossesse précoce	39
	Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale	40
	Les services de santé "accueillants aux jeunes"	41
	Les réalisations des programmes	42
6	Programmes d'ensemble pour adolescents	45
	Un projet pour adolescentes	45
	L'Alliance pour la jeunesse africaine	46
	L'Initiative pour la santé des adolescents en matière de reproduction	47
	<i>Geração Biz</i> , au Mozambique	48
	Le réseau de Kidavri : enseigner des savoir-faire aux adolescents	48
	Les problèmes de coordination	49
7	Donner priorité aux adolescents	51
	L'environnement politico-social	51
	Les programmes fondés sur les droits	52
	Mobiliser le soutien des communautés	53
	Faire participer les jeunes à la programmation	53
	Les ressources	55
	Les coûts de l'inaction	56

notes

62

sources des encadrés

69

indicateurs

Suivi des objectifs CIPD – Indicateurs retenus	70
Indicateurs démographiques, sociaux et économiques	74
Indicateurs retenus pour les pays/territoires les moins peuplés	78
Notes relatives aux indicateurs	80
Notes techniques	81

diagrammes et tableaux

diagramme 1 Nombre d'adolescents par région, 2003 et 2050	2
diagramme 2 Moment d'ouverture maximale du créneau démographique d'opportunité, pour certaines régions	6
tableau 1 Pourcentage des adolescents vivant dans les villes, par sexe et âge, dans quelques pays	7
diagramme 3 Pourcentage des femmes donnant naissance à 20 ans au plus tard, par niveau d'éducation	9
tableau 2 Pourcentage des adolescents employés en 2000, par âge, sexe et région	10
tableau 3 Conséquences du sous-investissement dans les adolescents	11
tableau 4 Jeunes de 15 à 24 ans atteints du VIH/sida, par sexe, décembre 2001	23
diagramme 4 Nouveaux cas d'infection par le VIH en 2002, par groupe d'âge	24
diagramme 5 Besoins non satisfaits et recours à la planification familiale dans le groupe d'âge 15-19 ans, par région	41

photos : légendes et auteurs

84

équipe de rédaction

84





1 aperçu général de la condition des adolescents

Introduction

La plus nombreuse génération d'adolescents qui ait jamais parue – 1,2 milliard – se prépare à aborder l'âge adulte dans un monde en changement rapide. Leur niveau d'éducation et leur état de santé, leur degré de préparation à assumer les rôles et responsabilités d'adulte, et le soutien qu'ils reçoivent de leurs familles, communautés et gouvernements détermineront leur propre avenir et l'avenir de leurs pays respectifs.

Près de la moitié des êtres humains sont âgés de moins de 25 ans : c'est la plus nombreuse génération de jeunes qu'on ait jamais vue. Le rapport sur l'État de la population mondiale 2003 examine les défis et les risques affrontés par cette génération, qui ont un impact direct sur son bien-être physique, affectif et mental. Aujourd'hui, des millions d'adolescents et de jeunes sont placés devant la perspective du mariage précoce, de la maternité précoce, d'une éducation incomplète et de la menace du VIH/sida. La moitié de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Le rapport souligne qu'en élargissant les connaissances, les perspectives, les choix et la participation des jeunes, on leur permettra de mener une vie saine et productive, de sorte qu'ils puissent pleinement contribuer à leurs communautés et à un monde plus stable et prospère.

Les adolescents et les jeunes d'aujourd'hui font des expériences diverses, en fonction de la diversité des réalités politiques, économiques, sociales et culturelles qu'ils rencontrent dans leurs communautés respectives. Leur vie à tous est néanmoins marquée par un trait commun, et c'est l'espoir d'un avenir meilleur. Cet espoir est consolidé par les objectifs du Millénaire pour le développement, sur lesquels se sont accordés en 2001 les dirigeants du monde et qui visent à réduire l'extrême pauvreté et la faim, ralentir la diffusion du VIH/sida, réduire la mortalité maternelle et infantile, assurer l'éducation primaire pour tous et améliorer le développement durable, tout cela d'ici à 2015.

Parmi les droits de la personne proclamés et acceptés par la communauté mondiale, certains intéressent particulièrement les adolescents et les jeunes et se réfèrent aux perspectives et aux risques qui les attendent. Il s'agit notamment de l'égalité entre les sexes et des droits à l'éducation et à la santé, y compris une infor-

mation et des services relatifs à la santé en matière de reproduction et de sexualité qui soient appropriés à leur âge, à leurs capacités et à leur situation. Les mesures prises pour garantir ces droits peuvent avoir d'immenses avantages pratiques : faire accéder les individus à l'autonomie, assurer leur bien-être, freiner la pandémie du VIH/sida, réduire la pauvreté et améliorer les chances de progrès économique et social. Pour servir le développement, il est urgent de faire face à ces défis, en toute priorité.

En investissant dans les jeunes, on assurera d'immenses bénéfices aux générations futures. L'inaction, par contre, comportera des coûts effrayants pour les individus, les sociétés et le monde en général.

Dans chaque région, il est nécessaire de conduire un dialogue positif et d'assurer une meilleure compréhension entre parents, familles, communautés et gouvernements concernant les situations complexes et délicates qu'affrontent les adolescents et les jeunes. Ce rapport examine des facteurs tels que l'évolution des structures familiales et des conditions de vie, les changements rapides des normes et des comportements sociaux, l'augmentation du nombre des orphelins et des enfants des rues, l'impact de l'urbanisation et de la migration, les conflits armés, le manque d'éducation et d'emplois, et le tribut que la discrimination sexuelle et la violence sexiste ne cessent de prélever.

Aussi bien que de conseils, les jeunes femmes et les jeunes hommes ont besoin de relations interpersonnelles qui les soutiennent et d'institutions qui répondent à leurs espoirs et préoccupations. En prenant des mesures concertées et de vaste portée pour faire face aux défis qu'affrontent les adolescents et les jeunes, les gouvernements peuvent remplir leurs engagements et atteindre les objectifs internationaux en matière de développement, ainsi que donner une espérance accrue à la génération de jeunes la plus nombreuse qui ait jamais parue.

L'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population, travaille avec un large éventail de partenaires et avec les jeunes eux-mêmes pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes d'une manière qui soit sensible aux valeurs culturelles, conforme aux aspirations locales et fidèle aux normes internationales relatives aux droits de la personne.

*Les générations futures
tireront d'immenses
bénéfices de
l'investissement dans
la santé et les droits
des adolescents*

L'adolescence est un processus de croissance. Orienter les enfants jusqu'à leur accession à l'âge adulte n'est pas et n'a jamais été une tâche relevant exclusivement des parents. Dans les communautés rurales traditionnelles, la famille étendue et des systèmes bien établis fondés sur la hiérarchie et le respect régissent la transition. Mais, dans tous les pays en développement, les certitudes de la tradition rurale font place à la vie urbaine, avec ses perspectives et ses risques, les libertés individuelles qu'elle confère, les attentes plus complexes imposées par la société et ses armatures qui soutiennent l'individu.

Dans un environnement urbain en évolution rapide, les jeunes obtiennent de leurs compagnons d'âge, et de plus en plus des médias, la plus grande partie de leur information sur le monde extérieur, sur les attentes à nourrir et le comportement à suivre. Cette tension entre les parents, qui souvent voient dans les jeunes des enfants qui ont besoin d'être protégés, et le monde extérieur, qui les traite en adultes, traduit le dilemme central des adolescents d'aujourd'hui.

Entre 10 et 19 ans, les transitions s'accumulent. La manière et le moment où les jeunes les traversent varient considérablement selon leur situation. À 10 ans, dans la plupart des sociétés, les enfants sont supposés vivre avec leurs parents, aller à l'école, n'avoir pas encore atteint la puberté, n'être pas mariés et n'avoir jamais travaillé. À 20 ans, beaucoup d'adolescents ont quitté l'école et leur famille. Ils sont devenus sexuellement actifs, se sont mariés et font partie de la population active¹.

Si les recherches comparatives sont peu nombreuses, les différences au sein des sociétés et entre les sociétés sont plus prononcées en ce qui concerne les adolescents, et il peut être moins utile de les généraliser que pour tout autre groupe d'âge : certaines sociétés reconnaissent à peine une transition prolongée à l'âge adulte; dans d'autres, l'adolescence semble aller de la fin de l'enfance jusque bien au-delà de 20 ans.

En outre, nous disposons d'un ensemble de connaissances beaucoup moins solidement constitué concernant les adolescents que pour tout autre groupe d'âge, et ceci est encore plus vrai concernant la première adolescence, de 10 à 14 ans, que la seconde adolescence, de 15 à 19 ans. Si l'information sur les jeunes commence à s'améliorer², on dispose de peu de données fiables sur les plus fortes influences qui modèlent leur vie : les compagnons d'âge, les familles et les communautés.

Les décideurs, les communautés et les familles doivent élaborer des politiques et des programmes et donner une orientation afin que les jeunes, dans leur immense majorité, aient les ressources qui leur sont nécessaires pour contribuer à leurs sociétés respectives.

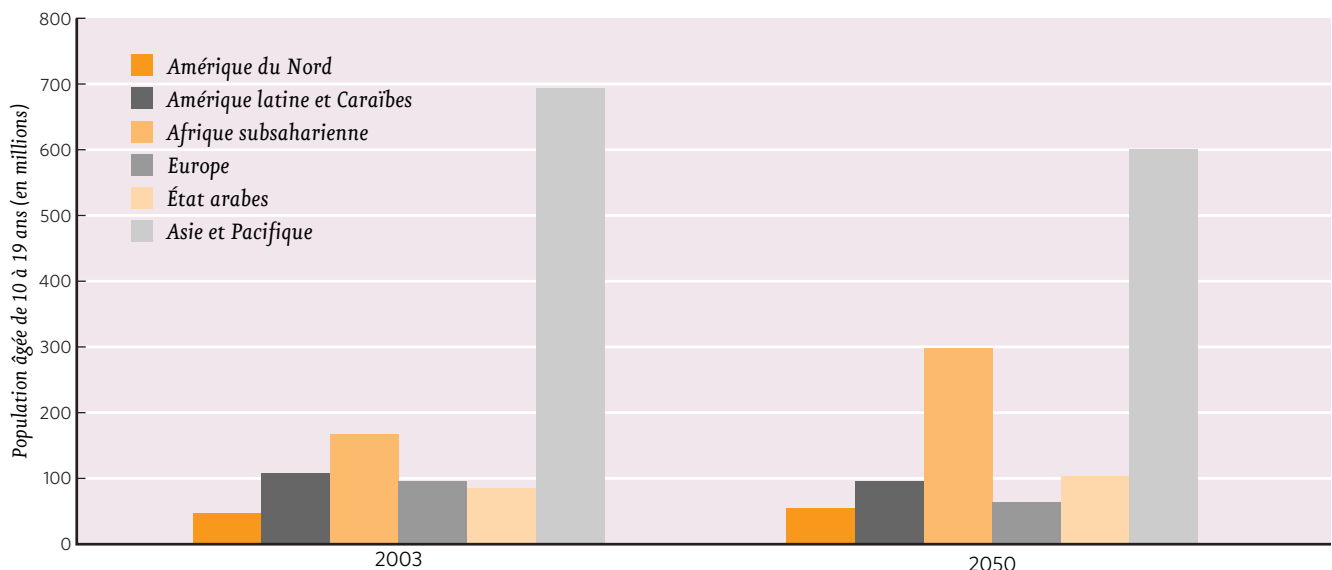
Pourquoi la santé en matière de reproduction est-elle importante?

La communauté internationale a défini la santé en matière de reproduction et de sexualité comme le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité³. C'est une composante essentielle de la capacité des jeunes de devenir des membres de la société bien adaptés, responsables et productifs⁴.

Les chapitres suivants du présent rapport analysent en détail les grands problèmes en jeu s'agissant d'assurer les droits des adolescents et de satisfaire à leurs besoins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité.

Le chapitre 2 étudie l'inégalité entre les sexes telle qu'elle apparaît dans le mariage précoce, l'activité sexuelle avant le mariage et la violence contre les femmes et les filles. Le chapitre 3 considère le VIH/sida et son impact sur les jeunes. Le chapitre 4 met en relief les activités qui visent à influencer sur le comportement des adolescents en leur donnant des informations sur la santé en matière de

Diagramme 1 : Nombre d'adolescents par région, 2003 et 2050



Source : Division de la population (ONU)

reproduction et de sexualité. Le chapitre 5 traite de la fourniture de services "accueillants aux jeunes" dans le domaine de la santé en matière de reproduction. Le chapitre 6 donne des exemples de programmes complets qui répondent aux besoins des adolescents concernant l'information, les services et la formation aux savoir-faire. Enfin, le chapitre 7 dessine à grands traits les changements de politique nécessaires et les bénéfiques qui résultent de tout investissement dans les adolescents, y compris leur santé en matière de reproduction et de sexualité.

La santé en matière de reproduction est une préoccupation qui s'applique à tous les âges de la vie. La santé en matière de reproduction d'une mère a un impact sur ses enfants et leur santé.

À mesure que garçons et filles grandissent, les adultes les traitent différemment et attendent qu'ils se comportent d'une manière différente. Ces différences déterminent souvent la direction que prendra leur vie, et beaucoup sont liées à la sexualité ou ont un impact sur elle. Dans les contextes sociaux les plus divers, de manière ouverte ou par insinuation, les filles sont conditionnées dès l'enfance à attendre le rôle d'épouse et de mère, et les garçons celui de soutien et de chef de famille. À l'intérieur comme en dehors du foyer, on impose aux enfants de se comporter d'une certaine manière; les attentes différentes à l'égard de chaque sexe se traduisent par l'éducation que peuvent espérer les enfants et par la forme qu'elle prend, par l'introduction de l'adolescent à la sexualité, aux modalités de la fréquentation du futur conjoint et du mariage; enfin, par l'information et les services concernant la santé en matière de reproduction offerts avant et après le mariage.

Les infortunes survenues dans la seconde adolescence sur le plan de la santé en matière de reproduction, à savoir les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et les IST, peuvent être attribuées à des raisons telles que le manque d'éducation et de possibilités, mais se rencontrent dans tous les groupes sociaux. Souvent, les attentes et le traitement différenciés selon le sexe durant l'enfance et dans la première adolescence y contribuent dans une large mesure.

L'idée reçue que les jeunes femmes doivent être responsables de la contraception, la pression exercée sur les jeunes hommes pour qu'ils manifestent leur virilité, le comportement agressif ou au contraire soumis dont de nombreux jeunes font preuve, par exemple, sont les résultats de schémas de comportement inscrits en eux de bonne heure.

Ces questions sont souvent difficiles à discuter et les jeunes eux-mêmes ont du mal à les soulever. La raison ou, du moins, le fondement avoué de cette réticence est pour une part que les jeunes eux-mêmes ont beaucoup d'autres soucis plus urgents que la santé en matière de reproduction et de sexualité. Mais la santé en matière de reproduction est liée à beaucoup de leurs préoccupations premières, comme d'achever leur éducation, de trouver un emploi, de s'assurer une position économique, de forger des rapports solides avec d'autres et, en fin de compte, de fonder une famille.

Les enseignants, les dirigeants religieux, les employeurs, les gouvernements et les communautés doivent aider les jeunes, ainsi que leurs parents, à l'heure où ils se préparent à exercer les droits et responsabilités d'adulte. Les systèmes politiques doivent trouver des moyens de faire participer les jeunes à l'élaboration et à la mise

I COMMENT DÉFINIR LES JEUNES Les termes "adolescents", "jeunes" et "jeune génération" ont une valeur différente selon les sociétés. Ces catégories sont associées – là où elles sont reconnues comme telles – à différents rôles, responsabilités et âges en fonction du contexte local.

Comme ce rapport l'indique en détail, les moments clefs d'une vie – mariage, début des rapports sexuels (premier rapport sexuel), emploi, grossesse, acceptation dans les organisations d'adultes, participation politique – surviennent à des moments différents selon les sociétés et au sein d'une même société.

Ce rapport applique les définitions qui sont d'usage courant dans différents contextes démographiques, politiques et sociaux :

- **Adolescents** : de 10 à 19 ans (première adolescence, 10-14 ans; seconde adolescence, 15-19 ans).
- **Jeunes** : 15-24 ans.
- **Jeune génération** : 10-24 ans.

Les politiques et programmes des différents pays font souvent des distinctions qui leur sont propres. En Inde, par exemple, la Politique de la jeunesse s'applique jusqu'à l'âge de 35 ans. En Jamaïque, les programmes de santé en matière de reproduction destinés aux adolescents ont des buts et des stratégies différents selon l'âge (en reconnaissance du fait que les intérêts, savoir-faire et besoins de la première adolescence ne sont pas les mêmes que ceux de la seconde adolescence). Dans de nombreux pays, les documents pédagogiques en matière d'éducation à la santé sont conçus différemment selon l'année d'études.

en oeuvre des principes généraux qui modèleront leurs existences. Le reste du présent chapitre offre un aperçu de l'éventail des situations qu'il faut aborder.

Santé des adolescents en matière de reproduction et pauvreté

Pour réduire la pauvreté, il est nécessaire de satisfaire plus complètement aux besoins des adolescents dans le domaine de la santé en matière de reproduction.

L'éducation est le moyen capital d'en finir avec la transmission de la pauvreté d'une génération à la suivante. Pourtant, les études montrent que les pauvres courent un risque plus élevé de ne pas achever leur scolarité⁵. En conséquence, ils sont privés de l'éducation relative à la sexualité et à la santé en matière de reproduction à la sexualité qui est dispensée dans les dernières classes de l'enseignement secondaire et ils ne savent pas comment trouver l'information concernant la santé.

Les jeunes femmes pauvres se marient souvent plus tôt⁶. Dans le quintile le plus riche de la population, il est relativement rare de se marier avant 18 ans (moins de 30 % d'une classe d'âge pour ce quintile, dans des pays où la moyenne nationale dépasse 50 %). Au Nigéria, près de 80 % des jeunes femmes les plus pauvres se marient avant l'âge de 18 ans, ce qui est le cas de 22 % seulement des plus riches.

Les différences dans la fécondité des adolescentes sont commandées par de nombreux facteurs, dont les perspectives de vie, l'accès aux services, les attitudes des prestataires, les attentes sociocultu-

relles, les inégalités entre les sexes, l'aspiration à recevoir une éducation et la situation économique propre de chaque individu. Les différences du taux de fécondité entre les plus pauvres et les plus riches sont, en de nombreux pays, le plus important de tous les indicateurs de santé⁷. Dans les familles pauvres, les grossesses précoces perpétuent un cycle de pauvreté transmis d'une génération à l'autre.

L'utilisation des contraceptifs modernes est généralement faible chez les adolescentes, mais augmente avec la condition économique. Moins de 5 % des plus pauvres utilisent une méthode moderne de contraception. Les inégalités dans l'accès à la planification familiale accentuent le risque de naissances non désirées ou survenant à un moment inopportun (voir chapitre 2).

Les jeunes femmes pauvres bénéficient moins souvent de la présence d'un agent sanitaire qualifié durant l'accouchement. Les jeunes femmes les plus aisées ont une chance de deux à huit fois plus grande de bénéficier durant l'accouchement de la présence d'un membre des professions médicales. C'est là un point important pour la santé de la mère et de l'enfant, surtout en cas de complications de l'accouchement. Plus la mère est jeune, plus grand est le risque qu'elle connaisse des complications durant la grossesse et l'accouchement. En outre, les pauvres sont ceux qui ont le moins accès aux services de santé pour faire face aux risques de la grossesse et de l'accouchement.

Le VIH/sida est une maladie associée à la pauvreté. Les femmes pauvres sont le moins en mesure de négocier des pratiques sexuelles moins dangereuses et sont aussi celles qui acceptent le plus souvent un partenaire dans l'espoir d'en tirer un avantage matériel. Cette

vulnérabilité sociale est aggravée par le manque d'information. Les femmes pauvres savent moins souvent que le VIH/sida peut être transmis par les rapports sexuels.

PAUVRETÉ ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE Le nombre de jeunes qui dans le monde subsistent avec moins d'un dollar par jour était évalué en 2000 à 238 millions, soit presque un quart (22,5 %) du nombre total de jeunes dans le monde⁸. Environ 462 millions de jeunes vivent avec moins de deux dollars par jour. L'Asie du Sud a la plus nombreuse concentration de jeunes vivant dans une extrême pauvreté (106 millions), suivie par l'Afrique subsaharienne (60 millions), l'Asie de l'Est et le Pacifique (51 millions), enfin l'Amérique latine et les Caraïbes (15 millions).

Onze grands pays groupent 77 % des 238 millions de jeunes qui vivent dans une extrême pauvreté : l'Inde, la Chine, le Nigéria, le Pakistan, le Bangladesh, la République démocratique du Congo, le Viet Nam, le Brésil, l'Éthiopie, l'Indonésie et le Mexique. Il existe d'autre part une étroite corrélation entre la pauvreté des jeunes et l'endettement national.

UNE OCCASION À SAISIR Si la croissance démographique et la persistance de la pauvreté dans les pays en développement sont deux phénomènes liés dans un même cycle vicieux, le grand nombre de jeunes aujourd'hui vivants offre une occasion économique qui ne se répètera pas. À mesure que les taux de fécondité baissent, la proportion de la population active (de 15 à 60 ans) augmente par rapport à celle des "personnes à charge" (moins de 15 ans et plus-de 60 ans). Cette situation ouvre un "créneau démographique"⁹. Avec

2 LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION EST UN DROIT DE LA PERSONNE

En 1994, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a souligné l'importance de l'adolescence pour la santé en matière de reproduction et de sexualité tout au long du cycle de vie. Elle a aussi – pour la première fois dans le cadre d'un accord international – reconnu que les adolescents ont des besoins de santé particuliers qui diffèrent considérablement de ceux des adultes et a souligné que l'égalité entre les sexes est une composante essentielle des efforts menés pour répondre à ces besoins.

Le Programme d'action de la CIPD invite les gouvernements et les systèmes de santé à mettre en place, étoffer ou ajuster des programmes visant à satisfaire aux besoins des adolescents sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité, à respecter les droits à la vie privée et à la confidentialité, et à faire en sorte que les attitudes des prestataires de soins de santé ne limitent pas l'accès des adolescents à l'information et aux services. Il exhorte en outre les gouvernements à écarter tous les obstacles (lois,

règlements ou coutumes sociales) qui empêchent les adolescents d'avoir accès à l'information, à l'éducation et aux services dans le domaine de la santé en matière de reproduction.

La session extraordinaire de l'Assemblée générale tenue en 1999, CIPD+5, a reconnu le droit des adolescents à bénéficier des meilleures conditions possibles en matière de santé, et à cette fin l'obligation de fournir des services bien choisis, ciblés, facilement utilisables et accessibles permettant de répondre avec efficacité à leurs besoins dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction, notamment en ce qui concerne l'éducation relative à la santé en matière de reproduction, l'information, les services d'assistance et les stratégies de promotion de la santé. [Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, paragraphe 73.]

L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant affirme que les enfants ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de soins de santé, y compris l'éducation à la planification familiale et les services

connexes (ce droit était également reconnu par des conventions et conférences antérieures).

En juin 2003, le Comité de l'ONU chargé de contrôler l'application de la Convention a précisé : "Les États parties doivent fournir aux adolescents l'accès à l'information en matière de reproduction et de sexualité, y compris concernant la planification familiale et les contraceptifs, les dangers de la grossesse précoce, la prévention du VIH/sida, la prévention et le traitement des IST. En outre, les États parties doivent assurer l'accès à la formation appropriée, quelle que soit la situation de famille et indépendamment d'un assentiment préalable des parents ou gardiens."

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) soutient le droit des femmes à l'information et aux services relatifs à la santé en matière de reproduction, ainsi qu'à l'équité dans la prise de décisions en matière de reproduction et les questions d'hygiène sexuelle. En 1999, le Comité qui supervise l'application de ce traité a invité les États signataires à admettre que, partout où la Convention emploie le mot "femmes", il s'applique aussi bien aux filles et aux adolescentes.

des investissements appropriés dans la santé et l'éducation et avec des politiques économiques et une gouvernance qui s'y prêtent, les pays peuvent mobiliser le potentiel de leurs jeunes et lancer une transformation économique et sociale. Le créneau démographique se refermera à mesure que les populations vieillissent et que le ratio personnes à charge/population active augmente de nouveau.

Des pays comme la Thaïlande et la République de Corée ont déjà tiré parti de leur "créneau démographique" en investissant dans les programmes sociaux afin de garantir une croissance économique spectaculaire. Le créneau est en train de s'ouvrir pour un nombreux groupe de pays où la fécondité a très nettement diminué au cours des 20 dernières années. Pour les pays les moins avancés, dont la fécondité est la plus élevée et baisse le plus lentement, le créneau ne s'ouvrira pas avant 2050 (diagramme 1)¹⁰.

Les possibilités varient considérablement à l'intérieur de chaque pays; les ratios personnes à charge/population active sont les plus élevés dans les familles pauvres, où la fécondité est la plus forte¹¹. La persistance d'une forte fécondité dans les ménages pauvres menace gravement les perspectives de développement. Pour tirer parti du créneau démographique, il faut investir dans la santé (y compris la santé en matière de reproduction) et l'éducation au profit des familles les plus pauvres.

Dans beaucoup de régions et de pays, ce sont les adolescents d'aujourd'hui qui feront partie de la population active quand la prime démographique atteindra son plus haut point. Investir dans leurs santé, éducation et acquisition de savoir-faire et mettre en place une politique propice à la croissance économique et sociale devrait constituer une priorité cruciale. Dans les pays les moins

avancés, des investissements encore plus grands seront nécessaires pour améliorer la qualité de vie et la gouvernance et pour accélérer la transition démographique – avec le résultat d'ouvrir le créneau d'opportunité plus largement et plus tôt.

Un monde qui change

Les adolescents d'aujourd'hui héritent d'un monde en changement rapide, de plus en plus façonné par des influences qui s'exercent au niveau mondial, à savoir notamment :

- Mondialisation des échanges, de l'investissement et des relations économiques.
- Médias de masse et apparition d'une culture des jeunes.
- Modes de gouvernance et exclusion de certains groupes sociaux.
- Décentralisation de la prise de décisions.
- Changement de la nature du travail, qui exige de nouveaux savoir-faire et de nouvelles capacités.
- Urbanisation et migration.
- Maladies nouvelles ou récurrentes, notamment le VIH/sida.
- Changement des structures familiales et dispersion des membres de la famille.
- Trafic des drogues illicites et trafic des êtres humains.
- Conflits et bouleversement social.

3

LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE SE RALENTIT DANS LES PAYS LES PLUS PAUVRES, MAIS ELLE Y EST ENCORE FORTE

Selon les prévisions les plus récentes de l'ONU, une fécondité plus faible et une mortalité liée au sida plus forte que prévu conjuguent leurs effets pour ralentir la croissance démographique mondiale. Mais *World Population Prospects: The 2002 Revision* montre que la population continue de grandir rapidement dans les pays les plus pauvres du monde.

La population mondiale, qui est actuellement de 6,3 milliards, passera à un chiffre estimatif de 8,9 milliards d'ici à 2050. Ce supplément de population, qui est de 2,6 milliards, se situera presque entièrement dans les pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.

La Division de la population (ONU) revoit ses prévisions tous les deux ans, et les prévisions de 2002 pour l'an 2050 sont inférieures de 400 millions à celles faites en 2000. Une augmentation du nombre prévu des décès imputables au sida (278 millions d'ici à 2050) représente plus de la moitié de ce chiffre; le reste tient à la baisse

de la fécondité et à la diminution du nombre d'enfants par famille.

Le rapport de l'ONU montre que l'investissement dans les campagnes de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, a aidé à réduire la fécondité dans les pays en développement de six enfants par femme en 1960 à trois environ aujourd'hui. La fécondité pourra diminuer encore à condition que dans le monde entier les couples soient en mesure de donner effet à leur désir d'avoir moins d'enfants.

Il est essentiel de continuer à investir. La Division de la population note que si les femmes ont, en moyenne, un demi-enfant de plus que dans le scénario correspondant à la prévision "la plus probable", la population mondiale pourrait passer à 10,6 milliards d'ici à 2050.

Le nombre sans précédent d'adolescents aujourd'hui vivants – 1,2 milliard, ce qui reflète la forte fécondité enregistrée voici une génération – garantit que la population continuera de s'accroître pendant plusieurs décennies, alors même que les familles seront moins nombreuses. Si la proportion des adolescents dans la population totale diminuera avec le temps, leurs effectifs resteront

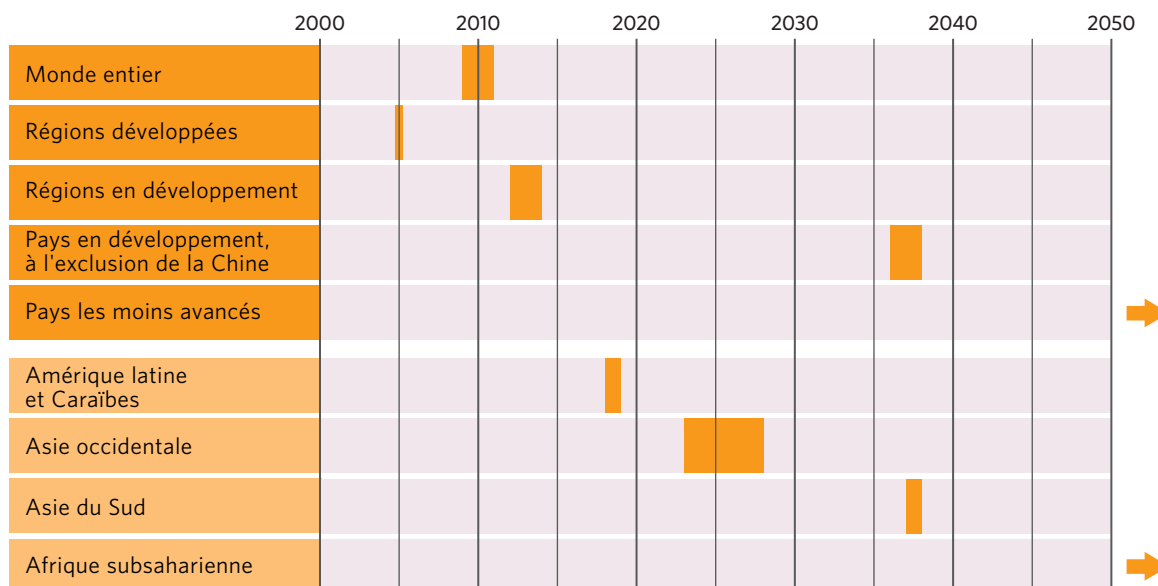
de l'ordre de 1,2 à 1,3 milliard au cours des 50 prochaines années. Il est donc capital pour ralentir l'élan de la croissance démographique de mettre les jeunes femmes en mesure de différer les grossesses et d'espacer davantage les naissances.

Les taux de croissance et la fécondité tombent beaucoup plus lentement dans les pays les plus pauvres qu'ailleurs. Selon les prévisions, les 49 pays les moins avancés passeront de 668 millions d'habitants aujourd'hui à 1,7 milliard en 2050, et ils grouperont alors 25,6 % des adolescents du monde entier, contre 14 % aujourd'hui. La part de l'Afrique subsaharienne passera de 14 % à 24,6 %.

La hausse des prévisions de décès imputables au sida est due à une évaluation plus complète de la gravité de l'épidémie dans chaque pays touché; elle met en relief l'urgence nécessaire de consacrer davantage de fonds à la prévention et au traitement du VIH/sida.

Quatre-vingt-sept pour cent des adolescents vivent aujourd'hui dans le monde en développement. Selon les prévisions, ce taux passera à 89 % en 2020.

Diagramme 2 : Moment d'ouverture maximale du créneau démographique d'opportunité, pour certaines régions



Les changements politiques, sociaux et économiques et les problèmes sociaux qui en sont le résultat retentissent sur la relation entre parents et enfants, la conception de l'autorité parentale et les institutions qui servent les adolescents. La situation des jeunes est extrêmement diverse d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Certaines de ces dimensions sont abordées ci-après.

CHANGEMENT DANS LES FAMILLES ET LES CONDITIONS DE VIE

En de nombreux contextes, la relation parent-enfant n'a été traditionnellement qu'un aspect du réseau de relations au sein de la famille étendue. Mais la migration, l'apparition de valeurs et d'interprétations nouvelles, la pauvreté, la dispersion des familles et les divers impacts du VIH/sida ont entraîné un moindre recours à la famille étendue, notamment dans les villes. Il en résulte que les jeunes attendent davantage des parents, tandis que ceux-ci sont privés de réseaux de soutien.

De nombreux jeunes vivent sans un de leurs parents, sinon les deux, et ne sont pas nécessairement en mesure de trouver un appui auprès de leur famille. Une analyse des données d'enquêtes menées dans un certain nombre de pays à la fin des années 90¹² montre que la proportion des jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans qui ne vivent pas avec l'un au moins de leurs parents allait de moins de 3 % en Jordanie à 13 % au Nicaragua et à plus de 20 % dans certains pays africains, et que les filles étaient plus nombreuses que les garçons à se trouver dans cette situation. Ceux qui vivent avec un seul parent (plus souvent la mère que le père dans la plupart des pays) représentaient une proportion inférieure à 10 % en Jordanie et atteignant 32 % au Nicaragua. Si les données sur les différences entre zones urbaines et zones rurales sont rares, on a noté qu'en Éthiopie 60 % des jeunes adolescents vivaient avec leurs deux parents dans les zones rurales, contre 41 % des filles et 47 % des garçons dans les zones urbaines.

ORPHELINS ET ENFANTS DES RUES La perte d'un ou des deux parents introduit un changement radical dans la vie des adolescents, les contraignant à devenir chefs de famille ou les jetant dans les rues. La pauvreté et le conflit politique et ethnique exacerbent la situation.

Le sida a déjà rendu orphelins au moins 13 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre total d'enfants rendus orphelins par l'épidémie depuis ses débuts fera, selon les prévisions, plus que doubler d'ici à 2010¹³. Avant l'apparition du sida, 2 % environ des enfants étaient orphelins dans les pays en développement. Aujourd'hui, dans 10 pays d'Afrique subsaharienne – Botswana, Burundi, Lesotho, Malawi, Mozambique, République centrafricaine, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe –, plus de 15 % des enfants de moins de 15 ans sont devenus orphelins¹⁴.

Il y a beaucoup d'autres raisons qui obligent les adolescents à chercher refuge dans les rues. Foyers et familles se désintègrent du fait de la guerre ou de situations d'urgence¹⁵. Les enfants peuvent être chassés de leur foyer par l'extrême pauvreté, la violence ou l'abus de drogues dans la famille, ou par un conflit avec des membres de leurs familles. Ils peuvent aussi échapper à des violences physiques ou mentales, à l'échec scolaire, à des problèmes de santé mentale ou de comportement, à l'ennui, au manque de perspectives ou à des rapports décevants avec leurs compagnons d'âge¹⁶.

Le nombre des enfants des rues dans le monde va, selon diverses évaluations, de 100 millions, dont la moitié en Amérique latine¹⁷, à 250 millions¹⁸. Leur nombre augmente rapidement et de jeunes enfants vivent dans les rues en plus grand nombre que jamais auparavant¹⁹.

Aux Philippines, par exemple, le nombre des enfants des rues communiqué était de 220 859 en 1991 et de 1,5 million en 1999²⁰. Dans les pays en développement, les enfants des rues peuvent n'avoir pas plus de huit ans, tandis que dans les pays développés ils en ont en

général plus de 12²¹. En Asie, les enfants des rues sont beaucoup plus souvent des garçons que des filles. On voit moins de filles dans la rue, peut-être parce qu'elles sont moins nombreuses à quitter leur famille ou à être abandonnées; ou parce que les filles sont plus rapidement prises en charge par les autorités, ou encore parce qu'elles sont séquestrées et exploitées.

En raison de l'absence de logement fixe et de leur situation économique précaire, ainsi que du manque d'accès aux services sociaux, les jeunes sans logis sont souvent sous-alimentés, en mauvaise santé, toxicomanes, et exposés aux sévices sexuels et au VIH/sida²². Généralement considérés "trop âgés" pour être adoptés, ces adolescents comptent parmi les sous-groupes les plus négligés par toute activité de réinsertion sociale ou toute stratégie de lutte contre le VIH²³. Souvent perçus comme une menace à l'ordre établi, les jeunes des rues sont la cible de violences de la part tant des forces de police que des groupes d'autodéfense.

URBANISATION ET MIGRATION Les zones rurales changent, les petites villes deviennent plus grandes et les grandes villes continuent de s'étendre. L'urbanisation a un effet particulièrement important dans les pays les moins avancés. La migration constitue une réaction aux chances offertes, à la privation économique ou à une urgence écologique et elle traduit tant le sous-investissement dans le développement rural qu'une mauvaise gestion des ressources²⁴.

Le fait de vivre en milieu urbain offre aux jeunes des perspectives et, en même temps, les expose à des risques. Dans tous les aspects de leur vie, les adolescents migrants demeurent un groupe extrêmement vulnérable et souvent difficile à atteindre.

Les jeunes peuvent se déplacer avec leur famille ou de leur propre initiative, à la recherche de travail ou d'éducation. On est très peu informé des raisons qui motivent la migration des jeunes et il faut souvent tirer des déductions à partir d'autres données. Par exemple, des données en provenance du Togo, en 1998, montrent que 34 % des filles âgées de 10 à 14 ans vivaient alors dans des villes, contre 28 % des garçons, et que la différence augmentait pour le groupe d'âge 15-19 ans – 44 % des filles et 34 % des garçons²⁵. Ceci

Tableau 1 : Pourcentage des adolescents vivant dans les villes, par sexe et âge, dans quelques pays

	Filles		Garçons	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Tchad (1996-1997)	22	23	23	29
Togo (1998)	34	44	28	34
Bolivie (1998)	61	75	60	69
Nicaragua (1998)	58	62	55	60
Philippines (1998)	45	57	45	51
Kirghizistan (1997)	26	29	25	26

Source: Population Council.

4 S'OCcuper DES ENFANTS DES RUES Le groupe *El Caracol* (L'escargot), au Mexique, travaille avec des jeunes des rues âgés de 15 à 23 ans. Les éducateurs entrent en rapports étroits avec les jeunes; présentent des exposés sur le VIH/sida, la consommation de drogues et d'autres sujets d'ordre sanitaire et social; puis ils s'efforcent d'identifier les besoins des jeunes. *El Caracol* gère un restaurant, une imprimerie et une ferme d'élevage de lapins, où les jeunes des rues séjournent et apprennent un métier. Un programme transitoire leur offre une marge considérable de liberté et aussi de sérieuses responsabilités. Les membres de ce groupe travaillent avec les jeunes pour les aider à construire une identité nouvelle et à rejeter le terme d'"enfant des rues" par lequel ils se définissent eux-mêmes.

Au Népal, le Plan de protection de l'enfance (Child Welfare Scheme) est actif dans les quartiers de taudis de Pokhara et met à la disposition des jeunes des rues un dispensaire, une formation professionnelle et un centre de réinsertion. Il a commencé en 2002 avec d'anciens drogués et des filles exploitées par des trafiquants. Les jeunes suivent une formation professionnelle de trois ans et étudient en outre les mathématiques, les sciences, l'anglais et le népalais. Le programme leur apprend à avoir confiance en eux-mêmes, offre une formation aux premiers secours et à la protection sociale pour rendre les jeunes des rues indépendants, et dispense des conseils de manière suivie aux jeunes blessés dans leur psychisme.

donne à croire que les villes du Togo offrent – ou semblent offrir – de meilleures perspectives sur le plan éducatif ou économique pour les filles (tableau 1). Des schémas analogues apparaissent en Bolivie et aux Philippines.

L'expérience des ruraux qui émigrent vers les villes varie considérablement. En de nombreux pays en développement, les tâches d'employée de maison sont l'une des principales sources de revenu pour les filles et les jeunes femmes dans les zones urbaines. Au Bangladesh, le secteur du textile a offert aux jeunes femmes migrantes des occasions sans précédent de gagner de l'argent, d'économiser pour leur dot et de différer le mariage; leur expérience a été généralement très positive²⁶. Au Nigéria, en revanche, les jeunes femmes qui apprennent le métier de couturière sont très exposées aux sévices sexuels en raison de leur situation subordonnée sur les lieux de travail et parce qu'elles sont séparées de leurs familles²⁷.

Les jeunes femmes se rendent fréquemment dans les villes ou à l'étranger pour vivre avec la famille de leur mari. Ce n'est pas toujours un choix libre, en particulier si la femme est pauvre ou orpheline²⁸.

En Thaïlande, le groupe d'âge 15-19 ans constitue le plus nombreux segment des migrants; ces adolescents disent rencontrer des difficultés dans les villes et rares sont les adultes qui peuvent les aider à résoudre leurs problèmes²⁹.

Une étude sur les migrants qui rentrent au Mexique des États-Unis (où environ 8 millions de Mexicains travaillent) a établi que 24 % sont âgés de moins de 25 ans³⁰. Quatre-vingt pour cent de ces jeunes ont trouvé du travail aux États-Unis, et presque tous les jeunes âgés de 12 à 17 ans dans l'industrie ou les services.

LES ENFANTS ET LA GUERRE Les conflits ont tué dans les années 90 près de deux millions d'enfants. Six millions ont été gravement

blessés ou rendus infirmes³¹. En 2000, environ 300 000 enfants soldats participaient aux 30 conflits en cours dans le monde entier³².

Chaque jour, 5 000 enfants deviennent des réfugiés et un être humain sur 230 est un enfant ou un adolescent qui a été contraint de fuir son foyer³³. Après plus de deux décennies de guerre en Afghanistan, des centaines de milliers d'adolescents se sont réfugiés au Pakistan; la pauvreté de la famille et un manque d'accès à l'éducation ont conduit ces jeunes à exercer des emplois tels que le tissage des tapis, le ramassage des ordures, la fabrication de briques, le travail domestique et même la vente de drogues³⁴.

En 1998, en République démocratique du Congo et en Afghanistan, des jeunes de 13 ans seulement ont été recrutés sous la contrainte par des forces militaires³⁵. En 1999, des groupes de jeunes ont fait l'objet de ramassages dans les marchés publics par l'armée angolaise. Au Myanmar, l'armée aurait recruté sous la contrainte des enfants mineurs dans les écoles. En El Salvador, en Éthiopie et en Ouganda, les filles représentaient un tiers de tous les enfants soldats.

L'éducation et l'emploi

L'éducation et l'emploi ont un impact direct et un important impact indirect sur la qualité de vie, notamment la santé, et sur les perspectives de développement. Ils ont une importance particulière pour la santé et les droits des adolescentes en matière de reproduction et de sexualité. L'éducation et l'emploi permettent aux filles et aux jeunes femmes d'acquérir des connaissances, de mieux comprendre leur propre identité, d'avoir confiance en elles-mêmes et de posséder des savoir-faire, enfin de gagner un revenu. Ils offrent aussi une chance d'entrer en relation avec des compagnons d'âge et

des adultes en dehors du cercle familial, et ce sont là des sources d'information éventuellement précieuses³⁶ qui pourraient ouvrir de nouvelles perspectives en dehors du mariage précoce et de la grossesse précoce.

LA SCOLARISATION ET LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES La plupart des jeunes peuvent espérer dans une certaine mesure être scolarisés, mais le tableau d'ensemble est très inégal : actuellement, 115 millions d'enfants ne fréquentent pas l'école primaire, dont 57 % sont des filles³⁷; et, dans les pays en développement, 57 millions de jeunes hommes et 96 millions de jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans ne savent ni lire ni écrire³⁸. L'analphabétisme interdit aux jeunes d'accéder à un large éventail de possibilités.

Il y a toutefois quelques bonnes nouvelles. Selon l'UNESCO, filles et femmes de toutes les régions sont en train d'avoir accès à l'éducation, fermant ainsi l'écart avec les hommes³⁹. L'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles (UNGEI), lancée en avril 2000, cherche à accélérer les progrès en matière d'éducation en coordonnant et centrant les ressources financières et non financières d'origines multiples, notamment fournies par les gouvernements, les ONG et les institutions de l'ONU, en vue de lancer une vaste campagne de plaidoyer pour l'éducation des filles et de prêter appui aux pays qui demandent de l'aide. Environ 90 pays sont en voie d'atteindre les objectifs mondiaux s'agissant de mettre fin à l'inégalité entre les sexes dans l'enseignement primaire d'ici à 2015⁴⁰.

Cependant, le nombre des jeunes non scolarisés augmente pendant les périodes de conflit ou de crise sociale et en cas de catastrophe naturelle⁴¹. Au-delà de l'enseignement primaire, les

5

SIERRA LEONE : LA RECONSTRUCTION D'APRÈS GUERRE ET LES

ADOLESCENTS Plusieurs années après la fin de la guerre civile en Sierra Leone, d'innombrables jeunes et adolescents, surtout des filles, sont encore sans ressources, orphelins et souvent victimes de l'exploitation sexuelle tout en étant exclus des activités de reconstruction, selon une recherche menée en 2002 pour laquelle la Commission pour les femmes et enfants réfugiés (Women's Commission for Refugee Women and Children) a conduit son enquête principalement à l'aide d'adolescents, qui sont aussi le principal groupe d'enquêtés.

Durant le conflit, qui a pris fin en 1999, les jeunes qui se battaient pour les parties aux prises sont devenus aussi bien les auteurs que les victimes de violences. Les seigneurs de la guerre promettaient leur part des diamants de la Sierra Leone aux jeunes qui s'enrôlaient à leur service, mais refusaient ensuite aux adolescents soldats le paiement promis et violaient en permanence leurs droits fondamentaux. Quand la reconstruction d'après guerre a commencé, les adolescents ont été exclus des plans en gestation, demeurant

ainsi privés d'emploi, d'éducation et d'accès à toute attention médicale.

La Sierra Leone manque de dispensaires qui soient de prix abordable et accueillants aux adolescents, et l'éducation à la santé reste généralement hors de leur portée. De nombreux jeunes ne croient pas à la réalité des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida.

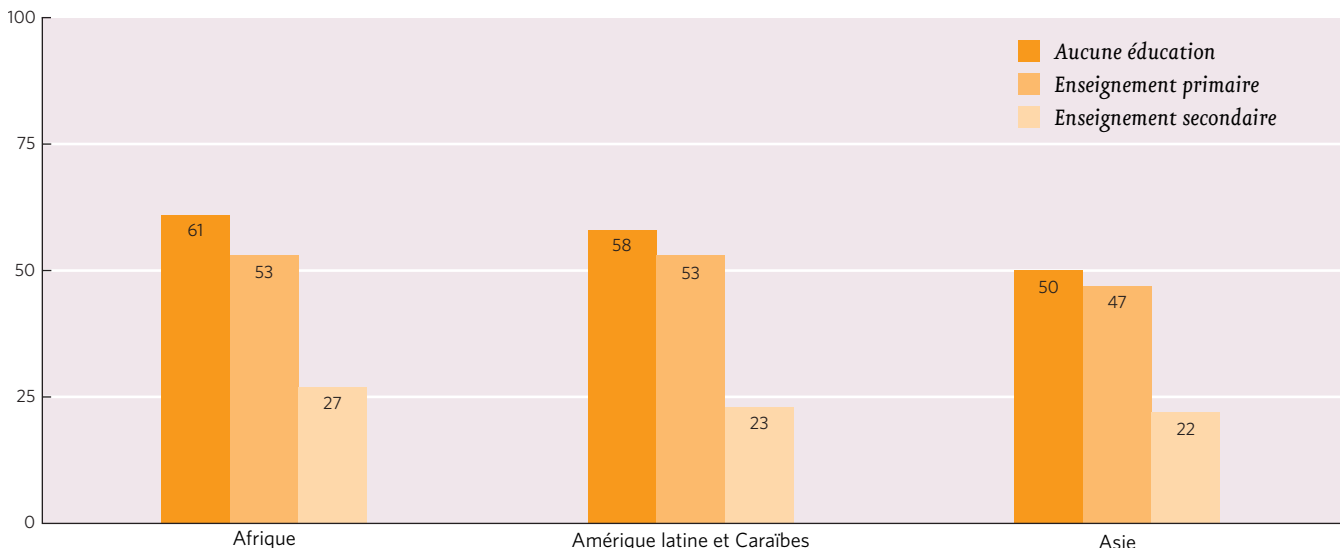
De nombreux adolescents orphelins commettent des crimes, consomment de la drogue et vivent dans les rues. Filles et jeunes femmes sont souvent contraintes de se marier tôt ou se prostituent sous la pression de la détresse économique ou de leur famille, ce qui continue de les exposer à un traumatisme physique, mental et sexuel – et au risque de contracter des IST, dont le VIH/sida – comme ce fut le cas durant la guerre, quand le viol était pratique courante. De récentes initiatives visant à lutter contre la violence sexuelle n'ont pas été mises en œuvre ni imposées.

La méfiance des adolescents envers les adultes et le gouvernement, et l'exclusion des jeunes par les adultes dans la reconstruction du pays ont combiné leurs effets pour entraver le processus d'intégration et de maintien de la paix.

Divers organismes de protection de l'enfance prêtent leur assistance à la reconstruction de la Sierra Leone et à la protection des droits de l'enfant, mais le soutien est fragmentaire et une âpre concurrence se livre souvent pour les blocs d'aide destinés aux groupes vulnérables. Les multiples bureaux du gouvernement qui s'occupent des différents aspects de la protection de l'enfance n'agissent pas de manière coordonnée. Les organisations de jeunes manquent des ressources nécessaires pour passer à la définition de politiques.

L'étude menée par des jeunes recommande d'introduire des changements dans les politiques et les cadres juridiques du pays afin de mieux protéger les enfants, les adolescents et les jeunes, tout en faisant participer les jeunes à la définition et à l'exécution des politiques. Indiquant que la crainte première des adolescents est de ne pas recevoir d'éducation, l'étude demande que l'éducation et la formation professionnelle fassent l'objet d'une attention accrue. L'égalité entre les sexes et la santé en matière de reproduction sont des objectifs essentiels, y est-il souligné, et il faut agir afin de réduire les violences sexuelles et physiques et d'offrir aux femmes la chance de recevoir une éducation.

Diagramme 3 : Pourcentage des femmes donnant naissance à 20 ans au plus tard, par niveau d'éducation



Source : Division de la population (ONU)

écarts ont diminué, mais demeurent sensibles en de nombreux pays pauvres. Dans certains pays, les taux d'abandon scolaire masculins sont plus élevés que les taux féminins et la scolarisation des garçons a baissé. Les reculs et la stagnation économiques peuvent entraver le progrès.

En de nombreux pays en développement, moins de la moitié de tous les enfants abordent l'enseignement secondaire. Les statistiques font apparaître une chute brusque de la fréquentation scolaire des filles au-delà du primaire⁴². À 18 ans, les filles ont fréquenté l'école en moyenne 4,4 années de moins que les garçons⁴³.

Les enseignants peuvent contribuer au problème, involontairement ou consciemment. Les recherches conduites au Kenya, par exemple, ont montré que les enseignants ont une attitude négative à l'égard des filles dans la salle de classe, ce qui contribue à leur donner le sentiment qu'elles n'ont rien à faire à l'école⁴⁴. Ils tolèrent que les garçons se montrent brutaux envers elles et ne croient pas que les filles auront d'aussi bons résultats scolaires. Certains enseignants reconnaissent qu'ils préfèrent les garçons et qu'ils assignent souvent aux filles des tâches ennuyeuses telles que de balayer la salle de classe, tandis que celles confiées aux garçons sont en rapport avec l'enseignement.

Souvent, les filles sont retirées de l'école et gardées au domicile familial; leur liberté d'action à l'extérieur est généralement beaucoup plus strictement réglementée au début de la menstruation⁴⁵. Il est difficile d'obtenir des données qui établissent un lien direct entre ce moment et l'abandon de la scolarité, mais les indices ne manquent pas. Du sud de l'Inde au Mexique et à l'Égypte, les filles sont étroitement surveillées et leur mobilité limitée, dans une large mesure parce qu'elles apparaissent exposées à tomber enceintes avant le mariage, ce qui va à l'encontre des normes sociales⁴⁶.

Les femmes peu instruites sont celles qui courent le risque le plus élevé de mariage précoce et de grossesse précoce⁴⁷.

La fécondité diminue avec le niveau d'éducation. Les différences les plus marquées à l'intérieur d'une même région se situent en Afrique, en Asie occidentale et en Amérique latine et Caraïbes, où les femmes ayant une éducation secondaire ou plus avancée ont trois enfants de moins en moyenne que les femmes n'ayant reçu aucune éducation. À mesure que le nombre total d'enfants par famille diminue, ces différences deviennent moins apparentes.

LES JEUNES ET L'EMPLOI On évalue à 352 millions le nombre d'enfants âgés de 5 à 17 ans qui, dans le monde entier, travaillaient en 2000, dont plus de 246 millions illégalement et près de 171 millions dans des conditions dangereuses⁴⁸.

Malgré les lois interdisant le travail des enfants, environ 186 millions d'enfants de moins de 15 ans travaillaient en 2000⁴⁹; ce chiffre comprenait 138 millions d'enfants âgés de 10 à 14 ans – soit environ un sur quatre – qui remplissaient surtout des emplois non agricoles⁵⁰. L'Asie a le plus grand nombre d'enfants de moins de 15 ans qui remplissent un emploi, soit 127,3 millions, contre 48 millions en Afrique subsaharienne et 17,4 millions en Amérique latine et dans les Caraïbes⁵¹.

Environ 141 millions d'adolescents de 15 à 17 ans, soit 42 % du chiffre total, travaillaient en 2000⁵².

Les taux de chômage des jeunes sont élevés – 56 % en Afrique du Sud, 34 % en Jamaïque –, presque partout au moins doubles du taux de chômage des adultes⁵³. Dans de nombreux pays en développement, la discrimination sexuelle dans l'éducation et l'accès à l'emploi se traduit par un chômage élevé des jeunes femmes⁵⁴. Le manque d'éducation limite les perspectives d'emploi de nombreux jeunes, surtout des femmes, aux tâches mal payées et souvent dangereuses d'employés de maison, de travailleurs agricoles ou d'ouvriers d'usine.

COMBINER TRAVAIL ET ÉDUCATION La moitié des enfants et des adolescents qui travaillent le font à plein temps, et l'autre moitié combinent le travail et l'école⁵⁶. De nombreux jeunes voient dans le travail moins un obstacle à leur éducation ou un risque à leur santé et à leur sécurité qu'une stratégie de survie pour eux-mêmes et leur famille, un moyen d'avoir des ressources pour l'avenir et d'accéder à la condition d'adulte responsable. Le travail peut assurer aux femmes leurs propres ressources et leur faciliter le choix du moment où se marier et de leur conjoint.

Très peu de recherches ont été menées sur l'impact de la combinaison du travail et de l'éducation sur la rémunération future et les perspectives de vie. Une étude, au Brésil, a constaté que cet impact était à la fois positif et négatif. Aborder de bonne heure certaines activités, comme la construction, l'artisanat ou le commerce, élargit les perspectives à long terme des jeunes hommes, mais a souvent pour effet de limiter leur revenu futur, en premier lieu parce que le travail a laissé moins de temps pour l'éducation. Les filles ont obtenu certains avantages comme employées de maison, mais leurs perspectives étaient beaucoup plus limitées⁵⁷. À mesure que les savoir-faire requis pour un emploi mieux rémunéré deviennent plus délicats, il peut s'avérer plus difficile de jouer sur les deux

Tableau 2. Pourcentage des adolescents employés en 2000, par âge, sexe et région⁵⁵

Région	Filles		Garçons	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Afrique orientale	35	62	38	66
Afrique centrale	26	53	29	60
Afrique du Nord	6	21	11	41
Afrique australe	2	35	3	40
Afrique de l'Ouest	21	44	31	60
Caraïbes	7	23	13	39
Amérique centrale	4	30	9	54
Amérique du Sud	7	34	11	55
Asie orientale	0	49	7	51
Asie du Sud-Est	9	43	10	47
Asie du Sud	13	35	14	52
Asie occidentale	4	25	5	41
Australie-Nouvelle-Zélande	0	52	0	53
Europe – total	0	25	0	30
Europe occidentale	0	23	0	27
Europe méridionale	0	23	0	29
Europe septentrionale	0	41	0	44
Europe orientale	0	23	0	27
Mélanésie	13	49	17	59
Amérique du Nord	0	38	0	41

Source : Organisation internationale du Travail

tableaux. D'autre part, les jeunes femmes qui commencent à travailler dès l'adolescence ont par la suite davantage d'enfants⁵⁸.

Le grand nombre d'adolescents qui ne travaillent pas, ne fréquentent pas l'école ou ne sont pas mariés pose un autre problème. Il est difficile de découvrir la situation réelle de ces jeunes hommes et femmes, difficile aussi de les atteindre. Au Pakistan, par exemple, 12 % des garçons âgés de 10 à 14 ans n'entrent dans aucune des trois catégories ci-dessus et la proportion passe à 15 % pour le groupe d'âge 15-19 ans. Parmi les filles, 30 % du groupe d'âge 10-14 ans et plus de 45 % du groupe d'âge 15-19 ans « ne font rien »⁵⁹.

Assurer un avenir meilleur : l'investissement dans la jeune génération

La participation des adolescents au développement social est une tâche que la plupart des pays n'ont pas encore abordée. Les vastes changements intervenus dans la société allongent le temps écoulé entre la maturité physique et l'acceptation des jeunes dans les rôles d'adulte. Les institutions sociales doivent apprendre à offrir aux adolescents une entière participation parce qu'en de nombreux contextes ils se sont avérés des agents de changement dynamiques.

Il est impossible de nier le caractère spécifique de l'adolescence ou d'y voir seulement « un moment de transition ». Les choix que les jeunes font, les objectifs qu'ils se fixent et les perspectives qui leur sont offertes ne constituent pas seulement une préparation : ils sont une partie significative de leur vie. Les choix des jeunes peuvent les engager dans des voies qui s'avèreront bénéfiques pour eux-mêmes, leurs familles, amis et communautés. Et pourtant, on offre aux adolescents une information, des possibilités, des ressources et un appui inadéquats pour guider leurs choix.

En de nombreux cas, cadres juridiques et dispositions administratives sont en place pour fournir aux jeunes les services essentiels, par exemple des conseils pour la recherche d'un emploi, une éducation et des soins de santé, y compris l'information et les services concernant la santé en matière de reproduction. Le problème se pose plus souvent au niveau de l'exécution que de la définition des politiques.

Les investissements dans l'adolescence doivent être stratégiques. Les rendements en seront très amples (voir chapitre 7). Un investissement insuffisant ferme les perspectives et expose les jeunes à des risques superflus. Les privations de divers types s'aggravent l'une l'autre.

Mais l'investissement dans la santé, l'éducation et l'emploi des jeunes; la promotion de leur inclusion sociale et politique; et la réduction des risques auxquels ils sont exposés se renforcent aussi mutuellement et promeuvent un large éventail de droits fondamentaux et d'objectifs du développement. Cette remarque est certainement vraie des investissements destinés à prévenir le mariage précoce et à aider les adolescents à éviter des grossesses précoces et non désirées, les rapports sexuels imposés par la contrainte, la maternité dans des conditions dangereuses et les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida.

Le présent rapport fournit des exemples de stratégies qui donnent des résultats et constituent un point de départ pour quiconque veut réfléchir et introduire des adaptations et des améliorations.

Tableau 3. Conséquences du sous-investissement dans les adolescents

Conséquences d'investissements limités dans la santé des adolescents en matière de reproduction et dans les droits des adolescents sur le plan de la procréation et du développement

Conséquences pour la SR	Facteurs contributifs	Conséquences sur le plan individuel	Conséquences pour les familles, la société et le développement national
Grossesse précoce	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mariage précoce ▪ Pauvreté (en tant que cause de la grossesse précoce/du mariage précoce pour accéder à la sécurité économique et personnelle) ▪ Discrimination entre les sexes/faible valeur attachée aux filles/sentiment de l'identité et du contrôle/statut conçu en fonction des rôles d'épouse et de mère; faible estime de soi ▪ Manque d'information, d'éducation, de conseils et de services aux fins de la prévention; manque d'information sur les risques de la grossesse à un trop jeune âge ▪ Incapacité de négocier l'utilisation de contraceptifs, les décisions sur le nombre d'enfants, ou le report du moment de commencer une grossesse ; attentes socioculturelles ▪ Absence de droits en matière de reproduction 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risques de complications de la grossesse (accouchement prolongé, fistule obstétricale, anémie/hémorragie, décès) ▪ Abandon scolaire ▪ Diminution des possibilités d'exercer un emploi ou une activité productrice de revenu ▪ Pauvreté ▪ Responsabilités et tensions liées à l'éducation des enfants, venant trop nombreuses et trop tôt avant l'accession à l'autonomie socioéconomique et psychologique ▪ Réduction des potentialités de développement individuel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausse des taux de morbidité et de mortalité infantiles et maternelles ▪ Coûts plus élevés des soins de santé ▪ Coûts plus élevés de protection sociale, surtout dans le cas des mères célibataires ▪ Abandon de nouveau-nés ▪ Perspectives amoindries d'élimination de la pauvreté (puisque le niveau éducatif de la mère est un facteur capital s'agissant de rompre la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre) ▪ Réduction du capital humain qualifié au service du développement socioéconomique; main-d'oeuvre moins qualifiée; diminution des gains salariaux ▪ Dépendance accrue des jeunes mères par rapport aux prestataires de sexe masculin (même s'ils usent de sévices), qui est en liaison avec l'inégalité persistante entre les sexes et le manque d'autonomie des femmes ▪ Élan accru de la croissance démographique; réduction de la prime démographique
Grossesse non désirée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de droits en matière de reproduction ▪ Faible accès à l'information, à l'éducation, aux conseils et aux services concernant les contraceptifs. ▪ Mythes et conceptions erronées concernant la grossesse et la sécurité des contraceptifs ▪ Relations entre les sexes - 'la grossesse relève de la responsabilité des femmes'; manque de responsabilité masculine face à la prévention et aux conséquences de la grossesse; stéréotypes sexuels - les filles ne possèdent pas l'aptitude à négocier et à s'affirmer; soumission et ignorance attendues des filles ▪ Violence sexuelle ▪ Rapports sexuels forcés et grossesse forcée en tant qu'armes de guerre ▪ Pauvreté (moins d'années de scolarité, ou absence de scolarité; moindre accès à l'information et aux services, ou à l'éducation à la sexualité; les filles ont une moindre connaissance de leur corps) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recours à l'avortement, même s'il est pratiqué dans des conditions dangereuses (avec des risques élevés de morbidité maternelle ou de décès de la mère) ▪ Condition de mère célibataire, cela dès un jeune âge ▪ Nombre d'enfants supérieur à celui souhaité par les partenaires ▪ Moindres chances de développement individuel et d'acquisition de savoir-faire pour échapper à la pauvreté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investissements réduits dans les besoins et le développement des enfants ▪ Renforcement de l'inégalité entre les sexes - perte des perspectives socioéconomiques et des potentialités de plein développement des femmes ▪ Élan accru de la croissance démographique

Conséquences d'investissements limités dans la santé des adolescents en matière de reproduction et dans les droits des adolescents sur le plan de la procréation et du développement

Conséquences pour la SR	Facteurs contributifs	Conséquences sur le plan individuel	Conséquences pour les familles, la société et le développement national
SéVICES, violence et exploitation sexuels	<ul style="list-style-type: none"> Les enfants et adolescents, surtout les filles, sont exposés aux séVICES sexuels et à l'inceste – le silence est gardé sous l'effet de plusieurs facteurs : crainte, manque d'éducation, marginalisation, absence de protection, normes sociales et tabous sociaux Pauvreté (promesses mensongères d'un revenu plus élevé pour l'intéressé(e) et sa famille) Profit à tirer du trafic des êtres humains et de l'esclavage sexuel; effet limité de l'action coercitive, corruption, etc.; absence de protection pour les filles en danger ou déjà réduites en esclavage Situations de conflit et d'après conflit (augmentation des séVICES sexuels et des viols du fait de la dissolution du tissu social et familial) Statut médiocre des filles et des jeunes femmes; faible estime de soi; pouvoir masculin et légitimation socioculturelle de la violence sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> Traumatisme psychologique, physique et affectif Grossesse non désirée, avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, IST/VIH/sida Capacité diminuée d'établir des relations fondées sur la confiance, des relations d'intimité et des rapports sexuels; risque accru d'une série de relations marquées par la violence Moindre liberté, y compris la liberté de mouvement, existence dominée par la crainte et la violence 	<ul style="list-style-type: none"> Persistance de la violence sexiste et des séVICES sexuels à l'égard des enfants et adolescents (en violation des valeurs universelles et des droits fondamentaux liés au respect de la dignité humaine, de l'intégrité personnelle et physique, de la liberté et de l'autodétermination de l'individu, enfin des droits en matière de reproduction) Confirmation de l'acceptabilité de la violence Baisse du niveau d'éducation; absentéisme plus fréquent du travail, productivité réduite et perte de revenu pour les employeurs Diffusion de la criminalité, atteintes plus fréquentes à l'ordre public, aggravation de la corruption (du fait du trafic des êtres humains) Dépression Ralentissement des progrès de la lutte contre le VIH/sida
IST/VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> Manque d'information sur les pratiques sexuelles moins dangereuses Discrimination sexuelle/manque du pouvoir de prendre des décisions Manque d'accès aux méthodes de protection SéVICES, violence et exploitation sexuels Pauvreté (conduit à la vente de faveurs sexuelles ou aux rapports sexuels entre personnes de générations différentes) Partenaires sexuels multiples 	<ul style="list-style-type: none"> Décès prématuré ou limitation du potentiel de développement individuel Discrimination et opprobre Aggravation de la pauvreté Stérilité Cancer du col de l'utérus et autres séQUELLES de certaines infections non mortelles Perte des parents Destruction de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> Perte de la productivité et des investissements Absence d'espoir et dissolution de l'organisation communautaire Graves perturbations dans les secteurs agricole, sanitaire, éducatif et autres. Désorganisation des systèmes social et économique Surcharge du réseau des soins de santé
Sous-emploi	<ul style="list-style-type: none"> Faible création d'emplois Médiocrité des aptitudes au métier de chef d'entreprise Exclusion socioéconomique Discrimination sexuelle Discrimination sexuelle dans l'emploi, la rémunération et le travail au noir 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de savoir-faire ou aptitudes Exploitation dans des conditions dangereuses Travail des enfants, et exploitation sexuelle Vente de faveurs sexuelles Pauvreté 	<ul style="list-style-type: none"> Atteinte à la stabilité et à la sécurité nationales Ralentissement de la croissance économique et du développement social Marginalisation accrue Faible mobilité sociale Santé, nutrition et éducation de qualité médiocre
Faible participation à la vie civile et sociale	<ul style="list-style-type: none"> Pas de mise en place d'institutions propres à faire une place aux jeunes Restrictions imposées à la mobilité des filles et ségrégation par sexe Exclusion sociale et politique 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de possibilités de participer et de faire entendre ses préoccupations Incapacité de tirer parti des institutions démocratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Jeunes privés de tout droit, ce qui fait voir en eux une source de troubles civils Manque d'apports des jeunes dans l'élaboration des politiques et programmes Absence de tolérance sur les plans social et politique

Note : Les entrées en caractères gras correspondent à des problèmes soulevés dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement

RECONNAÎTRE LE « DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS » DES

ADOLESCENTS La Convention relative aux droits de l'enfant énonce en détail la responsabilité des gouvernements s'agissant de garantir les droits de tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, à savoir notamment le droit à la vie privée (article 16) et à l'information "sans considération de frontières" (article 13). Tous les pays à l'exception de trois (États-Unis, Somalie et Timor-Leste) ont adopté la Convention.

La Convention reconnaît aussi que la capacité des enfants de prendre des décisions importantes, notamment au sujet de leur propre santé, augmente avec l'âge et l'expérience. À l'article 5, il est demandé que les États respectent la responsabilité,

le droit et le devoir qu'ont les parents, les tuteurs, les familles étendues ou les communautés (si elles y sont habilitées par la coutume locale), de donner aux enfants l'orientation et les conseils appropriés pour exercer leurs droits "d'une manière qui corresponde au développement de ces capacités".

La CIPD a noté de même le besoin d'établir un équilibre entre les responsabilités et les droits des parents ou tuteurs et, d'autre part, "le développement des capacités" des "adolescents" (ce terme ne figure pas dans la Convention, mais il est constamment utilisé dans le Programme d'action de la CIPD).

"Les enfants incapables de jugement [Note : Ceci est une expression juridique

qui désigne l'incapacité ou l'absence de maturité] ont droit à la protection et aux conseils que les parents ou tuteurs peuvent leur fournir", selon les professeurs de droit Rebecca Cook et Bernard Dickens. Mais le concept de "développement des capacités" implique aussi une autonomie croissante. Les politiques "qui traitent des adultes compétents comme s'ils étaient des enfants", soutiennent-ils, "peuvent avoir pour effet de rabaisser et d'insulter." Les lois prétendument conçues pour protéger les adolescents, par exemple en leur refusant l'accès aux contraceptifs sans l'assentiment des parents, peuvent mettre en danger leur santé et aussi violer la Convention et d'autres traités relatifs aux droits de la personne.



2 L'inégalité entre les sexes et la santé en matière de reproduction

Pour des millions de jeunes, l'adolescence est aujourd'hui un passage critique où ils acquièrent l'expérience de la vie à travers l'école, la formation professionnelle, le travail, les activités communautaires, les groupes de jeunes et les relations personnelles. Une majorité d'entre eux ont aussi leurs premières expériences sexuelles durant les années d'adolescence.

Les adolescents apprennent aussi les normes sociales et sexospécifiques qui ont cours dans leurs communautés; certains protègent leur santé et leurs droits, d'autres non. Ces normes placent les filles en face de défis particuliers – c'est-à-dire les restrictions imposées à leur indépendance et à leur mobilité, l'inégalité dans les perspectives d'éducation et d'emploi, la pression exercée sur elles pour qu'elles se marient et commencent à avoir des enfants de bonne heure, et l'inégalité des rapports de force qui limitent leur contrôle sur leur vie sexuelle et procréatrice.

LA DISCRIMINATION SE RENCONTRE PARTOUT Dans la plupart des pays, familles et sociétés traitent de manière inégale les filles et les garçons, celles-là affrontant pour une beaucoup plus large part les privations, le manque de perspectives et un investissement bien moindre dans leur santé¹, leur nutrition² et leur éducation³. La discrimination sexiste se poursuit durant l'adolescence et demeure souvent un trait permanent pour le reste de la vie.

Les normes sexospécifiques en vigueur restreignent aussi l'accès des adolescentes à l'école et à l'emploi. L'inégalité juridique institutionnalisée sous-tend les textes de loi qui gardent la terre, l'argent et les autres ressources économiques hors de portée des filles et des femmes⁴, fermant les voies à toute possibilité de corriger des pratiques discriminatoires et créant les conditions qui se prêtent à la violence et à l'exploitation sexistes⁵.

L'inégalité des rapports de force entre femmes et hommes conduit à des violations très répandues des droits de la personne, notamment sur le plan de la santé. Parmi les plus persistantes et pernicieuses, il faut citer le mariage précoce ou dès l'enfance, le trafic des êtres humains, la violence et la coercition sexuelles, et la coupure génitale féminine.

Des accords internationaux récents, les changements intervenus dans les lois et les politiques des pays, des activités de recherche et divers programmes s'attaquent explicitement à la discrimination contre les filles et les femmes, mettant en question les valeurs sous-jacentes qui perpétuent l'inégalité entre les sexes.

Le mariage précoce et le mariage dès l'enfance

Malgré une tendance à relever l'âge du mariage dans de nombreuses parties du monde (voir ci-après), 82 millions de filles aujourd'hui âgées de 10 à 17 ans seront mariées dans les pays en développement avant leur dix-huitième anniversaire⁶. Dans certains pays, la majorité des filles se marient encore avant d'atteindre 18 ans. Tel est le cas de 60 % d'entre elles au Népal, 76 % au Niger et 50 % en Inde⁷.

La pauvreté, le désir des parents de garantir que leurs filles n'aient de rapports sexuels que dans le mariage, le manque de possibilités d'éducation ou d'emploi pour les filles, le sentiment que les filles trouvent leur véritable vocation dans les rôles d'épouse et de mère, les régimes de dot, ce sont là autant de facteurs qui perpétuent le mariage précoce. Les filles qui tombent enceintes peuvent être très fortement poussées à se marier par leur famille et leur communauté. L'âge auquel se place le mariage dans une culture donnée est un indice direct de la manière dont la vie familiale est organisée et des perspectives offertes aux jeunes hommes et aux jeunes femmes à l'heure où ils assument des responsabilités d'adulte⁸.

7

DROITS QUE LE MARIAGE PRÉCOCE OU LE MARIAGE DÈS L'ENFANCE INTERDIT D'EXERCER

Le mariage précoce des filles compromet l'exercice d'un certain nombre de droits garantis par la Convention relative aux droits de l'enfant :

- Le droit à l'éducation (article 28).
- Le droit d'être protégé contre toutes les formes de violence physique ou mentale, les mauvais traitements ou les sévices, notamment les sévices sexuels (article 19) et toutes les formes d'exploitation sexuelle (article 34).
- Le droit de jouir du meilleur état de santé possible (article 24).
- Le droit à l'information et à l'orientation scolaires et professionnelles (article 28).
- Le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées (article 13).
- Le droit au repos et au loisir, et de participer librement à la vie culturelle et artistique (article 31).
- Le droit de ne pas être séparé de ses parents contre le gré de ceux-ci (article 9).
- Le droit d'être protégé contre toutes les formes d'exploitation préjudiciable à tout aspect de son bien-être (article 36).

Le mariage précoce viole bon nombre de droits fondamentaux des filles (voir encadré 7) et augmente considérablement les risques de santé courus par les jeunes mères et leurs nourrissons.

L'ÂGE DU MARIAGE AUGMENTE La proportion des mariages auxquels la femme est âgée de moins de 20 ans a considérablement baissé au cours des 30 dernières années⁹. Cette baisse a été la plus marquée en Afrique (plus de 0,75 % par an). Les baisses enregistrées en Asie du Sud et du Sud-Est et dans les États arabes ont aussi été sensibles, bien que moins importantes (plus de 0,5 % par an).

Si l'âge du début de l'activité sexuelle et du mariage est généralement plus bas parmi les femmes qui ont reçu le moins d'éducation¹⁰, la hausse des taux de scolarisation n'explique que pour une faible part le relèvement attesté de l'âge du mariage. La moindre fréquence des mariages arrangés par la famille, les changements intervenus dans le droit matrimonial¹¹, les progrès de l'urbanisation et l'évolution des normes quant à l'attrait du mariage précoce sont autant de facteurs qui ont contribué à cette tendance.

LES HOMMES SE MARIENT PLUS TARD La différence d'âge entre hommes et femmes au moment du mariage (aussi bien que la manière dont le mariage est décidé et le type d'union) peut influencer considérablement sur le rapport de force entre les époux et le caractère plus ou moins étroit de leur partenariat. Les hommes se marient beaucoup plus tard que les femmes¹². C'est seulement en Afrique centrale et en Asie du Sud que plus de 5 % des hommes du groupe d'âge 15-19 ans sont mariés¹³. Dans les pays développés, moins de 1 % des hommes se marient si jeunes¹⁴. En revanche, plus d'un quart des femmes de ce même groupe d'âge sont mariées en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud – et dans certains pays plus de la moitié¹⁵.

Dans toutes les sous-régions du monde en développement, de 9 à 40 % des hommes se marient entre 20 et 24 ans, contre 24 à 75 % des femmes du même groupe d'âge¹⁶. Soixante-cinq pour cent au moins des femmes âgées de 20 à 24 ans sont mariées dans plusieurs sous-régions d'Afrique et d'Asie¹⁷.

La différence d'âge entre les époux varie selon les régions, la plus faible – moins de 3 ans – étant observée en Amérique latine et dans la plus grande partie de l'Océanie et des pays développés. Des différences supérieures à 6 ans sont constatées en Afrique subsaharienne. Plus la fille est jeune, plus la différence d'âge est généralement importante et, dans 16 pays d'Afrique subsaharienne, les maris des filles âgées de 15 à 19 ans ont en moyenne au moins 10 ans de plus¹⁸. Ces différences d'âge traduisent les vues du milieu sur la capacité de l'homme de gagner un revenu et sur la fertilité des femmes, ainsi qu'un rapport de force qui favorise les hommes.

Pour de nombreuses filles, le mariage (et l'expérience sexuelle) commence de bonne heure, avec des maris beaucoup plus âgés et choisis par leurs parents; elles sont parfois mariées à un homme qu'elles n'ont pas rencontré avant le jour du mariage.

UNE ÉDUCATION INTERROMPUE Dans le monde en développement, les jeunes femmes qui se marient avant même d'atteindre 15 ans se voient refuser une bonne partie de ce que les jeunes considèrent ailleurs comme allant de soi : l'éducation, une bonne santé et l'accès

8

DES ADOLESCENTES AFGHANES EXPRIMENT LEUR AVERSION POUR LE MARIAGE PRÉCOCE

À l'issue d'un forum tenu en Afghanistan sur la Journée mondiale de la population 2003, des adolescentes ont exprimé le désir de retarder l'âge du mariage de manière à poursuivre leur éducation. "Si mes parents tentent de m'obliger à me marier, je refuserai", a déclaré Zohal, 16 ans, tandis que ses camarades approuvaient de la tête. Les adolescentes d'Afghanistan venaient juste d'entendre les dirigeants gouvernementaux dire qu'un mariage précoce ferme aux filles les perspectives d'éducation et menace leur santé. Une telle franchise est rare dans un pays où les traditions continuent à s'imposer, où les filles apportent une dot et où la grossesse précoce contribue à faire monter les taux de mortalité maternelle.

Zohal veut aller à l'université et étudier l'économie. Elle souhaite que toutes les filles afghanes puissent fréquenter l'école. "Notre pays a de nombreux problèmes après 20 ans de guerre", a ajouté Zohal. "Nous avons besoin de bons médecins pour aider notre peuple. Nous avons besoin d'écoles; beaucoup de villages n'ont pas d'école. Il faut que tout le monde sache lire et écrire pour développer l'Afghanistan. Les filles doivent finir leurs études; elles ont des droits fondamentaux à exercer." Le Vice-Ministre afghan de la santé, le Vice-Ministre des affaires féminines, le Directeur général du Département d'alphabétisation et le chef des opérations de l'UNFPA en Afghanistan ont tous souligné l'importance de donner une éducation aux filles, de protéger leur santé et de retarder l'âge du mariage et de la première grossesse.

aux soins, des perspectives économiques et le droit de fréquenter leurs compagnes d'âge, pour arrêter ici l'énumération. Presque inévitablement, le mariage précoce perturbe l'éducation, limitant les chances d'accéder plus tard à l'indépendance par le travail.

Les filles mariées fréquentent rarement l'école (souvent en raison des lois ou des pratiques suivies par les établissements), et les filles qui ne fréquentent pas l'école ont rarement des contacts suivis avec leurs compagnes d'âge ou avec qui que ce soit hors du cercle familial¹⁹.

Une recherche menée au Bangladesh montre que, comme les maris sont supposés avoir un plus haut niveau d'éducation que leurs épouses, les parents craignent de donner trop d'éducation à leurs filles et les retirent de l'école²⁰. Cependant, la hausse du taux de scolarisation contribue à retarder l'âge du mariage : en Inde et au Pakistan, par exemple, le fait que les filles soient scolarisées plus longtemps a directement contribué à la diminution du nombre de mariages avant l'âge de 14 ans²¹.

Le mariage précoce comporte de sérieuses conséquences pour la santé et les droits des adolescentes en matière de reproduction et de sexualité (voir chapitre 4). Elles sont plus exposées aux IST et au VIH. Les filles mariées sont généralement hors d'état de négocier l'utilisation de préservatifs ou de refuser des rapports sexuels et courent un risque accru d'être mariées à des hommes plus âgés, ayant plus d'expérience sexuelle et plus susceptibles d'être séropositifs²². En fait, une recherche récente menée au Kenya et en Zambie fait penser que les filles mariées sont plus souvent séropositives que les filles non mariées²³.

Les jeunes femmes mariées ne peuvent souvent pas avoir recours aux soins de santé sans la permission de leur mari ou d'un autre membre de leur famille, ni généralement acquitter le prix des soins de santé par leurs propres moyens, et elles traversent parfois

des périodes de dépression. De plus, les maris et leurs familles insistent beaucoup auprès des jeunes épouses pour qu'elles aient un enfant aussitôt après le mariage, ce qui aggrave pour la mère le risque de décès ou d'infirmité et entrave les efforts visant à prévenir les IST et le VIH par l'utilisation régulière de préservatifs. La maternité précoce s'accompagne souvent de taux élevés de pauvreté, de faibles niveaux d'éducation, d'une moindre mobilité et d'une présence plus rare de personnel qualifié lors de l'accouchement²⁴.

En outre, la relative impuissance des adolescentes est souvent en relation avec les violences exercées par le mari, qui vont de pair avec les grossesses non désirées et les IST²⁵. Les jeunes mariées qui sont encore dans l'enfance ou l'adolescence sont fort peu en mesure de quitter des partenaires violents, et beaucoup vivent dans l'isolement avec une bien faible chance d'obtenir un appui social ou juridique pour remédier à leur situation.

RETARDER LE MARIAGE PRÉCOCE En beaucoup d'endroits, la persistance de la maternité précoce constitue un sérieux problème de santé publique. L'obligation effectivement imposée de respecter les lois en vigueur, le prolongement de la scolarité et l'offre d'une formation professionnelle aident à retarder l'âge du mariage et celui de la première naissance.

Le Gouvernement népalais, en collaboration avec l'UNFPA, a informé les adultes du mal qu'un mariage très précoce peut causer et produit une documentation qui encourage les parents à retarder le mariage de leurs filles jusqu'à l'âge de 20 ans²⁶. Le Gouvernement chinois s'est efforcé de réduire le nombre de mariages très précoces arrangés par les parents²⁷.

Un district du Rajasthan, dans le nord de l'Inde, a conduit une campagne d'éducation du public, encourageant les familles à prolonger la durée des fiançailles – souvent décidées quand les filles n'ont que 7 ou 8 ans – avant la consommation du mariage et le passage de la jeune mariée au domicile de son époux²⁸. Dans le sud de l'Inde, l'ONG Myrada a organisé des groupes d'enfants dans une communauté afin d'aborder la question du mariage des enfants et de leur réduction à l'état servile par des employeurs²⁹. Avec l'aide de parents et d'autres adultes, les enfants ont réussi à convaincre

certains entrepreneurs de libérer des enfants de leur état servile et les parents de retarder le mariage de leurs fillettes.

Offrir aux filles des possibilités de poursuivre leur éducation ou de s'assurer un revenu constitue une autre stratégie pour retarder le mariage, ainsi que pour élargir l'éventail des savoir-faire et des choix. Au Bangladesh, l'industrie textile a retardé le mariage en offrant aux jeunes femmes le moyen de gagner de quoi vivre³⁰. Au Bangladesh également, un programme de bourses d'enseignement secondaire destinées aux filles, qui exigeait d'elles l'engagement de ne pas se marier avant l'examen final de la dixième année d'études, a eu tant de succès que le Gouvernement l'a étendu au niveau national³¹. Cette mesure a eu pour effet immédiat de retarder l'âge du mariage³². Dans les zones couvertes par le projet, le taux de scolarisation féminin a plus que doublé entre 1994 et 2001³³.

Plusieurs États indiens ont aussi élaboré des programmes d'investissement à long terme qui offrent aux jeunes femmes de l'argent ou des présents quand elles atteignent un certain niveau d'études et ne sont pas encore mariées³⁴. Et les pays d'Europe de l'Est, ainsi que les pays baltes, ont enregistré une baisse rapide de la fécondité des adolescentes dans les années 90 du fait de la hausse du taux de scolarisation³⁵.

Des normes changeantes, des défis redoutables

Dans plusieurs régions du monde, le mariage a lieu plus tard et la maturité sexuelle survient plus tôt³⁶; comme d'autre part la première expérience sexuelle se place à un plus jeune âge, ces changements ont pour résultat d'allonger la période durant laquelle femmes et hommes risquent de mettre leur santé en danger.

Dans la plupart des cultures, les normes sexospécifiques modèlent les premières expériences sexuelles des jeunes femmes et des jeunes hommes. Les jeunes femmes sont souvent l'objet d'une pression ou d'une contrainte les poussant à accepter un comportement sexuel risqué, tandis que les jeunes hommes sont encouragés à prendre des risques sexuels – et attendent probablement que leurs partenaires s'en accommodent sous peine d'intimidation ou de violences. La première expérience sexuelle s'accompagne souvent d'autres comportements risqués, comme la consommation d'alcool, de drogues ou de tabac, particulièrement pour les garçons.

Bien souvent, la première expérience sexuelle des filles a lieu sous la contrainte³⁷. Plus jeune est la fille et plus grande la différence d'âge entre elle et l'homme, plus il est probable que leurs rapports impliquent une exploitation.

En de nombreuses parties du monde, les normes demeurent différentes pour chaque sexe : les jeunes hommes sont souvent encouragés à enrichir leur expérience sexuelle tandis que les jeunes femmes sont invitées à faire preuve de retenue. Dans certaines cultures, le déséquilibre peut être extrêmement marqué : on exige des femmes qu'elles restent chastes, tandis que les hommes sont assez (ou totalement) libres de s'abandonner à leurs impulsions sexuelles et de traiter leurs partenaires sans aucun respect. On nuit aux jeunes des deux sexes en attendant de l'un et de l'autre des comportements aussi différents; cette attente a un impact négatif sur l'instauration de rapports sains, fondés sur la responsabilité et l'équité.

Des études menées dans 21 pays indiquent que plus d'un tiers des garçons ont leur première expérience sexuelle avec une tra-

9

ASSURER LA SANTÉ DES ADOLESCENTS MARIÉS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Au Bangladesh, Pathfinder a mis au point un Programme des jeunes mariés afin d'aider les jeunes couples à planifier la naissance de leurs enfants, à retarder la première naissance, à espacer les naissances et à avoir recours aux soins prénatals. D'après une évaluation, les jeunes mariées quittent rarement leur foyer et pensent que leur vie est moins agréable depuis leur mariage parce qu'elles ont si peu de liberté. Les jeunes mariés, par contre, ont des contacts sociaux beaucoup plus variés et passent une grande partie de leur temps libre hors du domicile conjugal.

Les jeunes couples ont de nombreux soucis concernant la sexualité. Ils ont déclaré que le personnel affecté à ce programme avait une influence considérable sur leur prise de décisions. Il faut déployer de nouveaux efforts pour réduire les obstacles que les jeunes femmes affrontent quand elles recherchent des services et une information d'ordre sanitaire hors du foyer conjugal.

vailleuse de l'industrie du sexe. Les garçons sexuellement actifs déclarent avoir des rapports sexuels avec un certain nombre de partenaires, à savoir les filles qu'ils fréquentent, des femmes qu'ils connaissent et des travailleuses de l'industrie du sexe³⁸.

Les jeunes femmes ont généralement des rapports sexuels dans le cadre d'une relation suivie, et elles y voient un moyen de la resserrer. Leur relative impuissance, la crainte de violences et le sentiment de remplir un "devoir conjugal" empêchent bien des femmes de discuter avec leur mari d'un calendrier des rapports sexuels.

L'inégalité des normes sexospécifiques, et notamment la passivité attendue des femmes, limitent souvent la capacité des jeunes femmes de faire des choix informés quant à leur santé sexuelle. La crainte de perdre leur partenaire peut aussi limiter leurs choix. Des études menées aux États-Unis font penser que les filles abandonnées après leur initiation sexuelle souffrent d'une dépression aussi intense que celle causée par le décès d'un membre de leur famille³⁹.

Le comportement sexuel des hommes reflète et affirme l'identité masculine dans toutes les cultures. Mais les concepts culturels de cette identité varient. L'évolution des conditions sociales et culturelles (par exemple, un niveau plus élevé d'éducation, un travail de nature différente, l'accès aux médias, l'autonomisation des femmes, les changements intervenus dans l'échelle des valeurs d'une génération à l'autre, le nombre croissant des unions non sanctionnées par le mariage, la diminution des rôles de la famille étendue, le coût croissant de l'éducation des enfants, l'urbanisation et la migration vers d'autres pays) redéfinit les concepts admis de la masculinité et des relations entre les sexes, l'accent portant de plus en plus sur la responsabilité individuelle.

LES RENCONTRES À DEUX ET LES RELATIONS ENTRE JEUNES Les types de relations entre jeunes hommes et jeunes femmes sont en train de changer⁴⁰. Comme le mariage tend à se placer plus tard, les amitiés, rencontres à deux et relations plus sérieuses entre jeunes hommes et jeunes femmes prennent une place croissante. Leur fréquence varie selon les lieux et les contextes sociaux.

Dans certains contextes, un très grand nombre de jeunes ont des rencontres à deux, mais la nature de la relation n'est pas toujours la même. L'intensité de la relation varie avec l'âge :

l'université, les étudiants se lient souvent plus étroitement. Pour la grande majorité des jeunes (surtout en Asie orientale et occidentale), ces liaisons ne comportent pas de rapports sexuels.

Les parents surveillent fréquemment les relations des adolescents, mais une importante minorité de ceux-ci – plus nombreuse pour les garçons que pour les filles – se lient sans l'autorisation des parents. Une recherche conduite récemment aux États-Unis⁴¹ indique qu'un cinquième au moins des jeunes adolescents ont des rapports sexuels, souvent sans que leurs parents le sachent. Les adultes sont souvent assez peu informés de l'expérience sexuelle de leurs enfants.

Dans les contextes socioculturels où l'abstinence avant le mariage est mise à haut prix, on note une tendance plus affirmée à priver les jeunes de toute information sur la santé en matière de reproduction et de sexualité et à ne lui faire aucune place dans la définition des politiques.

UN DÉBUT PLUS PRÉCOCE DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE De plus en plus, l'initiation sexuelle se fait hors du mariage, surtout pour les garçons. Les adolescents des deux sexes qui ont une activité sexuelle s'y engagent souvent alors qu'ils sont peu informés de la sexualité, de la santé en matière de reproduction, des pratiques sexuelles sans danger, ou de leur droit de refuser des rapports sexuels et de s'abstenir.

Au Pérou, aux Philippines, en Thaïlande et au Viet Nam, les jeunes des deux sexes tendent à considérer que les rapports sexuels avant le mariage sont plus acceptables pour les hommes que pour les femmes⁴². Les jeunes hommes commencent généralement à avoir des rapports sexuels au moins deux à trois ans plus tôt que les jeunes femmes – dans certaines parties du monde, dans le contexte de rites d'initiation sexuelle ou avec une travailleuse de l'industrie du sexe⁴³.

Dans certains pays (Brésil, Éthiopie, Gabon, Haïti, Kenya, Lettonie, Malawi, Nicaragua et Pologne), plus d'un quart des jeunes âgés de 15 à 19 ans interviewés ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant d'atteindre 15 ans⁴⁴. En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'âge moyen du premier rapport sexuel est plus bas pour les garçons que pour les filles, allant de 12,7 ans pour les garçons et 15,6 ans pour les filles en Jamaïque à 16,0 ans pour les garçons et 17,9 ans pour les filles au Chili⁴⁵.

IO

UN COMPORTEMENT DIFFÉRENT POUR CHAQUE SEXE

En Afrique du Sud, une recherche conduite à l'aide de groupes témoins a établi que les normes sexospécifiques limitent le pouvoir de négociation des jeunes femmes pour se protéger lors de rencontres sexuelles. "Les normes sociales de masculinité en vigueur ont dépeint les jeunes hommes comme des héros conquérants qui prennent des risques dans un esprit machiste avec les femmes", tandis que les jeunes femmes sont prédisposées "à faire preuve de passivité ou d'une résistance inutile en face des avances masculines".

Les filles disent souvent que la raison pour laquelle elles ont des rapports sexuels est de

cimentier leur relation avec celui qu'elles aiment. Si elles insistent pour utiliser des préservatifs, cette relation risque d'être mise en danger. Les jeunes hommes peuvent tirer parti de cette disposition quand ils cherchent à avoir des rapports sexuels avec une jeune femme.

Au Sénégal, les jeunes âgés de 14 à 16 ans consultés dans des groupes témoins ont convenu que les relations entre les sexes sont souvent marquées par un manque de respect. Les garçons soupçonnent les filles de s'intéresser en premier lieu à l'argent et aux aspects matériels de la vie, tandis que les deux sexes affirment que les filles qui refusent d'avoir des rapports sexuels s'exposent à être battues ou violées.

L'*Instituto Promundo* de Rio de Janeiro a cherché pour quelles raisons certains jeunes hommes ont un comportement plus positif envers les femmes que d'autres. Les hommes qui se comportent avec équité envers l'autre sexe ont cherché des relations fondées sur l'égalité et l'intimité plutôt que sur la conquête, sont opposés à toute violence contre les femmes, ont voulu leur part de responsabilité dans les soins aux enfants et concernant la santé en matière de reproduction. Cette recherche a donné naissance à un programme qui promeut une forme saine de virilité chez les adolescents au moyen d'activités de prise de conscience concernant la violence contre les femmes.

Une étude approfondie a établi que les premières expériences sexuelles des jeunes hommes se répartissaient entre deux types – conclusion qui rejoint le résultat d'autres recherches⁴⁶. Le premier type, qualifié d'"impulsif", se situe de bonne heure (15 ans ou plus tôt), est motivé par la curiosité, "un besoin physique" ou la pression exercée par les compagnons d'âge. Cette expérience a eu lieu ordinairement dans un hôtel ou une maison close avec une travailleuse de l'industrie du sexe. S'il a été fait usage d'un moyen de contraception, il s'agit de préservatifs. Dans le second type, qualifié d'"occasionnel", la première expérience sexuelle des jeunes hommes a eu lieu avec une amie ou une connaissance de rencontre dans des cadres divers, souvent de manière spontanée et sans moyen de contraception.

Pour les adolescentes, l'activité sexuelle avant le mariage varie considérablement selon les régions : moins de 12 % en Asie, jusqu'à 25 % en Amérique latine et environ 50 % en Afrique subsaharienne.

En Afrique subsaharienne notamment, beaucoup de filles ont leurs premiers rapports sexuels avec des hommes beaucoup plus âgés, souvent en échange d'argent ou de cadeaux. Ces conditions réduisent sensiblement la capacité des filles de négocier des rapports sexuels moins dangereux et augmentent le risque de contracter des IST et le VIH ou de tomber enceintes. Parce que les rapports sexuels entre membres de générations différentes sont souvent le résultat de la pauvreté des adolescentes et apparaissent en outre comme un moyen de relever leur condition sociale, il arrive que les parents les encouragent⁴⁷.

À mesure que les couples sont plus prêts de s'unir par le mariage, la majorité d'entre eux peuvent fort bien avoir des rapports sexuels, même dans des milieux relativement conservateurs⁴⁸.

En l'absence d'autres occasions de s'exprimer telles que l'emploi, les sports ou les activités religieuses et culturelles, le comportement sexuel tend à prendre une place encore plus centrale dans la manière dont les adolescents se définissent et dans l'image plus ou moins favorable qu'ils se forment d'eux-mêmes.

LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES De nombreux jeunes des deux sexes deviennent aujourd'hui sexuellement actifs à un plus jeune âge. Du fait qu'ils ne choisissent pas l'abstinence, une forte proportion des adolescents et des jeunes ont besoin d'avoir accès aux méthodes de planification familiale pour éviter les grossesses non désirées⁴⁹.

Parce qu'ils sont mal informés et reçoivent peu de conseils, il ne faut pas s'attendre à ce que beaucoup d'adolescents suivent des pratiques sexuelles moins dangereuses ou utilisent des contraceptifs. Bien souvent, le recours aux contraceptifs est encore peu fréquent lors des premières expériences sexuelles. Les jeunes femmes en signalent toujours des taux d'utilisation plus faibles que les jeunes hommes, ce qui est un indice de leur position d'infériorité s'agissant de négocier le recours à la planification familiale avec leur partenaire, ou bien des restrictions imposées à leur accès aux services (pour différentes raisons : manque d'information, sentiment de honte, législation, attitude des prestataires de soins de santé, et pratiques ou coutumes imposées par la société).

Les études menées au niveau des communautés font penser que de 10 à 40 % des jeunes femmes célibataires ont eu une grossesse non désirée. Des études ciblant les jeunes femmes sur le point de se marier, les ouvrières d'usine célibataires, les adolescentes non scola-

risées et les femmes ayant recours à des soins de santé, établissent que c'est le cas de plus d'un tiers dans ces différents groupes⁵⁰.

Chez les jeunes femmes célibataires, le plus grand nombre des grossesses non désirées se terminent par un avortement⁵¹, ce qui pose un grave problème de santé publique car beaucoup – sinon la plupart – de ces avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses, par des personnes n'ayant pas reçu une formation médicale véritable et dans des locaux où l'hygiène et les soins sont très insuffisants.

Des études menées dans quatre pays d'Amérique latine ont établi que de 10 à 14 % des grossesses de jeunes femmes qui n'ont jamais été mariées se soldaient par un avortement; dans quatre autres pays, le taux en est deux fois moins élevé. En Asie, la situation diffère selon les quelques pays où des études ont été conduites⁵². Au Kazakhstan, où le recours à l'avortement pour les grossesses non désirées est traditionnellement accepté, les taux demeurent élevés (environ 45 %); en revanche, aux Philippines, l'avortement est relativement rare (environ 7 %) et les naissances après le mariage sont la règle générale⁵³.

L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS Des données détaillées sur le comportement sexuel avant le mariage n'ont été réunies qu'à une date récente dans les pays en développement. Dans 13 pays où ont été correctement menées des enquêtes sur le moment où se placent divers comportements en matière de reproduction et de sexualité, on a observé de grandes différences dans l'âge du début de l'activité sexuelle et dans le taux d'utilisation des contraceptifs⁵⁴.

Les femmes des trois pays asiatiques étudiés⁵⁵ restaient en très grand nombre vierges jusqu'au mariage (plus de 95 % dans deux de ces pays), mais après le début de l'activité sexuelle ce sont elles qui en général faisaient moins usage de contraceptifs. Les taux de virginité jusqu'au mariage allaient en Amérique latine⁵⁶ de 58 % (Colombie) à 90 % (Nicaragua) et, en Afrique, de 45 % (Kenya) à 73 % (Zimbabwe).

Dans les pays d'Amérique latine et d'Afrique étudiés, les femmes non mariées sexuellement actives n'avortaient pas dans plus de 40 % des cas. Les naissances survenues peu de temps après le mariage étaient fréquentes dans toutes les régions. Dans deux pays d'Amérique latine seulement (Brésil et Colombie), l'activité sexuelle entre l'initiation sexuelle et le mariage s'accompagnait de l'utilisation de contraceptifs dans la majorité des cas. Plus fréquemment, ils n'étaient utilisés que dans un quart à un tiers des cas.

À mesure que les jeunes couples établissent des relations durables, ils tendent à pratiquer davantage la contraception, mais en recourant à des méthodes autres que les préservatifs – ce qui limite leur capacité de se protéger des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH⁵⁷.

Le soutien des parents et de la famille

L'affection et le soutien des adultes, ainsi que la confiance en eux, sont indispensables au développement harmonieux des adolescents et des jeunes. Édifier de bonne heure des rapports fondés sur la confiance et la libre communication contribue à inspirer aux jeunes plus de confiance en eux-mêmes, ce qui les aide à éviter les comportements risqués. Il est très important d'encourager la communication entre parents et enfants. Les enfants orphelins,

comme aussi ceux qui se sont échappés du domicile conjugal ou qui luttent pour survivre par leurs propres moyens, ont eux aussi besoin d'adultes en qui ils aient confiance pour les guider.

Des programmes novateurs de prévention du VIH/sida et de santé en matière de reproduction collaborent avec les parents pour favoriser une meilleure communication avec les enfants concernant la sexualité et la santé en matière de reproduction. Au Cambodge, dans le cadre d'un programme soutenu par l'UNFPA, on a remis aux parents et aux familles des sacs de papier gris contenant une information de base sur la santé en matière de reproduction. Des travailleurs sanitaires et des agents mobiles ont ensuite rendu visite aux familles pour en parler, écouter les préoccupations exprimées, répondre aux questions et, si nécessaire, communiquer des adresses de services de santé.

Des programmes bien conduits encouragent les parents à s'entretenir avec leurs filles et leurs fils des problèmes plus vastes que posent les relations personnelles, les objectifs et aspirations de chaque individu. En Afrique du Sud, le programme national de prévention du VIH chez les jeunes, loveLife, pose en principe qu'un débat sur la sexualité ouvert, commencé de bonne heure et en toute sincérité est essentiel si l'on veut réduire le nombre d'infections par le VIH dans le pays. Ce programme encourage les parents à dire à leurs enfants de retarder le début de l'activité sexuelle; à parler des pressions qui s'exercent sur eux pour qu'ils deviennent sexuellement actifs; à parler des valeurs que sont l'amour, le respect, la dignité et la responsabilité, qui doivent modeler leur attitude dans les relations personnelles; à parler de protection et de sécurité s'ils sont sexuellement actifs; et à utiliser toutes les sources disponibles d'information.

En atteignant les parents et les familles, on aide à édifier un soutien communautaire à la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité, qui reste dans la plupart des sociétés un problème délicat à aborder.

La violence sexuelle et la traite des humains

Les adolescentes sont souvent exposées à la violence sexuelle. Cette violation patente de leurs droits porte aussi atteinte à leur santé en matière de reproduction et de sexualité. C'est seulement cours de la dernière décennie que l'étendue de la violence sexuelle dirigée contre les filles a été enfin comprise et qu'une documentation a commencé d'être réunie. Des études menées en Inde, en Jamaïque, au Mali, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe ont établi que de 20 à 30 % des adolescentes avaient subi des violences sexuelles⁵⁸.

LA COERCITION La première expérience sexuelle de nombreuses adolescentes leur est imposée sous la contrainte. En Afrique du Sud, 30 % des jeunes femmes indiquent que ce fut le cas. La violence sexuelle perturbe le développement des filles en leur rendant plus difficile de poursuivre leur scolarité, en détruisant la confiance qu'elles ont dans les adultes et leurs compagnons d'âge, et en les exposant aux IST, aux grossesses non désirées et à un dommage physique ou psychologique à court ou à long terme.

Les adolescents et les adultes de sexe masculin tolèrent souvent la coercition sexuelle, voire l'excusent. Les jeunes femmes, elles aussi, peuvent juger normale la violence sexuelle ou les rapports sexuels imposés par la force, la crainte ou l'intimidation, ce qui

reflète les normes sexospécifiques perverses qui ont cours dans certaines communautés ou sociétés.

Une étude menée en Afrique du Sud a établi que la violence sexuelle et la coercition contre les filles jeunes étaient si répandues qu'on appelait ces pratiques "l'amour au quotidien"⁵⁹. Dans une autre étude portant sur 30 000 jeunes, un homme sur quatre a affirmé avoir eu des rapports sexuels sans le consentement de la fille⁶⁰. La plupart des jeunes hommes et des jeunes femmes ont exprimé l'opinion qu'imposer à une personne de connaissance des rapports sexuels n'est rien de plus qu' "être brutal dans ses amours", mais ne constitue pas une violence sexuelle; et la majorité des femmes ont déclaré que les femmes elles-mêmes portaient la responsabilité des sévices sexuels.

Presque partout, la violence sexuelle survient dans des circonstances similaires : les filles sont le plus souvent violées ou victimes d'autres sévices du fait de personnes qu'elles connaissent, y compris des membres de leur famille. Il s'agit même parfois de membres respectés de leur communauté : enseignants, employeurs, voire dirigeants religieux. Les éducateurs reconnaissent de plus en plus la nécessité de faire preuve d'initiative dans la résistance à la violence. L'École de santé publique de l'Université du Cap occidental (Western Cape), en Afrique du Sud, a élaboré une méthode de lutte contre la violence sexuelle et sexiste dès l'école primaire, mettant en cause les attitudes des enseignants et les encourageant à transmettre à leurs élèves des messages anti-violence.

LE TRAFIC DES JEUNES FEMMES ET DES FILLES Le nombre de femmes et d'enfants dont les trafiquants alimentent chaque année l'industrie du sexe (souvent par la contrainte ou l'enlèvement) et le travail forcé varie considérablement selon les évaluations, qui vont de 700 000 à 4 millions⁶¹. La vente de jeunes femmes à des individus qui les réduisent à l'esclavage sexuel, ce qui constitue une grave violation de leurs droits et une menace à leur santé, a augmenté considérablement au cours de la décennie écoulée⁶². L'extrême pauvreté, la médiocre condition sociale des femmes et des filles, l'absence de contrôle frontalier sérieux et la collusion des représentants de la loi sont autant de facteurs qui contribuent à l'extension de ce phénomène.

En Asie et en Europe de l'Est, des filles sont, dès l'âge de 13 ans, victimes d'organisations de « vente de fiancées par correspondance »⁶³. En Inde, environ deux travailleuses de l'industrie du sexe sur cinq ont moins de 18 ans⁶⁴. À Sri Lanka, la majorité des enfants employés par l'industrie du sexe sont des garçons⁶⁵. Selon une évaluation régionale, entre un et deux millions d'hommes et de femmes, dont la majorité en Asie, sont victimes de ce trafic chaque année. Plus de 225 000 viennent de l'Asie du Sud-Est et 150 000 autres d'Asie du Sud⁶⁶.

De nombreuses femmes originaires des États issus de l'ex-Union soviétique sont emmenées en Israël, dans le reste du Moyen-Orient ou en Europe occidentale; beaucoup d'entre elles ont moins de 16 ans. En de nombreux pays, le système judiciaire se préoccupe plus de mettre en détention ou d'expulser les jeunes femmes que de punir les trafiquants. Les jeunes travailleuses de l'industrie du sexe sont souvent dérobées à la vue des autorités. Au Cambodge, par exemple, lors d'une évaluation de la politique d'utilisation de pré-

servatifs à 100 % par les travailleuses de l'industrie du sexe, il a été constaté que les plus jeunes étaient souvent dissimulées quand la police venait enregistrer leur identité⁶⁷.

Les jeunes travailleurs de l'industrie du sexe, hommes et femmes, courent un risque élevé d'infection par le VIH. Ils ne sont que peu ou pas en mesure de négocier l'utilisation de préservatifs et se voient imposer des rapports sexuels forcés, ce qui risque d'accroître les risques de transmission du VIH. La prévalence du VIH parmi les jeunes travailleurs de l'industrie du sexe est généralement élevée – allant de 25 % environ au Cambodge à 48 % dans certaines parties de l'Inde et à 70 % à Abidjan (Côte d'Ivoire)⁶⁸.

Certains pays ont commencé à s'attaquer au trafic des humains, souvent de concert avec les dirigeants de communauté. Le Gouvernement thaïlandais, par exemple, a considéré comme une priorité absolue au début des années 90 d'aider les jeunes qui risquaient d'être absorbés par l'industrie du sexe. Les zones ciblées sont huit provinces du nord de la Thaïlande où les taux de VIH/sida sont élevés et les abandons scolaires féminins très nombreux⁶⁹. Les enseignants sont formés à identifier les filles qui courent un grand risque d'être vendues et à intervenir auprès de leurs familles pour qu'elles restent à l'école et gagnent de l'argent sur place.

La coupure génitale féminine

La coupure génitale féminine (CGF, aussi connue sous le nom de mutilation féminine ou de circoncision féminine) menace la santé de millions de filles en matière de reproduction et de sexualité en Afrique subsaharienne et dans le Moyen-Orient.

Au Soudan, la stérilité qui résulte de l'infibulation pourrait être l'une des causes des taux relativement élevés de divorce⁷⁰. L'attitude des hommes, surtout s'agissant de contrôler la sexualité féminine, est un facteur important de la perpétuation de la CGF⁷¹.

Dans le monde entier, environ 130 millions de filles et de jeunes femmes en ont été victimes et environ 2 millions de plus (soit 6 000 chaque jour) sont exposées chaque année à la subir. La CGF est pratiquée dans 28 pays environ, les taux de prévalence allant de 5 % en République démocratique du Congo à 98 % en Somalie, dans la Péninsule arabe et la région du Golfe⁷². Des études menées en 1995 ont établi qu'en Égypte 97 % des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans en avaient été victimes; au Mali, le taux était en 1998 de 94 %⁷³.

Cette procédure est pratiquée le plus souvent par un personnel non médical – à savoir des accoucheuses traditionnelles, des sages-

femmes et de « vieilles femmes » – qui utilisent des lames non stérilisées ou des ficelles, ce qui aggrave le risque d'infection; un traitement postopératoire ou d'urgence n'est généralement pas disponible dans l'immédiat⁷⁴.

LES MOYENS DE RÉDUIRE LA CGF De nombreux pays ont adopté des lois interdisant la CGF : le Burkina Faso, Djibouti, l'Égypte, le Ghana, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et le Togo. Si ces lois prévoient des amendes et des peines de prison⁷⁵, l'application en est souvent relâchée et la pratique continue, entourée d'un plus grand secret.

Des efforts sont en cours pour réduire l'incidence de la CGF et changer les attitudes sous-jacentes concernant la sexualité féminine et la valeur des femmes. Au Kenya, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), l'organisation *Maendeleo ya Wanawake* (MYWO) et le Programme for Appropriate Technology and Health ont promu la « circoncision orale », autre rite de passage qui préserve les aspects positifs de la tradition culturelle⁷⁶. La Loi sur les enfants adoptée en 2001 au Kenya interdit la CGF⁷⁷. Un programme étendu sur une semaine, au cours duquel les adolescentes sont isolées du monde, reçoivent des enseignements traditionnels, une éducation et des conseils relatifs à la santé, est suivi d'une cérémonie à laquelle toute la communauté participe, marquée par un banquet, des danses et des chants qui affirment le joyeux passage à la condition de femme adulte.

Outre les chefs de communauté, le projet a fait intervenir hommes et garçons, en particulier les frères et les pères; les garçons ont déclaré qu'ils refuseraient d'épouser des filles ayant subi la CGF, ce qui rassure les parents quant à la chance qu'auront leurs filles non circoncises de trouver plus tard un mari. En janvier 2000, l'UNFPA et plusieurs autres institutions des Nations Unies ont signé un accord aux fins d'étendre cette activité à d'autres communautés où les taux de CGF sont élevés.

Au Sénégal, l'organisation Tostan s'est efforcée de faire mieux prendre conscience de la santé et des droits, ce qui a conduit aux décisions de groupe prises dans 938 villages (soit 18 % des 5 000 communautés reconnues) d'abandonner la CGF et le mariage précoce⁷⁸. Au Mali, "La santé demain" adopte une approche plus ouvertement critique, en enseignant à la population par la musique le dommage que cause la CGF⁷⁹.



ome

Syndrome
means "a group of different signs of a disease".
When people have AIDS they have a syndrome
for many different signs of disease.

AIDS

3 : Le VIH/sida et les adolescents

Le VIH/sida est devenu une maladie de jeunes, car les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans représentent la moitié des quelque 5 millions de nouveaux cas d'infection par le VIH survenus chaque année dans le monde entier. Pourtant, les jeunes manquent souvent de l'information, des savoir-faire et des services qui leur sont nécessaires pour se protéger de l'infection par le VIH. Pour faire reculer l'épidémie, il est capital de les leur fournir.

Environ 6000 jeunes sont infectés chaque jour par le VIH/sida – un toutes les 14 secondes –, et la majorité sont des jeunes femmes. À la fin de 2001, environ 11,8 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient atteints du VIH/sida, soit un tiers du total mondial des personnes dans ce cas. Un faible pourcentage seulement de ces jeunes savent qu'ils sont séropositifs¹. (Voir Tableau 4).

En outre, plus de 13 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu un de leurs parents, sinon les deux, à cause du sida. L'écrasante majorité de ces orphelins du sida vivent en Afrique. Il est prévu que d'ici à 2010, leur nombre atteindra 25 millions³.

Les facteurs causals

Une combinaison de facteurs sociaux, biologiques et économiques aide à alimenter la pandémie du sida :

LA PAUVRETÉ. Le VIH/sida est une maladie étroitement liée à la pauvreté. Une étude de la Banque mondiale qui porte sur 72 pays a montré que tant la faiblesse du revenu par habitant qu'une inégalité marquée entre les revenus étaient en relation avec des taux élevés d'infection par le VIH au niveau national, et qu'une augmentation de 2 000 dollars du revenu par habitant correspondait à une réduction de 4 % des infections⁴. La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée en 2001 au VIH/sida a reconnu que « la pauvreté, le sous-développement et l'analphabétisme sont parmi les principaux facteurs qui contribuent à la diffusion du VIH/sida ».

FILLES ET FEMMES SONT PLUS

VULNÉRABLES. Pour des raisons qui tiennent à la biologie, à l'identité sexuelle et aux normes culturelles, le sexe féminin est plus vulnérable que le sexe masculin à l'infection par le

VIH. Le chiffre estimatif des jeunes femmes atteintes du VIH/sida est de 7,3 millions, contre 4,5 millions seulement pour les jeunes hommes. Les deux tiers des jeunes du groupe d'âge 15-19 ans récemment infectés en Afrique subsaharienne sont de sexe féminin. Pour les femmes, l'âge auquel la prévalence du VIH est la plus forte se situe généralement autour de 25 ans, soit 10 à 15 ans plus tôt que pour les hommes⁵.

Quant au facteur biologique, le risque d'infection durant des rapports sexuels non protégés est de deux à quatre fois plus grand pour les femmes que pour les hommes⁶; les adolescentes sont encore plus vulnérables, parce que leur appareil génital n'a pas encore atteint sa maturité et que les déchirures du tissu ouvrent passage à l'infection⁷.

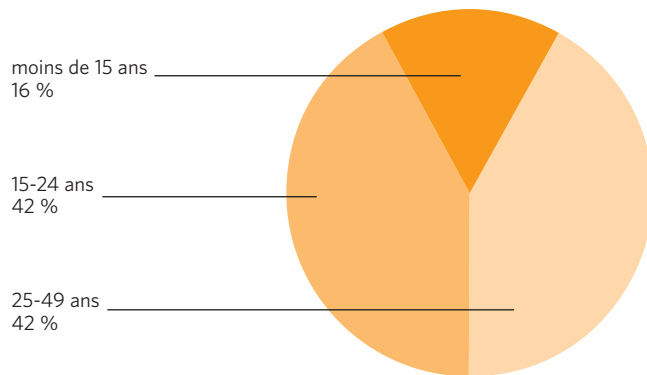
Sur le plan social, les jeunes femmes affrontent aussi des risques plus élevés. Quand elles ont des rapports sexuels, c'est souvent avec des hommes plus âgés, ce qui accroît la probabilité que leurs partenaires soient déjà infectés. Certaines adolescentes ont une liaison avec un « papa gâteau », beaucoup plus âgé et de condition relativement aisée (en outre, généralement marié), dont elles obtiennent une aide matérielle en échange de faveurs sexuelles. De manière plus habituelle, les adolescentes sexuellement actives, du moins en Afrique, ont des partenaires plus âgés de deux à 10 ans qui leur font des cadeaux, offrant par exemple du savon, des parfums, des repas au restaurant et des bijoux. Certaines filles pauvres échangent des faveurs sexuelles pour de l'argent afin de couvrir leurs redevances scolaires ou d'aider leur famille. Dans ces liaisons avec des enseignants, des chauffeurs, des boutiquiers ou même des

Tableau 4 : Jeunes de 15 à 24 ans atteints du VIH/sida, par sexe, décembre 2001²

Région	Jeunes femmes (pourcentage)	Jeunes hommes (pourcentage)	Total
Afrique subsaharienne	67	33	8 600 000
Afrique du Nord et Moyen-Orient	41	59	160 000
Asie orientale et Pacifique	49	51	740 000
Asie du Sud	62	38	1 100 000
Asie centrale et Europe orientale	35	65	430 000
Amérique latine et Caraïbes	31	69	560 000
Pays industrialisés	33	67	240 000
Monde entier	62	38	11 800 000

Source : UNICEF/ONUSIDA/OMS.

Diagramme 4 : Nouveaux cas d'infection par le VIH en 2002, par groupe d'âge



Source : ONUSIDA

policiers, les filles ne sont guère en mesure de négocier l'utilisation de préservatifs⁸.

Les hommes recherchent souvent des partenaires sexuelles plus jeunes, qui probablement ne sont pas infectées par le VIH⁹.

L'idée fautive, répandue en certains lieux, que des rapports sexuels avec une vierge peuvent guérir du sida ou des IST aggrave encore le risque couru par les filles qui subissent ces rapports sexuels contraintes et forcées.

LES JEUNES FEMMES MARIÉES COURENT UN RISQUE. Le mariage ne protège pas toujours les jeunes femmes de l'infection par le VIH. Comme les jeunes hommes deviennent sexuellement actifs de bonne heure en beaucoup plus grand nombre que les jeunes femmes, celles-ci ont chance d'épouser un homme qui a déjà une certaine expérience sexuelle. À Pune (Inde), une étude menée dans un dispensaire d'IST a établi que 25 % des 4 000 femmes qui le fréquentent avaient une IST et que 14 % étaient séropositives. Parmi les 93 % qui étaient mariées, 91 % avaient un seul partenaire, leur mari.

Une étude menée à Kisumu (Kenya) a établi que non moins de la moitié des femmes mariées dont le mari avait au moins 10 ans de plus étaient séropositives, ce qui n'était le cas d'aucune des femmes dont le mari avait au maximum trois ans de plus¹⁰.

Il est particulièrement difficile aux femmes mariées de négocier l'utilisation des préservatifs, surtout si elles sont beaucoup plus jeunes que leur mari.

LE MANQUE D'INFORMATION ET DES SAVOIR-FAIRE NÉCESSAIRES POUR SE PROTÉGER. Parce que la sexualité est un sujet interdit en beaucoup de pays, un grand nombre de jeunes ne reçoivent pas d'information suffisante – ni de savoir-faire – pour leur permettre de refuser les rapports sexuels ou de négocier des pratiques sexuelles moins dangereuses. Si la plupart des jeunes ont entendu parler du VIH/sida, peu sont assez bien informés pour se protéger contre l'infection.

Des enquêtes menées dans 40 pays indiquent que plus de la moitié des jeunes ont des idées fausses sur la manière dont le VIH se transmet¹¹. En Ukraine, où 100 % des adolescentes connaissent

l'existence du sida, 21 % seulement connaissent trois méthodes de prévention. En Somalie, 26 % seulement des adolescentes ont entendu parler du sida et 1 % seulement savent comment se protéger. Au Botswana, où une personne sur trois est atteinte du VIH/sida, pratiquement tous les jeunes ont entendu parler du sida et plus de 75 % connaissent les trois moyens fondamentaux de protection. Pourtant, 62 % des filles avaient au moins une idée fautive d'importance majeure sur la manière dont le VIH se répand. Beaucoup trop nombreux sont les jeunes qui croient pouvoir dire si quelqu'un est séropositif simplement en le regardant.

UN SENTIMENT D'INVINCIBILITÉ. Les adolescents tendent à sous-estimer, minimiser ou nier le risque d'être eux-mêmes infectés par le VIH. Des études de cas conduites par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquent qu'un cinquième à un tiers seulement d'entre eux se jugent exposés¹². Beaucoup de jeunes ne reconnaissent pas que le comportement de leur partenaire les met eux-mêmes en danger. D'autres encore peuvent s'imaginer que le VIH est quelque chose qui n'arrive qu'aux travailleuses de l'industrie du sexe, aux drogués ou aux homosexuels. Ce sentiment d'invincibilité, chez des jeunes qui en outre n'ont pas conscience des suites d'un comportement risqué, peut les éloigner facilement de prendre des précautions pour protéger leur santé – et leur vie.

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES. Ces infections augmentent considérablement la possibilité d'une transmission du VIH¹³, en même temps qu'elles comportent d'autres conséquences pour la santé en matière de reproduction, par exemple des douleurs chroniques, la stérilité ou des grossesses extra-utérines qui mettent la vie en danger. Si les données relatives aux IST dans les pays en développement sont rares, surtout concernant les jeunes, l'OMS estime qu'un tiers au moins des plus de 333 millions de nouveaux cas d'IST curables enregistrés chaque année surviennent parmi les jeunes de moins de 25 ans¹⁴. Les jeunes sont aussi très nettement plus exposés que les adultes à une nouvelle infection après avoir été soignés.

Une étude conduite en Afrique du Sud a montré que les adolescentes couraient un risque de 30 % plus élevé que les adolescents de contracter des IST, en grande partie parce qu'elles avaient des liaisons avec des hommes plus âgés chez lesquels les IST étaient plus répandues¹⁵.

Les études sur la blennorragie conduites dans certains pays du Moyen-Orient et d'Afrique ont établi que les niveaux d'infection étaient les plus élevés dans le groupe d'âge 15-19 ans¹⁶. Une minorité assez considérable de jeunes, surtout de sexe masculin, ont éprouvé des symptômes d'IST, selon des études en provenance des pays suivants : Argentine, Botswana, Pérou, Philippines, République de Corée et Thaïlande¹⁷.

En règle générale, les jeunes sont peu informés des IST. Une étude conduite parmi les jeunes travailleuses de l'industrie du sexe au Cambodge a établi que leur connaissance limitée se fondait sur un mélange de faits, de mythes et de rumeurs et ne répondait pas à la réalité¹⁸. Une idée fautive et malheureusement répandue chez les jeunes, notamment à Kampala (Ouganda) et Ho Chi Minh City (Viet Nam), est que les symptômes d'IST disparaîtront avec le temps ou qu'une bonne hygiène personnelle les préviendra (ainsi que le VIH).

Une étudiante de niveau universitaire sur cinq à Ilorin (Nigéria), 30 % des jeunes dans certaines parties du Chili et la moitié des jeunes des deux sexes dans des localités du Guatemala partagent la même croyance¹⁹.

Le plus souvent, les jeunes recherchent des remèdes dans la médecine traditionnelle pour soigner les IST, ou en méconnaissent les symptômes. Ce mode de comportement est attribué à un sentiment de culpabilité chez les jeunes atteints d'une IST et à la honte que le personnel soignant leur inspire souvent dans les centres de santé, y compris les dispensaires spécialisés dans les IST.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES. Le partage d'aiguilles par les drogués constitue un moyen très efficace de répandre le VIH, parce que le virus est injecté directement dans le système sanguin. Quiconque se drogue et vend des faveurs sexuelles facilite la propagation du VIH dans la communauté au sens large.

La consommation de drogues commence souvent dès l'adolescence. Au Népal, où la moitié des 50 000 consommateurs de drogues par injection sont âgés de 16 à 25 ans, l'incidence du VIH parmi ce groupe a bondi de 2 % en 1995 à près de 50 % en 1998²⁰. L'épidémie de VIH qui sévit en Fédération de Russie progresse plus rapidement que partout ailleurs dans le monde, alimentée par le nombre croissant de jeunes drogués. En Chine, les taux de VIH sont les plus élevés parmi les consommateurs de drogues par injection, qui sont presque toujours de jeunes hommes.

Le nombre de toxicomanes augmente, particulièrement en Europe orientale et centrale, de même que le nombre de consommateurs occasionnels de drogues. Selon les chiffres fournis par ONUSIDA pour 2000, la consommation de drogues par injection est responsable de plus de la moitié de tous les cas de VIH dans les pays suivants : Argentine, Bahreïn, Chine, Espagne, Fédération de Russie, Géorgie, Iran, Italie, Kazakhstan, Lettonie, Moldova, Portugal et Ukraine²¹.

La consommation d'alcool peut aussi alimenter l'épidémie de VIH en poussant à un comportement sexuel risqué. Une étude conduite au Rwanda a établi que les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui consommaient de l'alcool étaient moins enclins à s'abstenir de rapports sexuels²². Dans une étude sur de jeunes adolescents conduite en Jamaïque, ceux qui avaient déjà goûté à l'alcool reconnaissaient plus souvent (selon un ratio 2,4 : 1) que les autres qu'ils étaient sexuellement actifs, toutes choses égales par ailleurs²³.

L'INTERACTION AVEC LA TUBERCULOSE. La tuberculose est la première cause mondiale de décès parmi les malades du sida. Un tiers de tous les malades du sida sont atteints de la tuberculose. Les sujets infectés par le VIH ont un risque beaucoup plus élevé – 800 fois, selon certaines évaluations – de devenir des tuberculeux actifs²⁴. Au Kenya, la prévalence tant du VIH que de la tuberculose a doublé de 1990 à 1996²⁵.

Les jeunes doivent être vaccinés contre la tuberculose²⁶. Dans la plupart des cas, la tuberculose est curable en appliquant une thérapie d'observation directe. Traiter cette maladie à demi ou mal peut conduire à une tuberculose pharmacorésistante, qui est plus difficile et beaucoup plus coûteuse à soigner. C'est pourquoi les programmes de lutte contre la tuberculose, notamment ceux destinés aux jeunes,

doivent faire partie intégrante des stratégies de prévention du sida et de soins aux sidéens.

Les différences entre les régions

C'est de loin en Afrique subsaharienne que le VIH/sida se répand le plus vite parmi les jeunes; on évalue à 8,6 millions le nombre de jeunes (dont 67 % de sexe féminin) qui sont atteints du VIH/sida. En Afrique du Sud, au Botswana et au Zimbabwe, on évalue à 60 % la proportion des garçons âgés aujourd'hui de 15 ans qui seront infectés un jour ou l'autre²⁷.

Le VIH se répand rapidement aussi en Asie du Sud; on évalue à 1,1 million le nombre de jeunes (dont 62 % de sexe féminin) qui sont infectés. Dans certaines parties du sud de l'Inde, l'épidémie, d'abord répandue parmi les travailleuses de l'industrie du sexe et les consommateurs de drogues par injection, a gagné l'ensemble de la population.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, on évalue à 560 000 le nombre de jeunes (dont 31 % de sexe féminin) qui sont atteints du VIH/sida. Quelques pays des Caraïbes sont les plus gravement atteints par l'épidémie en dehors de l'Afrique, avec au moins 2 % des jeunes femmes infectées. En Amérique latine, le virus s'est répandu principalement parmi les homosexuels, mais dépassant ce groupe de population il est en train de gagner les jeunes femmes.

L'Asie orientale et l'Asie du Sud-Est comptent, selon les évaluations, 740 000 jeunes atteints du VIH/sida, dont à peu près la moitié sont de sexe féminin. Étant donné la nombreuse population de la Chine et l'incidence croissante du VIH, le nombre de jeunes atteints du VIH/sida dans la région a chance d'augmenter considérablement. L'épidémie, d'abord concentrée parmi les consommateurs de drogues par injection et les travailleuses de l'industrie du sexe, a maintenant gagné l'ensemble de la population au Cambodge, au Myanmar et en Thaïlande. (La Thaïlande a toutefois réussi à diminuer sa prévalence.)

En Europe orientale et centrale, les taux d'infection augmentent rapidement. En 2001, on évaluait à 430 000 le nombre de jeunes (dont 35 % de sexe féminin) qui étaient atteints du VIH/sida. L'épidémie se répand dans cette région principalement à cause de la consommation de drogues par injection, surtout chez les jeunes hommes, mais aussi du trafic des femmes et de la prostitution.

Il y avait en 2001 environ 160 000 jeunes séropositifs (dont 41 % de sexe féminin) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Bien que les systèmes de surveillance se soient améliorés dans cette région au cours des quelques dernières années, ce chiffre est peut-être inférieur à la réalité. Si les rapports sexuels entre jeunes non mariés sont rares, la région doit néanmoins être vigilante et faire mieux prendre conscience du danger à la population. On a des preuves que les taux d'IST augmentent – et c'est un signe précurseur de l'accroissement des cas d'infection par le VIH. Les taux élevés de consommation de drogues par injection dans certains secteurs indiquent aussi que le VIH pourrait fort bien se répandre.

En Amérique du Nord et en Europe occidentale, l'épidémie est largement contenue, excepté parmi les pauvres et les minorités, les toxicomanes et les travailleuses de l'industrie du sexe. Mais un sentiment illusoire de sécurité, surtout parmi les jeunes, pourrait annuler les progrès réalisés dans le ralentissement de la diffusion du VIH.

L'impact du sida sur les jeunes

LES ADOLESCENTS ORPHELINS. Les jeunes qui ont perdu un de leurs parents, sinon les deux, à cause du sida (voir chapitre premier) sont eux-mêmes particulièrement vulnérables à l'infection. Beaucoup courent le risque d'être exploités, notamment de subir des sévices physiques et sexuels. Ne pouvant plus compter que sur un appui familial affaibli, certains adoptent un comportement sexuel risqué ou consomment des drogues par injection. Ceux qui sont contraints de vivre dans la rue peuvent se prostituer ou commettre des crimes pour subsister²⁸. Après avoir subi l'épreuve affective que constitue la perte de leurs parents, beaucoup affrontent aussi l'opprobre et la discrimination.

L'ÉDUCATION. Les jeunes infectés par le VIH/sida et ceux qu'il touche dans leur vie voient souvent leur scolarisation perturbée²⁹. L'abandon scolaire est fréquent, surtout pour les filles qui doivent prendre soin de membres de leur famille malades ou de leurs frères et sœurs afin d'éviter que la famille ne soit dispersée. L'incapacité de payer les frais de scolarité contraint aussi garçons et filles à quitter l'école. D'autres le font en raison de l'opprobre et de la discrimination infligés par les établissements, les enseignants ou les camarades de classe.

Les enseignants aussi meurent du VIH/sida. ONUSIDA évalue à non moins d'un million le nombre d'enfants et de jeunes qui, en Afrique subsaharienne, ont perdu en 2001 leurs enseignants pour cette raison³⁰.

Quiconque grandit sans recevoir une éducation en subit les effets toute sa vie. Les données d'enquêtes conduites dans des pays du monde entier montrent que, si les parents sont décédés, les enfants âgés de 10 à 14 ans ont une moindre chance d'être scolarisés que ceux du même âge dont les parents sont en vie. À Madagascar, par exemple, le pourcentage des orphelins de 10 à 14 ans scolarisés est de 34 %, contre 65 % pour les enfants du même âge non orphelins. En Indonésie, ces pourcentages sont de 65 % et 85 %, respectivement³¹.

II

L'APPROCHE ABC En 2001, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies a entériné l'approche ABC pour prévenir l'infection par le VIH. Cette approche, qui vise à changer les comportements, délivre trois messages clairs afin de prévenir la transmission du VIH. Les trois lettres ABC recouvrent les messages ci-après : s'abstenir (Abstain) d'avoir des relations sexuelles ou, pour les jeunes, retarder le moment d'en avoir; être fidèle (Be faithful) à un seul partenaire non infecté ; et utiliser des préservatifs (Condoms) régulièrement et de la manière voulue.

Parfois la lettre D (Drugs) est ajoutée au message, par référence à la consommation de drogues par injection et à la consommation d'alcool qui, même entendue comme un agréable passe-temps, peut exposer davantage à des activités sexuelles dangereuses. On trouve aussi parfois la formule ABC+, qui inclut le message qu'il faut subir un test et, s'il est positif, être soigné pour les IST (lesquelles aggravent le risque de transmission du VIH dans les rapports sexuels non protégés). Chaque composante du message ABC doit être présentée de manière approfondie et équilibrée. (voir chapitre 4).

Les ventes subventionnées de contraceptifs

L'approche « ABC » (Abstinence, Be faithful, and use Condoms – comme il est indiqué en détail au chapitre 4) s'est avérée efficace. Les ventes subventionnées combinent les études de marché et les techniques publicitaires avec une campagne de promotion dans les médias, l'appel aux pairs-éducateurs et des manifestations à base communautaire. Les préservatifs sont généralement l'article commercialisé, souvent avec un message de « protection double » pour aider les adolescents à se protéger aussi bien contre la grossesse que contre les IST, dont le VIH. Presque tout endroit où les jeunes passent du temps et se réunissent, de l'école aux lieux de travail et aux discothèques, offre une occasion possible de fournir des informations et d'assurer la disponibilité des préservatifs.

Les ventes subventionnées, comme les médias, peuvent viser des groupes spécifiques. En Indonésie, une campagne couronnée de succès pour accroître l'utilisation de préservatifs parmi les travailleuses de l'industrie du sexe a mis simultanément en jeu plusieurs moyens : articles de presse, manifestations dans les bars et les universités, conseils sur la manière de négocier l'utilisation de préservatifs, et éducation des tenanciers de maison close. De ce fait, le pourcentage des travailleuses de l'industrie du sexe utilisant des préservatifs est passé de 36 à 48 %³².

Le programme de ventes subventionnées pour la santé sexuelle des adolescents (The Social Marketing for Adolescent Sexual Health – SMASH), exécuté par Population Services International, a évalué les activités menées dans les zones urbaines de plusieurs pays : Afrique du Sud, Botswana, Cameroun et Guinée. Les initiatives faisaient appel aux écoles, médias, clubs de jeunesse et à l'intervention des pairs pour inspirer une meilleure prise de conscience et promouvoir parmi les jeunes des pratiques sexuelles moins dangereuses, surtout l'utilisation de préservatifs.

Si ces activités ont réussi à mieux faire prendre conscience des avantages d'un comportement prudent, ce qui recouvre notamment l'abstinence et l'utilisation de préservatifs, et à aplanir les obstacles à l'utilisation de préservatifs, elles ont connu un moindre succès s'agissant de changer le comportement. La réussite a été plus grande parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes, ce qui donne à penser que les deux sexes doivent être atteints par des voies différentes³³.

Prenant appui sur les enseignements tirés du programme SMASH au Cameroun, un autre programme de ventes subventionnées a été lancé dans ce pays en 2000. La première phase a mis en œuvre une campagne médiatique, des émissions de radio faisant appel à la participation des auditeurs, un journal, des pairs-éducateurs et un drame radiophonique afin de promouvoir l'utilisation constante de préservatifs, surtout avec un partenaire régulier. Les activités de la phase actuelle encouragent les parents à parler à leurs enfants de la prévention du VIH/sida, à mettre les filles en mesure de négocier l'abstinence ou l'utilisation de préservatifs, et à souligner l'importance d'une utilisation constante des préservatifs avec les partenaires réguliers³⁴.

De nombreuses attitudes négatives, et souvent erronées, font obstacle à l'utilisation de préservatifs. Certains jeunes ne croient pas que le préservatif offre une protection fiable contre les grossesses non désirées ni même le VIH. Dans une étude menée au Kenya,

35 % seulement des étudiants en milieu urbain et 56 % en milieu rural se sont déclarés certains de l'efficacité des préservatifs³⁵. Une étude menée au Botswana a établi que 76 % des garçons étaient convaincus que les préservatifs glissent souvent³⁶. Une autre étude, au Botswana également, a indiqué que dans l'esprit de certains jeunes les préservatifs répandent l'infection³⁷. Au Suriname, des vues négatives analogues se sont aussi avérées un obstacle majeur aux activités de prévention³⁸.

En Afrique du Sud, au cours d'un débat de groupe témoin, des jeunes hommes ont dit n'avoir pas le courage de demander des préservatifs dans les pharmacies et les dispensaires. Ils ont ajouté que, dans l'un et l'autre cadre, le personnel exprimait sa désapprobation que des jeunes soient sexuellement actifs. Ces jeunes hommes ont dit qu'ils aimeraient pouvoir obtenir des préservatifs dans les galeries de billards électriques, les toilettes publiques, les boîtes de nuit, les magasins de disques, les cafés Internet et les distributeurs automatiques – et les obtenir de leurs pairs plutôt que d'adultes. Certains se sont aussi déclarés mal à l'aise quand ils utilisent des préservatifs en raison de leur inexpérience, et ils ont paru plus soucieux de préserver leur image que de courir les risques liés à des rapports sexuels non protégés³⁹.

Malgré ces aspects négatifs, une évaluation s'est achevée sur ces mots : « L'approche des ventes subventionnées à l'intention des jeunes semble bien promettre d'encourager l'utilisation des préservatifs à assez grande échelle et d'en rendre l'utilisation régulière socialement acceptable. Les médias devraient conjuguer leurs efforts avec les pharmacies et autres points d'écoulement du secteur privé qui ont la préférence des jeunes pour des raisons de confidentialité et de commodité, et il faudrait en même temps rendre ces services plus accueillants aux jeunes »⁴⁰.

Les services de prévention du VIH/sida et de soins aux séropositifs

Les services de conseils et de tests sans obligation (VCT) sont une partie essentielle des programmes de prévention et de traitement du VIH, ainsi que de soins aux séropositifs. Quel que soit le résultat du test, les jeunes qui l'ont subi adoptent souvent un comportement moins risqué. Les études montrent que beaucoup de jeunes ont besoin d'avoir accès aux VCT, et qu'ils veulent y avoir accès, de manière à apprendre s'ils sont infectés – pourvu que les services soient confidentiels et de prix abordable et que les résultats soient communiqués en toute honnêteté⁴¹.

Mais l'absence de traitement et de soutien pour ceux dont le test a été positif constitue un obstacle. Dans le monde en développement, peu de jeunes ont accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) pour traiter le VIH. En fait, de toutes les personnes qui dans le monde en développement tireraient bénéfice des ARV, moins de 5 % les obtiennent actuellement⁴². Le Botswana et le Brésil se sont engagés à fournir les ARV à tous ceux qui en ont besoin, mais d'autres pays durement touchés par l'épidémie n'ont pas les ressources nécessaires pour suivre leur exemple.

À mesure que les pays élargissent l'accès au traitement du VIH, les services de VCT devraient devenir plus utilisés.

Même quand le traitement n'est pas disponible, les VCT peuvent conduire les jeunes à changer leur comportement. Dans une étude

I2

ATTEINDRE LES JEUNES AU MOYEN DE VENTES SUBVENTIONNÉES

L'évaluation des ventes subventionnées de préservatifs visant les jeunes dans quatre pays africains (SMASH) a permis d'établir ce qui suit :

- Pour changer le comportement des adolescents, il peut être nécessaire de déployer des efforts intensifs pendant deux à trois ans au moins.
- Les programmes les plus efficaces sont ceux qui comportent une combinaison attentivement conçue de promotion par les médias et de communication directe.
- Les jeunes hommes et les jeunes femmes ont des préoccupations différentes en matière de santé sexuelle, et il faut les aborder de manière différente.
- De prudentes stratégies de communication sont nécessaires pour réduire le sentiment de honte lié à l'utilisation de préservatifs.
- Les jeunes doivent participer à la conception des programmes.

I3

AMÉLIORER LES SERVICES DE CONSEILS ET DE TESTS SANS OBLIGATION DESTINÉS AUX JEUNES

La recherche et l'expérience ont permis d'identifier ce qui caractérise les programmes de VCT efficaces et accueillants aux jeunes :

- Prestataires de services formés à conseiller les jeunes au sujet du VIH.
- Utilisation d'une pièce distincte ou d'un autre emplacement pour garantir que les jeunes ne rencontreront pas des membres de leur famille ou des adultes qu'ils connaissent quand ils ont recours aux VCT.
- Gratuité ou prix réduit des tests pour les jeunes.
- Système d'aiguillage pour les jeunes clients.
- Action externe dans les écoles et auprès des groupes de jeunes.
- Campagnes multimédias pour informer les jeunes de l'existence des VCT.

conduite au Kenya et en Ouganda, les VCT ont été offerts à des jeunes âgés de 14 à 21 ans. La plupart ont cherché à subir le test de leur plein accord et alors qu'ils étaient en bonne santé. Interrogés, la plupart des sujets testés ont déclaré vouloir s'abstenir de rapports sexuels, ou n'avoir qu'un seul partenaire, ou avoir moins de partenaires, ou utiliser des préservatifs. La plupart ont communiqué les résultats de leurs tests surtout à leur partenaire ou époux, de préférence aux parents qu'ils ne voulaient pas décevoir. La plupart de ceux qui n'avaient pas subi de tests ont indiqué qu'ils aimeraient en subir dans l'avenir. La partie « délivrance de conseils » des VCT a été appréciée par les sujets testés, mais les prestataires de soins se sont sentis en général mal préparés à conseiller des jeunes.

Pour conseiller les jeunes, il faut recevoir une formation spéciale, en particulier s'agissant d'atteindre les victimes de viol, ceux ou celles qui menacent de se suicider, envisagent de faire du mal à leur partenaire ou bien pensent à quitter le domicile familial ou l'école.



4 : Promouvoir un comportement plus sain

L'information et l'éducation relatives à la santé en matière de reproduction et de sexualité sont essentielles pour assurer le développement et le bien-être des adolescents. Il est capital de promouvoir un changement de comportement pour limiter le nombre de grossesses d'adolescentes et enrayer la pandémie du VIH/sida.

À la CIPD, les pays ont convenu que « ... les adolescents devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et les risques de stérilité en résultant. Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation »¹.

Les programmes qui fournissent des informations sur la sexualité se préoccupent de plus en plus de donner aux adolescents les savoir-faire qui leur sont nécessaires pour assurer la transition à l'âge adulte – et pour veiller sur leurs besoins de santé comme des adultes. Il est plus facile d'améliorer les connaissances des jeunes que de les aider à acquérir de nouveaux savoir-faire. La programmation exige aussi plus de temps et d'argent, car les enseignants et les animateurs de jeunesse doivent eux-mêmes acquérir d'abord les savoir-faire – et apprendre la manière de les enseigner efficacement. Mais si les jeunes sont supposés faire part de leurs besoins, rechercher les soins nécessaires et faire des choix avisés, cet investissement est de la plus haute importance.

Si tous les jeunes ont besoin d'information et de savoir-faire pour s'abstenir ou pour éviter les conséquences de rapports sexuels non protégés et avoir un mode de vie sain et positif, les programmes doivent cibler ceux d'entre eux qui sont les plus vulnérables et les plus exposés aux risques.

LA COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Les diverses approches qui visent à améliorer les connaissances, les savoir-faire et les attitudes sont désormais souvent désignées sous le nom de « communication pour un changement de comportement » (behaviour change communication – BCC). Les sujets que couvre la BCC pour les jeunes sont la biologie de l'appareil génital, le développement humain, les relations avec autrui et les sentiments individuels, la sexualité, la communication et la négociation, les problèmes sexospécifiques, les pratiques sexuelles moins dangereuses (à savoir notamment l'abstinence, le report de la première rencontre sexuelle et un nombre limité de partenaires), et les méthodes de protection contre la grossesse et les IST, dont le VIH.

L'information peut être communiquée par des méthodes diverses : éducation structurée et non structurée, représentations théâtrales et art populaire, médias (c'est-à-dire télévision, radio, journaux et autres médias imprimés, et de plus en plus médias électroniques), lignes téléphoniques ouvertes en permanence et communications interpersonnelles ou entretiens-conseils. En utilisant plusieurs de ces méthodes, un seul programme peut atteindre différents secteurs d'une population jeune et renforcer les messages.

I4 CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET RÉDUCTION DE LA PRÉVALENCE DU VIH EN OUGANDA

Les jeunes ont joué un rôle considérable dans la réduction de la prévalence du VIH en Ouganda, qui est tombée de 15 % des adultes en 1991, taux maximal, à 5 % en 2001. Ce recul est dû notamment aux facteurs suivants : âge moins précoce du début de l'activité sexuelle, réduction du nombre des partenaires, qu'il s'agisse de rencontres sans lendemain ou de travailleuses de l'industrie du sexe, et utilisation accrue des préservatifs.

La réaction de l'Ouganda, qui a commencé en 1986, s'est exprimée principalement par le

soutien politique résolu du Président Museveni et à travers une réponse multisectorielle à laquelle ont participé plus de 700 organes gouvernementaux et ONG mobilisés dans la lutte contre le VIH/sida. Les mesures communautaires ont promu le changement de comportement et l'accès à l'autonomie des femmes et des filles, ainsi que des jeunes scolarisés et non scolarisés, et se sont attaquées à la discrimination contre les personnes atteintes du VIH.

La communication à base communautaire et de personne à personne a joué un rôle capital dans la diffusion des messages de changement de comportement. Le premier centre de conseils et de tests sans obligation a été ouvert en

Ouganda en 1990, avec un suivi ultérieur assuré au moyen de clubs après-test ouverts à tous ceux qui avaient subi des tests, quel qu'en soit le résultat.

Les jeunes Ougandais ont sensiblement modifié leur comportement sexuel. Dans un district scolaire, en 1994, plus de 60 % des étudiants âgés de 13 à 16 ans ont déclaré qu'ils étaient déjà sexuellement actifs. En 2001, le chiffre correspondant était inférieur à 5 %.

L'Ouganda, qui a une expérience considérable des programmes d'éducation à la santé en matière de reproduction, espère atteindre 10 millions d'étudiants à l'aide d'un nouveau programme d'enseignement portant sur le VIH/sida.

Les activités de BCC peuvent engendrer une demande de services de santé en matière de reproduction, garantir que les communautés acceptent ces services, convaincre les jeunes de les utiliser, faire connaître l'emplacement et la nature de ces services, et donner aux jeunes l'assurance qu'ils y seront bien accueillis. Ces activités doivent être sensibles aux différents besoins des groupes de population jeunes, en particulier aux différences entre les sexes sur le plan des connaissances, des savoir-faire et de la liberté d'action individuelle.

En Zambie, la prévalence du VIH parmi les adolescents de 15 à 19 ans est tombée de 28 % en 1993 à 15 % en 1998. Cette baisse est attribuée au fait que les jeunes ont moins de partenaires et utilisent davantage les préservatifs, en réponse à diverses activités visant à susciter un changement de comportement. Il est essentiel pour réussir d'encourager les jeunes à s'abstenir de rapports sexuels, aussi bien que de veiller à ce que ceux qui décident d'en avoir aient accès aux préservatifs.

Au Brésil, le pourcentage des adolescents qui affirment utiliser des préservatifs a augmenté. En 1994, 4 % seulement ont déclaré en avoir utilisé à leur première rencontre sexuelle. En 1999, près de la moitié (48 %) ont déclaré utiliser régulièrement des préservatifs. Cette augmentation a été attribuée à une prise de conscience accrue des IST et du VIH/sida, aussi bien qu'aux pénibles effets d'une grossesse non désirée².

Où les adolescents obtiennent leur information

Les adolescents indiquent diverses sources où ils apprennent ce qu'ils savent ou croient savoir concernant la sexualité et la santé en matière de reproduction. En de nombreux contextes, une forte proportion de jeunes semblent s'en remettre aux sources les moins fiables – à avoir d'autres jeunes ou les revues et magazines. Les jeunes vont chercher différents types d'information auprès de différentes sources – par exemple, les journaux peuvent être de bonnes sources d'information concernant le VIH/sida.

Dans la plupart des cas, les parents ne sont pas la principale source d'information, bien que les jeunes femmes puissent s'en remettre à leurs mères pour toute information sur la menstruation et les risques de grossesse³. Les jeunes hommes font davantage appel aux enseignants, aux professionnels de la santé ou à leurs amis.

Les idées fausses abondent et peuvent déboucher sur un comportement risqué. Par exemple : « une fille ne peut être enceinte à son premier rapport sexuel » ; « le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est très petit et peut se glisser à travers un préservatif » ; « on peut dire en regardant une personne si elle est atteinte ou non du VIH/sida »⁴.

Les études menées sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes ont mis à jour un mélange d'anxiété et d'ignorance; une certitude excessive, d'une part, de tout savoir sur le sujet et le regret, d'autre part, d'avoir su trop peu. À l'heure où ils dépassent l'âge de la puberté et prennent conscience du vaste monde, les jeunes sont souvent très préoccupés des grossesses accidentelles, du VIH/sida et des autres menaces à leur santé, mais il leur paraît très difficile d'aborder des problèmes aussi délicats.

Les jeunes femmes craignent parfois de paraître d'une moralité douteuse si elles posent des questions. Les jeunes hommes estiment parfois que la grossesse est l'affaire des femmes. Les jeunes des deux

sexes minimisent généralement les risques des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida pour eux-mêmes et leurs partenaires⁵. Les jeunes ont le souci de ne pas paraître plus intéressés aux problèmes sexuels qu'ils ne le sont réellement.

Les adultes répugnent souvent à parler de santé en matière de reproduction et de sexualité avec les adolescents, tantôt parce que soulever des « questions privées » les embarrasse, tantôt parce qu'ils craignent d'encourager ce faisant la promiscuité ou au moins le désir d'être initié aux choses du sexe. Les parents, les éducateurs et les professionnels de la santé manquent parfois d'informations exactes ou de la formation nécessaire pour les communiquer aux jeunes. L'information des jeunes concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité emprunte relativement peu à ces sources⁶, bien qu'une étude menée en Allemagne ait établi que 69 % des filles déclarent devoir leur information à leur mère. Les parents sont une source d'information plus importante dans la première adolescence⁷.

Les jeunes d'aujourd'hui obtiennent d'ordinaire leurs connaissances de manière fortuite auprès de diverses sources : famille, amis et autres compagnons d'âge, école, télévision, films et Internet. Le résultat est une ignorance répandue, une information partielle, des croyances erronées et des savoirs mythiques. La meilleure solution, surtout pour la seconde adolescence, est une éducation sexuelle structurée. Les programmes sont de qualité très inégale, les études menées ont montré maintes fois qu'une information exacte donnée au moment et à l'âge voulus encourage un comportement responsable et retarde généralement le début de l'activité sexuelle⁸. Les points essentiels sont que l'information doit être disponible, exacte et appropriée à l'âge et au niveau de développement des adolescents. Les jeunes veulent recevoir et apprécient une telle information, et ils en tiendront compte dans leur comportement⁹.

L'éducation à la sexualité dans les écoles

Les programmes d'éducation concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité sont passés par un certain nombre de changements au cours des dernières décennies, qui tiennent souvent à ce qu'il est délicat de parler de sexualité. Le sujet a reçu des noms différents : éducation au rôle de parent (surtout pour les adolescentes enceintes), éducation à la vie familiale (qui parfois passe entièrement sous silence les aspects liés à la sexualité), éducation aux problèmes de population (dont le contenu et les approches sont extrêmement divers) ou, plus récemment, planification de la vie ou éducation aux savoir-faire nécessaires à la vie (qui fait ou non une place à la sexualité).

Depuis la CIPD, la sexualité, la santé en matière de reproduction, les savoir-faire nécessaires à la vie et la planification de la vie ont été reconnus comme autant de composantes essentielles de l'éducation à la santé en matière de reproduction. Les problèmes sexospécifiques, qui étaient absents de beaucoup des formules antérieures, reçoivent maintenant une attention prioritaire.

Les méthodes d'instruction ont également changé, car on est passé d'une approche didactique à un souci accru de faire participer les étudiants et d'assurer l'acquisition de savoir-faire, notamment dans l'ordre de la communication.

Sur la base d'un examen des programmes d'éducation à la sexualité en vigueur aux États-Unis, un expert a conclu que les programmes scolaires qui réussissent le mieux sont ceux qui délivrent un message clair et cohérent appuyé sur une information exacte; qui se préoccupent avant tout de limiter les comportements sexuels débouchant sur une grossesse non recherchée ou une infection; qui sont conçus en fonction de l'âge et de la culture; qui se fondent sur un cadre théorique dont l'aptitude à changer les comportements est démontrée; qui usent de méthodes d'enseignement faisant participer les étudiants et s'attaquent au problème des pressions sociales; enfin, qui motivent et forment les enseignants à participer¹⁰.

Les enseignants doivent être prêts à traiter des problèmes délicats qui entourent la transmission du VIH. Une étude des programmes scolaires consacrés au sida au Botswana, au Malawi et en Ouganda a établi que le manque de temps, de ressources et de formation des enseignants compromettrait l'éducation basée sur un programme, aussi bien que la délivrance de conseils et l'éducation par les pairs¹¹. Une étude menée en Colombie a établi que « les enseignants ne sont souvent pas préparés à parler de sexualité avec des adolescents »¹². L'évaluation d'un programme d'éducation consacré au sida au Zimbabwe, désormais obligatoire en raison de ses bons résultats, a établi que les rédacteurs de programmes et les enseignants avaient besoin d'être mieux formés aux techniques participatives¹³.

Une étude conduite en 2000 en Afrique du Sud, au Mexique et en Thaïlande a établi que les étudiants ont beaucoup à apprendre concernant le VIH et les pratiques sexuelles moins dangereuses¹⁴. L'étude menée en Colombie a établi que « les jeunes sont généralement mal informés de leur propre sexualité et de leur santé, y compris pour ce qui touche à la contraception, à la planification familiale et au VIH/sida »¹⁵.

Une récente étude menée sur 107 pays a montré que 44 d'entre eux n'incluaient pas l'éducation relative au sida dans leurs programmes scolaires¹⁶.

L'éducation à la sexualité offre la promesse d'atteindre un large public, du moins dans les pays où une proportion élevée des jeunes sont scolarisés. Mais il est particulièrement difficile d'élargir l'application des approches et programmes qui ont été mis à l'essai avec succès à petite échelle.

Une idée erronée courante chez les parents et les chefs de communauté est que l'éducation à la sexualité conduira les jeunes à devenir sexuellement actifs de bonne heure. Les évaluations ont montré qu'une telle crainte n'est pas fondée. Dans les deux examens les plus approfondis consacrés aux études sur les programmes en milieu scolaire, l'OMS et l'U.S. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy ont conclu l'une et l'autre que les programmes d'éducation à la sexualité n'encouragent pas l'activité sexuelle chez les jeunes et n'ont pas pour effet de l'augmenter¹⁷. L'étude américaine a également établi que les programmes traitant du VIH avaient plutôt pour effet de réduire le nombre de partenaires sexuels et de répandre l'utilisation de préservatifs.

Pourtant, le débat se poursuit, surtout aux États-Unis, sur les mérites d'enseigner seulement l'abstinence comme moyen de prévenir les grossesses non désirées et les IST, ou au contraire de fournir une information plus complète sur la prévention.

15 COMMENT LES ÉCOLES PEUVENT RÉDUIRE L'INFECTION PAR LE VIH

Des études en provenance d'Afrique du Sud, du Mexique et de Thaïlande ont permis d'identifier certaines caractéristiques essentielles des programmes scolaires qui ont abordé avec succès la question du VIH/sida :

- Les enseignants doivent être prêts à parler à des étudiants dont l'expérience sexuelle est très variable, depuis ceux qui n'ont pas encore eu de rapports sexuels jusqu'à ceux qui ont subi des rapports sexuels sous la contrainte.
- Les stratégies qui visent à négocier ou refuser les rapports sexuels doivent tenir compte du caractère intermittent de la sexualité adolescente.
- Les cours doivent examiner l'action des pairs, qui poussent à avoir des rapports sexuels, ainsi que les normes en vigueur pour les hommes et les femmes.
- Les programmes doivent traiter de l'utilisation des préservatifs pour que les jeunes qui commencent à avoir des rapports sexuels puissent se protéger et avoir la certitude qu'ils sauront utiliser les préservatifs correctement.
- Il faut enseigner aux étudiants à évaluer avec précision le risque d'infection qu'ils courent personnellement.
- Les enseignants et les planificateurs de programmes doivent reconnaître que les étudiants ont quelques informations au sujet du VIH/sida, mais en comprennent mal ou en ignorent d'autres aspects.
- Les programmes doivent parler des personnes atteintes du VIH et du sida.

L'APPROCHE ABC DE LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA Pour faire reculer la pandémie, il faudra recourir à diverses approches intégrant tant la prévention que le traitement. Les coûts de la prévention – financier, social et individuel – sont sensiblement moins élevés que ceux du traitement. Une approche qui est devenue de plus en plus appréciée, surtout en Afrique, est l'approche « ABC » : s'abstenir [Abstain] de rapports sexuels, être fidèle [Be faithful] à un seul partenaire et utiliser les préservatifs [Condoms] de manière correcte et régulière. Un quatrième élément du message, « D », se réfère à la réduction du dommage dans les zones de forte consommation de drogues (qu'il s'agisse de consommation de drogues par injection ou de consommation d'alcool aux heures de loisir). On trouve aussi la formule ABC+, porteuse en outre du message qu'il faut être testé et soigné en cas d'IST (car celles-ci aggravent le risque de transmission du VIH dans les rapports sexuels non protégés).

Les données disponibles font penser que de nombreux jeunes changent de comportement à mesure qu'ils deviennent plus conscients du VIH/sida et mieux informés des moyens de l'éviter. La prévalence du VIH en Ouganda a été réduite en grande partie parce que maintenant les jeunes s'abstiennent, ont leur premier rapport sexuel plus tard et moins de partenaires sexuels que voici quelques années, et parce que ceux qui sont sexuellement actifs utilisent plus souvent des préservatifs.

Le message ABC(D) est direct, mais les normes sociales, culturelles et sexospécifiques rendent très difficile en certains endroits de le mettre en oeuvre. Bien souvent, les jeunes femmes n'ont pas la liberté de s'abstenir ou de négocier l'utilisation de préservatifs avec leurs partenaires¹⁸.

Chaque composante du message ABC doit être présentée de manière complète et équilibrée. Se borner à promouvoir l'abstinence revient à ignorer la probabilité que certains jeunes adopteront des pratiques sexuelles risquées – par exemple, les jeunes hommes qui visitent les travailleuses de l'industrie du sexe, ou les jeunes des deux sexes qui ne reconnaissent pas le risque d'infection auquel ils s'exposent et qui ont des partenaires multiples. Promouvoir l'utilisation de préservatifs en affirmant qu'ils garantissent une protection absolue pourrait, sans qu'on l'ait voulu, encourager un comportement à risque élevé¹⁹.

LES RÉALISATIONS DES PROGRAMMES En Namibie, les filles qui ont participé à un cours donné dans les écoles et intitulé « C'est à moi de choisir mon avenir » sont en plus grande proportion restées vierges 12 mois après le programme que celles qui n'y avaient pas participé²⁰.

En Mongolie, avec le soutien de l'UNFPA, le Gouvernement a pris la décision explicite d'appuyer l'éducation à la sexualité pour tous, chaque année à partir de la troisième année d'études, en soulignant la notion centrale d'identité sexuelle²¹. Environ 60 % des écoles secondaires enseignent maintenant ce cours. Enseignants et étudiants ont réagi de manière très positive, tout en se disant préoccupés du fait qu'il n'y a pas assez de temps à consacrer au programme²².

La Colombie a lancé ses activités avant la CIPD : l'éducation à la sexualité est devenue obligatoire en 1993 dans toutes les écoles primaires et secondaires. Si le programme a souffert d'un financement insuffisant et de retard dans la formation des enseignants, la plupart des écoles l'appliquent aujourd'hui²³. Entre 1997 et 1999, un programme scolaire a amélioré les connaissances de 8 000 jeunes concernant le VIH/sida et changé leurs attitudes²⁴. Le Ministère de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, en collaboration avec des ONG, a élaboré au niveau national des outils, sur la base de l'expérience acquise, pour dispenser l'éducation à la sexualité.

En Afrique du Sud, les ministères nationaux de l'éducation et de la santé ont commencé à donner une formation aux « savoir-faire nécessaires à la vie » dans les écoles secondaires publiques²⁵. Au Mexique, une variante de cette approche, appelée *Planeando Tu Vida* (Planifier ta vie), a été mise à l'essai dans les écoles secondaires; parents, enseignants et étudiants se sont ensuite prononcés en faveur de son inclusion dans le programme officiel. Les étudiants ont été informés de la contraception, mais ne sont pas devenus sexuellement actifs en plus grand nombre que ceux qui n'ont pas participé. Les étudiants sexuellement actifs qui ont suivi le cours étaient plus nombreux à utiliser des contraceptifs que ceux qui ne l'ont pas suivi²⁶.

Conjuguant les activités scolaires avec d'autres activités communautaires, un projet soutenu par l'UNFPA dans les Territoires palestiniens occupés a intégré la santé en matière de reproduction et les problèmes sexospécifiques dans les programmes scolaires,

l'éducation des adultes et les programmes d'éducation des jeunes. Enseignants et superviseurs en sont devenus les avocats auprès des communautés, et les animateurs de jeunes ont réussi à lancer le débat sur des sujets précédemment peu abordés²⁷.

Dans les pays qui n'ont pas rendu obligatoire l'éducation à la sexualité, des projets pilotes sont souvent entrepris. Dans six écoles primaires et secondaires de Rio de Janeiro et Recife, BENFAM (association brésilienne pour la planification familiale) a aidé à intégrer l'éducation à la sexualité et la prévention des IST/du VIH dans le programme, y compris la délivrance de conseils dans les écoles mêmes et l'aiguillage vers des dispensaires. L'utilisation des préservatifs et le nombre d'étudiants sachant où obtenir des services de santé en matière de reproduction ont augmenté grâce à ce projet. La communication entre étudiants et enseignants et entre enfants et parents s'est elle aussi améliorée²⁸.

LES CHANGEMENTS INTERVENUS DANS LA LÉGISLATION ET LA POLITIQUE Un certain nombre de pays ont récemment modifié la législation ou la politique nationales afin de soutenir des programmes enseignés en milieu scolaire :

- En 2000, le Gabon a adopté une législation qui garantit aux enfants des deux sexes une information et une formation sur l'hygiène, la nutrition et la prévention des IST²⁹.
- En 2002, le Panama a adopté une loi précisant la ligne de conduite à suivre à l'égard des adolescentes enceintes. L'une de ces dispositions impose au Ministère de la santé l'obligation de former les enseignants et de leur fournir des informations afin qu'ils puissent conseiller les adolescentes enceintes concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité³⁰.
- En 2001, la Chine a promulgué une loi sur la population et la planification familiale qui prévoit de dispenser dans les écoles une éducation sur la physiologie, la puberté et la santé sexuelle³¹.
- En 2000, le Honduras a adopté une loi prévoyant l'égalité des chances pour les femmes; entre autres choses, cette loi impose au Gouvernement de faire une place à l'éducation aux problèmes de population dans les écoles, ce qui recouvre notamment l'information sur la sexualité, la procréation et la prévention des IST et des grossesses non désirées³².

FAIRE PARTICIPER LES PARENTS De nombreux parents ne savent pas comment parler à leurs enfants de la santé en matière de reproduction et de sexualité, alors même qu'ils souhaiteraient le faire. Une enquête sur les parents menée au Mexique à la fin des années 90 a établi que 87 % d'entre eux étaient favorables à l'enseignement dans les écoles d'une éducation à la sexualité appropriée à l'âge des enfants³³. Des constatations similaires ont été faites dans d'autres pays. Cependant, même quand ils prêtent leur appui, les parents sont ambivalents et affichent le souci que le contenu de l'éducation ne contredise pas leur culture propre. On peut apaiser leurs préoccupations en les faisant participer à la conception et au suivi de ces programmes.

L'UNFPA et d'autres organisations ont mis au point des programmes destinés à aider les parents à communiquer efficacement avec les enfants au sujet de la sexualité. Family Care International et la Fédération internationale pour la planification familiale (région Afrique) ont élaboré des matériels qui visent à faciliter cette communication; les jeunes sont encouragés à y donner beaucoup de temps, à ne pas se laisser arrêter par l'embarras, à faire preuve de respect à l'égard de leurs parents et à apprendre ce qu'ils pourront des expériences de ceux-ci³⁴.

LA SCOLARISATION NON STRUCTURÉE Quand le taux de scolarisation est faible ou que des besoins spéciaux existent, une éducation non structurée peut être conçue en fonction des besoins d'un groupe cible. Par exemple, le Comité bangladais pour le progrès rural a créé des écoles primaires non structurées à l'intention des jeunes ruraux de 10 à 15 ans qui n'ont jamais été scolarisés, dont 70 % sont des filles. Le programme prépare les étudiants à entrer dans des écoles de type classique. Les sujets relatifs à la santé en matière de reproduction sont intégrés au programme d'études. La participation des parents est particulièrement recherchée³⁵. Au moins 350 écoles participent désormais à ce projet, qui a d'autre part fait prendre conscience des besoins des adolescents et influé sur les normes des communautés³⁶.

En Égypte, « Nouveaux horizons » a fait intervenir des chefs de communauté, des agents sanitaires, des dirigeants religieux et des parents dans la conception d'un programme non structuré visant à communiquer aux filles âgées de 9 à 20 ans des informations essentielles sur les savoir-faire nécessaires à la vie et la santé en matière de reproduction. Depuis 1995, plus de 100 ONG ont appliqué le programme dans sept gouvernements du pays³⁷.

L'éducation et la délivrance de conseils par les pairs

L'ÉDUCATION PAR LES PAIRS L'éducation par les pairs est devenue ces dernières années l'une des approches les plus courantes pour répondre aux besoins de santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité. L'éducation par les pairs est une approche ou une stratégie qui fait intervenir des membres d'un groupe donné pour introduire des changements parmi d'autres membres du même groupe. De plus en plus, on publie des évaluations de programme qui font connaître en détail son impact sur des publics cibles. Mais il existe des données beaucoup plus solides concernant l'impact sur les pairs-éducateurs eux-mêmes en des points tels que l'accroissement des connaissances, l'adoption de comportements sexuels moins dangereux et l'amélioration des attitudes³⁸.

En Europe centrale et orientale et dans l'ex-Union soviétique, l'UNFPA s'est employé activement à appliquer, superviser, suivre et évaluer des programmes multisectoriels d'éducation par les pairs, afin de renforcer le statut et la crédibilité de ce mode d'éducation dans la région et de compléter les programmes d'éducation sexuelle par l'éducation aux savoir-faire nécessaires à la vie. Au cours des deux dernières années, le projet a comporté 158 initiatives dans 27 pays, formant 165 stagiaires qui deviendront des pairs-éducateurs – et atteignant en fin de compte 31 000 jeunes, tandis qu'il intégrait les problèmes sexospécifiques dans la prévention du VIH/sida. Le projet a utilisé la technologie de l'information pour mettre en

place la Youth Peer Education Electronic Resource (Y-PEER) qui comporte des listes de destinataires, des sites Web et un apprentissage à distance. Y-PEER met actuellement en liaison 370 pairs-éducateurs appartenant à 27 pays, leur offrant ainsi un accès commode à des matériels à consulter et à des programmes de formation.

Au Nigéria et au Ghana, le projet Initiative pour la jeunesse d'Afrique de l'Ouest a recouru à des interventions de pairs pour rendre l'information, l'éducation, les conseils et services relatifs à la santé en matière de reproduction plus accessibles aux jeunes, tant scolarisés que non scolarisés. Le projet a fait appel à des organisations locales de jeunesse et se trouvait donc tributaire de la participation des communautés. Il a eu un effet marqué sur les connaissances et le comportement des participants, promouvant notamment une utilisation accrue des préservatifs³⁹.

Au Cameroun, *Entre Nous Jeunes* a été conçu pour répandre l'utilisation des contraceptifs et réduire ainsi la prévalence des IST, du VIH et des grossesses non recherchées chez les adolescents. Les pairs-éducateurs ont proposé des activités de groupe et individuelles, offrant des informations et l'aiguillage vers les services voulus. Les jeunes qui y ont participé se sont montrés mieux informés de la santé en matière de reproduction et plus disposés à utiliser des contraceptifs⁴⁰. L'utilisation des contraceptifs a aussi augmenté en République dominicaine après un projet d'éducation par les pairs dont une association de planification familiale a assuré la gestion⁴¹.

En Zambie, la distribution de préservatifs par les pairs a été comparée à la fourniture aux adolescents de prêts pour petites entreprises. L'une et l'autre activités ont conduit à l'adoption de comportements sexuels moins dangereux, mais l'éducation par les pairs a eu plus d'impact⁴².

L'Éthiopie, qui a un taux national de prévalence du VIH de 7,3 % (13,4 % dans les zones urbaines), a formé son premier groupe de 60 conseillers des jeunes pour lutter contre le VIH/sida. Ils offriront des conseils dans les centres de VCT⁴³.

Les programmes d'éducation par les pairs peuvent s'attaquer à l'inégalité entre les sexes, qui perpétue la mauvaise santé en matière de reproduction et de sexualité. Une étude menée en Afrique du Sud a établi que les programmes qui ont la meilleure chance de succès sont ceux qui aident les jeunes à comprendre combien les normes sexuelles en vigueur nuisent à leur santé en matière de sexualité, et qui leur donnent assez d'assurance pour résister à ces normes⁴⁴. Un projet conduit par des filiales de la Croix-Rouge australienne et de la Croix-Rouge lao vise à affaiblir le sentiment de honte qui empêche les jeunes femmes d'acheter, porter sur elles et utiliser des préservatifs⁴⁵.

Certains programmes visent à réduire le risque de séropositivité parmi les adolescentes. L'un d'eux, mené sur un campus du Nigéria, cible les jeunes femmes qui entretiennent une relation avec des hommes plus âgés afin de pouvoir acquitter leurs redevances universitaires. Grâce aux activités des pairs, elles peuvent débattre des risques de VIH, de la nécessité d'utiliser des préservatifs et devenir aptes à négocier cette utilisation⁴⁶. Dans le sud du Nigéria, l'Initiative Pouvoir des filles (Girls Power) recourt à des méthodes participatives pour mettre les étudiantes mieux en mesure de résoudre les problèmes qui se posent à elles. Par exemple, quand

elles rencontrent un professeur de sexe masculin, les filles sont encouragées à emmener une amie avec elles pour éviter le risque d'exploitation sexuelle⁴⁷.

Au Ghana, où la prévalence du VIH est encore relativement faible chez les adolescents (2,2 % pour le groupe d'âge 10-19 ans), les programmes d'éducation par les pairs ont atteint avec succès 75 000 jeunes scolarisés et non scolarisés, y compris des jeunes des rues et des travailleuses de l'industrie du sexe. Les participants ont retenu ce qu'ils ont appris au sujet de la prévention, de l'abstinence et de l'utilisation des préservatifs, et ils ont communiqué cette information à leurs amis. Les activités externes qui complètent l'éducation par les pairs ont permis d'immuniser et conseiller des milliers d'enfants des rues, ainsi que de leur donner une première aide et des informations sur leur santé; beaucoup ont utilisé les abris offerts en liaison avec le programme.

Une évaluation a montré que le programme évitait les problèmes de rotation rapide et de faible motivation parmi les pairs-éducateurs, qui avaient ruiné d'autres activités comparables. Les pairs-éducateurs ont rencontré une ignorance assez générale et beaucoup d'idées fausses concernant des sujets tels que la prévention de la grossesse, la menstruation et l'hygiène sexuelle, ce qui montre la nécessité de fournir des informations sur les problèmes relatifs à la procréation au sens large⁴⁸.

Les jeunes atteints du VIH/sida peuvent s'avérer particulièrement efficaces dans la tâche de pairs-éducateurs et motiver les

jeunes à se protéger contre l'infection. En Haïti, l'Association pour la solidarité nationale, organisation de personnes atteintes du VIH/sida ou en subissant directement les effets, a organisé des réunions à l'intention des jeunes. Ceux-ci ont réagi positivement aux paroles du dirigeant séropositif du groupe, qui les a exhortés à ne pas avoir de rapports sexuels précoces et à rester fidèles à leur partenaire⁴⁹.

LA DÉLIVRANCE DE CONSEILS PAR LES PAIRS La délivrance de conseils par les pairs vise à répondre aux besoins d'ordre cognitif, affectif, social et relatifs au comportement qu'éprouvent des individus (et des groupes) semblables aux pairs-conseillers⁵⁰. La délivrance de conseils par les pairs est conçue pour prévenir et aborder les problèmes, faciliter un apprentissage et un comportement positif, et améliorer les chances de développement harmonieux des individus et des communautés.

Tandis que l'éducation par les pairs s'efforce d'offrir les connaissances et savoir-faire nécessaires aux membres du groupe cible pour qu'ils fassent des choix informés, la délivrance de conseils par les pairs obtient le même résultat en mettant de plus en cause les normes socioculturelles grâce au partage d'une expérience personnelle. Les pairs-conseillers ont donc besoin de savoir-faire et d'une formation complémentaires, et ils doivent assurer un suivi continu de leurs clients afin de tirer parti des rapports établis lors de la délivrance de conseils.

16

UN PAIR-CONSEILLER DE SOWETO DISSIPÉ LA CRAINTE ET LES MYTHES

Mmagokgoshi Morema, 23 ans, est un pair-éducateur bénévole dans un centre de jeunesse géré à Soweto par la Planification familiale d'Afrique du Sud. Ce centre dispose d'une « pièce de relaxation » où, après l'école, les jeunes peuvent écouter de la musique, lire des manuels ou parler à quelqu'un.

« Une adolescente peut venir pour obtenir des informations sur la sexualité ou ses relations personnelles. Elle se sent plus libre quand elle me parle plutôt qu'à une personne plus âgée », dit Morema. « Si elle va dans un dispensaire, on croit qu'elle couche à droite et à gauche ».

« Nous leur enseignons des styles de vie positifs, des choix informés, la nature des MST et nous leur apprenons que les drogues tuent. Mais nous ne choisissons pas pour eux. »

Une partie de son travail consiste à dissiper les idées erronées. « Beaucoup de filles croient que si elles utilisent la pilule, elles deviendront stériles ou auront de la cellulite. Quand elles réalisent qu'aucun dommage physique n'en résultera, elles l'utilisent.

« Certaines croient que si elles ont des rapports sexuels debout, elles ne seront pas enceintes. Ou bien si elles sautent, ou bien si elles gardent les doigts croisés. Elles ne comprennent pas ce qu'est

le cycle menstruel, ne savent pas qu'à certains jours du mois il est impossible de concevoir. Nous leur apprenons les parties dont se compose leur appareil génital et nous leur montrons des tableaux des organes masculins et féminins ».

Les parents aussi viennent au centre. Une mère croyait que nous enseignions aux enfants à avoir des rapports sexuels. « Je lui ai donné nos brochures et lui ai montré ce que nous leur disions réellement. Nous assurons les mères et les pères que si une jeune fille vient au dispensaire, cela ne signifie pas qu'elle a des rapports sexuels.

« Nous apprenons aux parents comment parler à un adolescent : il n'y a pas besoin de l'effrayer », dit Morema. « Si vous leur dites la vérité, ils vous comprendront mieux.

« La plupart des jeunes connaissent l'existence des IST, mais ne savent pas tout le mal qu'elles font. Quand ils l'apprennent, la plupart en subissent une forte impression. Je suis heureuse parce que maintenant ils savent ».

« Nous leur parlons d'ABC. De nombreux jeunes croient que le point capital est de s'abstenir; ils s'abstiennent. Certains réduisent le nombre de leurs partenaires. De nombreux jeunes viennent au dispensaire pour obtenir des préservatifs; ils ont peur de mourir. Nous leur montrons comment les utiliser ». D'autres répugnent à l'idée d'utiliser

des préservatifs. « 'On ne peut pas manger un bonbon tout enveloppé', disent certains. Mais ils contractent une MST et alors ils comprennent ».

Morema fait partie de l'initiative « Un million de voix » lancée par la Planification familiale d'Afrique du Sud, dont le but est d'atteindre trois millions de jeunes en l'espace de trois ans. « Nous négocions avec les chefs d'établissement scolaire pour être invités à parler aux étudiants. Les jeunes non scolarisés, nous les rencontrons dans des endroits comme les supermarchés et les clubs ».

La tâche est très prenante et l'horaire de travail, long. Pourquoi fait-elle cela? « J'ai un fils », explique-t-elle. « Je n'avais pas assez d'informations concernant la grossesse. Ma mère a cherché à m'effrayer : 'Les rapports sexuels, cela fait mal.' Je ne connaissais pas les droits des clients. Elle mettait ma chambre sens dessus dessous pour y trouver des contraceptifs. Il faut garder une carte pour aller à un dispensaire; j'avais peur qu'elle la trouve, si bien que j'avais peur d'y aller. À la place j'ai utilisé le calendrier de mon cycle menstruel; peut-être me suis-je trompée. J'avais 20 ans ».

« J'aime travailler avec les jeunes; c'est une passion. J'ai cru à ces mythes. Mon but est d'enlever les nuages noirs de devant leurs yeux. Vous pouvez le voir ».

DES PAIRS-CONSEILLERS AUX PHILIPPINES Aux Philippines, les pairs-conseillers jouent un rôle essentiel dans le programme de l'UNFPA qui vise à soutenir des projets promouvant une meilleure santé des jeunes en matière de reproduction et de sexualité⁵¹.

L'Université Sainte-Marie, en Nueva Vizcaya, montre comment une école catholique peut intégrer à son programme la santé des adolescents en matière de reproduction, malgré le caractère délicat des problèmes. Les pairs-conseillers sont faciles à atteindre dans leur coin habituel du campus, où leurs visiteurs trouvent de la documentation sur la santé en matière de reproduction.

Les pairs-conseillers de Manille ont organisé sur un campus le premier concours de poésie amoureuse. Les étudiants y ont participé avec enthousiasme, s'exprimant en toute franchise sur l'amour et la sexualité. À Davao City, plusieurs pairs-conseillers étaient eux-mêmes d'anciens bénéficiaires du projet de délivrance de conseils par les pairs. L'un d'entre eux, Belay, a quitté une bande de jeunes mêlée à des affaires de drogues et à des vols pour venir rejoindre le camp de jeunesse du centre. Il met désormais ses talents d'artiste au service du groupe théâtral de Kaugmaon.

Atteindre les jeunes non scolarisés

La plus difficile des tâches reste d'atteindre les adolescents non scolarisés. Certains programmes ont trouvé un moyen d'envoyer des pairs-éducateurs auprès de ce groupe cible. D'autres programmes prometteurs, patronnés par des organisations de jeunesse, combinent l'information avec des activités productrices de revenu et le lancement de microentreprises. Si l'on doit à ces groupes d'importants enseignements, de tels programmes sont généralement de faible ampleur et difficiles à étendre parce qu'ils ne disposent pas d'un réseau ou d'une structure préexistants.

Au Belize et au Pérou, les associations de planification familiale ont réussi à atteindre les jeunes non scolarisés par l'entremise d'un programme faisant appel à des pairs-conseillers et offrant théâtre et danse, et à une stratégie productrice de revenu, respectivement⁵².

En collaboration avec le Program for Appropriate Technology in Health, l'Association des scouts du Kenya a élaboré un programme d'acquisition des savoir-faire à la vie familiale, qui occupe 72 heures et couvre de nombreux domaines : prise de décisions, santé et hygiène, IST et VIH, sexualité, relations individuelles et santé en matière de reproduction⁵³. Les chefs des troupes scouts ont été formés à transmettre les enseignements et à intervenir auprès des parents pour améliorer la communication avec les jeunes, notamment concernant la sexualité. Une évaluation a montré qu'il était plus efficace d'agir sur un groupe non scolarisé homogène que de mêler ces jeunes à leurs compagnons d'âge scolarisés. En 1998, l'UNFPA a soutenu l'extension de ce programme à toutes les troupes scouts du pays sur une période de quatre ans.

Comme *Homies Unidos* (voir encadré), le programme Lifenet de Thaïlande a visé à édifier des réseaux de soutien et des savoir-faire relatifs à l'éducation par les pairs parmi les jeunes en situation dangereuse⁵⁴. Le programme a combiné diverses activités de jeunesse, s'est mis en rapport avec d'autres organisations qui aident les jeunes et a fait appel aux dirigeants locaux pour surmonter les attitudes négatives à l'égard des jeunes. Ce programme a également collaboré avec les gérants de bars et boîtes de nuit et offert des possibilités

17

COMMUNIQUER AVEC LES MEMBRES DE BANDES

En El Salvador, des membres de bandes à la recherche d'une vie meilleure, exempte de violence, ont fondé en 1996 *Homies Unidos*. À la suite de la guerre civile qui a ravagé le pays pendant 12 ans, de nombreux enfants ont été abandonnés à eux-mêmes et se sont agrégés à des bandes de jeunes sans domicile dans l'espoir d'y trouver un sentiment d'appartenance et d'identité. Les membres de ces bandes vivent dangereusement et meurent jeunes.

Les fondateurs d'*Homies Unidos* ont voulu chercher un remède tant à la violence qu'aux risques de santé auxquels leurs compagnons d'âge sont exposés. L'expérience leur a bientôt enseigné qu'ils devaient recruter des membres de bandes comme pairs-conseillers, tant pour attirer d'autres membres que pour communiquer avec eux en usant du vocabulaire approprié, en observant les codes de conduite qu'ils connaissent et en démontrant qu'eux-mêmes n'ignorent rien des modes de vie que leurs interlocuteurs ont choisis.

d'éducation dans les lieux de rencontre des jeunes. Des jeunes ayant participé à ce projet ont en fin de compte créé leur propre groupe, Cycle de vie, lancé un bulletin, ouvert une ligne téléphonique permanente (poste portable) et un centre où il n'est pas nécessaire de prendre rendez-vous à l'avance.

Les médias, les spectacles et les sports

Les médias peuvent servir à sensibiliser les décideurs, à modeler et encourager un comportement responsable et à faire connaître les services disponibles dans la communauté. Les programmes recourent à divers moyens pour communiquer les messages appropriés aux secteurs ciblés de la population. Les médias et les spectacles constituent souvent un moyen efficace d'atteindre les adolescents.

Sexto Sentido (Sixième sens) est au Nicaragua un « feuilleton télévisé de portée sociale » hebdomadaire qui aborde des problèmes aussi complexes que le viol, la sexualité, la consommation de drogues et la violence familiale. Produit par *Puntos de Encuentro*, ONG féminine du Nicaragua, *Sexto Sentido* est l'émission de télévision la plus appréciée dans son créneau horaire et communique à 80 % du groupe d'âge 13-17 ans ce message : Assumez le contrôle de votre propre vie⁵⁵. Un *talk show* radiodiffusé chaque soir et des animateurs de jeunesse dûment formés abordent aussi les problèmes dont traite le feuilleton.

Au Nicaragua encore, des organismes gouvernementaux et des ONG ont collaboré à la campagne *Juntos Decidimos Cuando* (« Nous décidons ensemble du moment »), qui vise les jeunes, sexuellement actifs ou non, et les jeunes parents. Des messages diffusés par la radiotélévision et la presse ont promu l'espacement des naissances, le début plus tardif des rapports sexuels et la prévention des grossesses non désirées et des IST. Des concours de chant, des représentations théâtrales sur la voie publique, des danses et concerts organisés par les communautés ont offert autant d'occasions aux organisations locales de santé de promouvoir l'information relative à la santé en matière de reproduction et l'offre de conseils y afférents. Des préservatifs ont été distribués dans les bars, les discothèques et les stations d'essence. La majorité des jeunes ont

entendu parler de la campagne et beaucoup ont déclaré qu'elle les avait décidés à prendre certaines décisions⁵⁶.

Au Zimbabwe, des programmes de radio, une ligne téléphonique ouverte en permanence, des représentations théâtrales, des documents imprimés (affiches, prospectus et un bulletin) et des pairs-éducateurs ont communiqué aux jeunes des informations sur la santé en matière de reproduction et les ont conduits à adopter des comportements moins risqués et à se rendre dans des centres que l'on a rendus accueillants à la jeunesse. Le programme a aussi créé des comités locaux d'action formés de jeunes et s'est ménagé un soutien parmi les parents, les enseignants et les chefs de communauté. Il a réussi à atteindre les jeunes de milieux urbain et rural, suscitant ainsi des conversations sur des sujets relatifs à la santé en matière de reproduction entre jeunes et parents, augmentant la fréquentation des dispensaires et le recours aux contraceptifs, et encourageant les jeunes sexuellement actifs à n'avoir qu'un seul partenaire⁵⁷.

Parmi les autres activités médiatiques couronnées de succès, il faut citer des émissions de radio ouvertes aux appels téléphoniques du public au Cambodge, au Kenya, au Paraguay et en Zambie; des journaux rédigés par les jeunes en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie; et des lignes téléphoniques ouvertes en permanence en Colombie, au Guatemala, en Inde, au Mexique, en Ouganda, au Pérou et aux Philippines⁵⁸. Ces formules garantissent la confidentialité et permettent d'atteindre de nombreux jeunes, y compris les analphabètes⁵⁹.

LA MUSIQUE ET LE THÉÂTRE Quand des musiciens connus de tous placent leur nom et leur talent derrière des messages portant sur la santé en matière de reproduction, les jeunes écoutent. *Artists against AIDS Worldwide*, par exemple, est un réseau de musiciens qui se consacrent à mobiliser des ressources pour combattre le sida⁶⁰.

En Ouganda, *Hits for Hope* a attiré à une série de concerts des publics de non moins de 15 000 jeunes, surtout de sexe masculin, et interprété une chanson qui a connu un immense succès sur les trois stations radio du pays⁶¹.

En Afrique de l'Ouest, un projet de planification familiale et de prévention du sida lancé en 1995 a fait connaître une chanson intitulée « Wake Up Africa! » (Réveille-toi, Afrique); d'après une évaluation conduite en 1999, la moitié du public de jeunes visé avait entendu cette chanson, et 20 % de ceux-ci ont déclaré avoir changé de comportement à la suite de la campagne, c'est-à-dire qu'ils se sont mis à utiliser des préservatifs ou se sont abstenus de rapports sexuels.

À Harare (Zimbabwe), les jeunes suivent « Studio 263 », feuilleton dramatique télévisé qui entre dans le cadre d'un programme de lutte contre le VIH/sida. Ce spectacle met en relief des problèmes auxquels les jeunes se heurtent et promeut l'abstinence, le soutien par les pairs et l'abandon des rapports sexuels précoces⁶².

En Jamaïque, un feuilleton radiodiffusé que patronne l'UNFPA a cherché à dégonfler des mythes, insisté sur la vulnérabilité des jeunes au VIH et sur les dangers de rapports sexuels sans lendemain, et promu l'utilisation des préservatifs et l'abstinence. Le projet a bénéficié en outre d'une ligne téléphonique ouverte en permanence et de l'action de pairs-éducateurs qui ont enseigné aux jeunes l'art de négocier l'utilisation des préservatifs⁶³.

Au Brésil, l'ONG *Criar Brasil* (Élever le Brésil) a lancé un programme radio destiné aux adolescents des quartiers pauvres des villes situées dans l'intérieur du pays. En 2001, le programme a été diffusé sur 1 100 stations radio⁶⁴.

En Jamaïque, *Ashe* (mot africain par lequel il faut entendre l'énergie interne et le sentiment de dignité individuelle) est une ONG qui s'efforce d'inspirer aux jeunes confiance en eux-mêmes pour qu'ils soient en mesure de faire les choix justes pour leur

18

« QUELLE EST VOTRE EXCUSE? » Le VIH/sida se répand plus vite en Europe orientale que partout ailleurs dans le monde. Mais les jeunes d'esprit ingénieux peuvent, comme de nombreux adultes, fournir toutes sortes de raisons pour ne pas se protéger au moyen d'un préservatif.

« Cela m'embarrasse », admet un jeune homme dans le vent à l'air durci.

« J'aime les rapports sexuels au naturel », dit un type vêtu de noir avec des tatouages tout le long du bras.

« Nous avons confiance l'un en l'autre », disent de jeunes amoureux étroitement enlacés. Une nouvelle campagne publicitaire patronnée par l'UNFPA et exécutée par Population Services International (PSI), organisation dont le siège est à Washington, vise à attaquer de front ces attitudes négatives.

La campagne a pour slogan : « Quelle est votre excuse? ». Et voici la réplique : « Il n'y a pas d'excuse. Utilisez des préservatifs ».

La campagne, qui vise le groupe d'âge 15-25 ans, recourt à divers moyens : insertions publicitaires, affiches, tee-shirts, messages télévisés et radio-diffusés, et emballage des préservatifs. Elle utilise des photographies sombres, à contour net, et de séduisants modèles. La campagne a été lancée lors d'une manifestation sportive et musicale tenue au lac Ada (à Belgrade) en avril, devant une centaine de milliers de jeunes, puis à Sofia (Bulgarie) en mai. Elle sera aussi menée en Bosnie-Herzégovine.

« Je fais ce que je veux, mais je sais ce que je fais », tel est le slogan d'une autre campagne patronnée par l'UNFPA et destinée à promouvoir un comportement moins dangereux parmi les jeunes Albanais.

Le souci prioritaire de l'UNFPA dans la région est de persuader les jeunes d'éviter tout comportement sexuel risqué. « En ce moment même, le créneau favorable est en train de se fermer en Europe orientale et le VIH y atteint les proportions d'une épidémie », déclare le Dr. Aleksandar

Bodiroza, spécialiste du VIH/sida et de la santé des adolescents en matière de reproduction, qui sert l'UNFPA. « En centrant notre effort sur les interventions visant à changer le comportement et en les conduisant à plus grande échelle, nous serons peut-être en mesure de sauver des centaines de milliers de jeunes vies ». Actuellement, les programmes de changement de comportement n'atteignent dans la région que 40 % des jeunes scolarisés et 3 % des jeunes non scolarisés.

Des campagnes publicitaires telles que « Quelle est votre excuse? » représentent une stratégie de changement de comportement. L'éducation par les pairs - qui consiste à faire en sorte que des jeunes formés et crédibles parlent à d'autres jeunes - en est une autre. Le troisième aspect de l'approche d'ensemble que l'UNFPA soutient pour prévenir la diffusion des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, consiste à garantir que des services de santé en matière de reproduction « accueillants aux jeunes » sont disponibles à tous.

propre compte. Elle a représenté « Vibes in a World of Sexuality » (Le courant passe dans un monde dominé par la sexualité), pièce qui traite de l'épanouissement individuel grâce à l'action des pairs-éducateurs dans l'île et à travers le monde⁶⁵. Cette représentation remet en question les tabous culturels qui interdisent aux jeunes de parler de sexualité.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION Les programmes informatiques interactifs et la séduction de l'Internet sur les jeunes offrent un moyen d'obtenir discrètement des informations et, en certains cas, de délivrer des conseils. Si cette technologie n'est pas encore largement disponible partout dans le monde en développement, son utilisation se répand dans de nombreux programmes consacrés à la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité.

Les filiales de la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF) dans la région de l'hémisphère occidental ont utilisé des cybercentres, des sites Web, des programmes interactifs multimédias sur CD-ROM et des services de conseils par courrier électronique. Au Chili, un CD-ROM traite essentiellement des rôles masculins et de la violence sexiste. En El Salvador, un cybercentre offre un accès peu coûteux à l'Internet. Au Guatemala, une technologie à base de *microchips* a servi à créer un programme d'adoption virtuelle de bébés qui enseigne quelle charge assument des parents⁶⁶.

Une évaluation des activités conduites au Chili, en El Salvador, au Guatemala et au Pérou a établi que ces technologies permettaient d'informer efficacement les jeunes de classe moyenne en milieu urbain de la santé en matière de reproduction et de sexualité, ainsi que de changer les attitudes concernant les rôles sexospécifiques, mais qu'elles avaient eu un moindre impact auprès d'autres groupes dont les besoins étaient plus grands en matière d'information et de conseils. Cette évaluation a aussi comporté la recommandation de faire participer les jeunes à la conception des activités⁶⁷.

En 2002, des jeunes femmes du monde entier ont participé à un débat en direct sur le VIH/sida et les droits de la personne, organisé par le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et par l'Association pour les droits des femmes (Association for Women's Rights); cet échange de vues a donné naissance à une brochure, « Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS »⁶⁸.

La Fédération internationale pour la planification familiale et le BBC World Service ont copatronné « Sexwise », site Web qui donne en 22 langues des informations sur la santé en matière de reproduction et de sexualité⁶⁹.

La Commission nationale des Pays-Bas pour la coopération internationale et le développement durable (NCDO) a mis en relation des étudiants de 15 ans scolarisés appartenant à plusieurs pays (Afrique du Sud, Argentine, Liban, Macédoine, Ouganda, Pays-Bas et Zambie) dans le cadre d'un programme sur l'Internet, d'une durée de sept semaines, consacré à examiner ce qu'ils savent du sida et à élaborer des réactions à la pandémie⁷⁰.

Les Avocats de la jeunesse (Advocates for Youth) et la FIPF ont un site Internet appelé « Youth Shakers », où les pairs-éducateurs du monde entier peuvent échanger des idées, signaler des activités nouvelles et améliorer leurs propres initiatives⁷¹.

19 LES JEUNES LUTTENT CONTRE LES IST DANS UN UNIVERS VIRTUEL

Une guerre intergalactique fait rage. Votre mission, en tant que membre de la Confédération Terre, est d'annihiler les créatures qui vivent sur Itesius, la planète des infections sexuellement transmissibles. L'ennemi sera exterminé seulement si vous répondez correctement à une série de questions sur la transmission et les symptômes des IST et du VIH/sida, et sur les moyens de les prévenir.

Il s'agit de Venerix, jeu informatique sur les IST et le VIH/sida, qui a obtenu un grand succès parmi les jeunes Roumains en l'espace de quelques mois seulement. L'auteur en est la Youth for Youth Foundation, créée en 1991 pour permettre aux jeunes d'adopter des modes de vie sains et un comportement responsable.

Reconnaissant que les jeunes Roumains passent beaucoup de temps à explorer l'Internet ou sur des jeux informatiques de stratégie ou de recherche, cette fondation a créé Venerix afin de compléter son programme scolaire d'éducation à la vie familiale, qui enseigne aux participants la manière de communiquer avec leurs compagnons d'âge, de prendre des décisions responsables et de savoir dire non, d'affronter la pression exercée sur eux, enfin d'utiliser des préservatifs et d'autres moyens de contraception.

Pour rendre le jeu accessible à un aussi grand nombre de jeunes que possible, la fondation l'a placé sur un site Web, www.venerix.ro, où il est facile de le télécharger. Elle a lancé simultanément une campagne intensive de promotion du jeu dans les écoles secondaires et les cafés Internet.

Le site est constamment amélioré pour en assurer le dynamisme et le caractère interactif. On y a ajouté un forum de débat, des jeux instantanés et un jeu de questions précises sur la santé en matière de reproduction et de sexualité. L'an dernier, le site a attiré environ 135 000 visiteurs.

LES SPORTS Les sports sont un important moyen d'atteindre les jeunes, surtout les jeunes hommes. En Afrique, des organisations sportives ont lancé en 1996 l'Initiative Caring Understanding Partners afin de promouvoir à l'aide d'événements sportifs la prévention des IST et du VIH/sida, la planification familiale et l'immunisation des enfants⁷². D'autres campagnes, dont « Break the Silence: Talk about AIDS » (Rompre le silence : parler du sida), lancée en 1999 au Kenya, et « Play for Life » (Jouer pour la vie), lancée en 2002 au Burkina Faso, au Ghana, au Mali et au Nigéria, ont réussi à communiquer aux jeunes hommes des messages propres à sauver des vies. Des champions sportifs, comme la vedette de football Ronaldo au Brésil et le joueur de basket-ball Magic Johnson aux États-Unis, ont contribué dans une large mesure à faire parvenir aux jeunes des messages relatifs au VIH/sida.



5 : Répondre aux besoins sur le plan des services de santé en matière de reproduction

La fréquence des grossesses d'adolescentes, avec les risques qui en sont inséparables, constitue une sérieuse préoccupation de santé publique, en même temps qu'elle contribue à une croissance démographique rapide en de nombreux pays. En outre, les jeunes affrontent des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles et de VIH/sida. Cela souligne la nécessité d'élargir leur accès à des services de santé en matière de reproduction et de sexualité qui soient accueillants aux jeunes. Ces services doivent être fournis dans un esprit soucieux d'égalité des sexes et ouvert aux jeunes, en tant qu'élément d'activités coordonnées de développement.

Les jeunes sont souvent découragés d'avoir recours aux services de santé en matière de reproduction sous l'effet de la désapprobation des prestataires et de la communauté, ainsi que de l'incertitude et de l'ignorance où ils se trouvent. Pour faire face à cet état de choses, il faut intervenir de plusieurs manières : améliorer le climat; faciliter le soutien des communautés; répondre aux besoins qu'ont les adolescents d'informations et de savoir-faire; et mettre en place des services sensibilisés à ce groupe d'âge.

Il est extrêmement difficile de concevoir des programmes qui puissent répondre à tous ces impératifs, soient financièrement viables à long terme et reproductibles à plus grande échelle. Le succès suppose une impulsion du gouvernement et une exécution bien conduite, des politiques et lois favorables, et une utilisation efficace des réseaux existants de centres de santé publique, d'écoles et autres organisations communautaires afin d'atteindre la majorité des jeunes.

La grossesse précoce

La grossesse est une cause majeure de décès pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans dans le monde entier, les complications de l'accouchement et des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses étant ici le principal facteur¹. Pour des raisons tant physiologiques que sociales, les femmes de ce groupe d'âge sont deux fois plus exposées à mourir durant l'accouchement que les femmes un peu plus âgées. Les filles de moins de 15 ans sont cinq fois plus exposées à mourir que les femmes âgées de 20 à 30 ans².

Les filles qui n'ont pas encore atteint leur plein développement physique souffrent de difficultés durant les rapports sexuels, la grossesse et l'accouchement. Les jeunes femmes qui donnent nais-

sance pour la première fois connaissent très souvent un accouchement prolongé. En Éthiopie, une étude a établi que l'accouchement prolongé était responsable de 46 % des décès maternels³.

Au niveau mondial, environ 14 millions de femmes et de filles âgées de 15 à 19 ans – tant mariées que célibataires – donnent naissance chaque année⁴. Les femmes qui commencent à avoir des enfants dès l'adolescence ont souvent un plus grand nombre d'enfants, et des naissances plus rapprochées, que celles qui commencent plus tard⁵.

Au Bangladesh, plus de la moitié des femmes ont leur premier enfant à 19 ans au plus tard⁶. Dans d'autres pays en développement, entre le quart et la moitié de toutes les jeunes femmes

donnent naissance avant d'atteindre 18 ans⁷.

Les pays africains ont les plus hauts niveaux de fécondité chez les adolescentes, et aussi les taux de fécondité les plus variables par comparaison avec les autres régions⁸.

En Asie de l'Est, l'âge aujourd'hui plus tardif du mariage et la faible incidence de l'activité sexuelle avant le mariage se sont traduits par de faibles taux de grossesse chez les adolescentes⁹.

L'AVORTEMENT PRATIQUÉ DANS DES CONDITIONS DANGEREUSES Les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans représentent un quart au moins des quelque 20 millions d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses chaque

année, qui sont à l'origine d'environ 78 000 décès¹⁰. Les adolescentes ont recours beaucoup plus que les femmes de tout autre groupe d'âge à l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses parce que les procédures de l'avortement médical pratiqué avec compétence sont coûteuses et souvent difficilement accessibles, et aussi parce qu'elles ont plus de grossesses non désirées que les femmes plus âgées¹¹.

LA FISTULE OBSTÉTRICALE Pour chaque femme qui meurt durant l'accouchement, environ 15 à 30 survivent mais souffrent d'infirmités chroniques, dont la plus ruineuse est la fistule obstétricale. La fistule est une lésion du vagin qui rend une femme incapable de contrôler l'écoulement de l'urine et/ou des excréments. Les jeunes femmes de moins de 20 ans sont particulièrement exposées à l'apparition d'une fistule si elles ne peuvent obtenir une césarienne durant un accouchement prolongé. La prévalence en est la plus élevée dans les communautés pauvres d'Afrique et d'Asie. Les gros-

La création de services accueillants aux jeunes est une urgente priorité.

esses précoces, la pauvreté, la malnutrition, le manque d'éducation et un accès limité aux soins obstétricaux d'urgence en sont autant de causes. D'après les évaluations, trois à quatre femmes sont atteintes d'une fistule pour 1 000 naissances vivantes dans les secteurs où les taux de mortalité maternelle sont élevés¹².

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Partout dans le monde, beaucoup de jeunes sexuellement actifs qui souhaitent éviter la grossesse n'utilisent pas de méthodes modernes de contraception, en raison notamment du manque d'accès aux services ou de la désapprobation des prestataires de santé. Ce « besoin non satisfait » de services de planification familiale se manifeste souvent de façon indirecte, surtout pour les adolescents non mariés, ce qui rend difficile de le quantifier.

Dans les enquêtes sur les attitudes et la pratique concernant la santé en matière de reproduction, les personnes dont le besoin de planification familiale n'est pas satisfait sont les femmes et les hommes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants ou vouloir reporter la prochaine naissance à plus de deux ans, mais qui ne pratiquent pas la contraception. Ceux qui ne veulent plus d'enfants ont un besoin non satisfait de « limitation » ; ceux qui veulent retarder la prochaine naissance ont un besoin non satisfait d'« espacement »¹³.

Une fraction notable de ce besoin non satisfait est révélée par les taux élevés d'avortements chez les jeunes femmes, tels que signalés dans les enquêtes ou déduits des hospitalisations faisant suite à un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses, aussi bien que par le chiffre estimatif des grossesses hors mariage et par les déclarations de jeunes femmes dont le premier ou le second enfant est né avant la date souhaitée.

Parmi les jeunes, le besoin non satisfait porte surtout sur l'espacement des naissances et la prévention du VIH. Dans la plupart des sociétés, une première grossesse est attendue après le mariage et c'est presque toujours ce qui se passe; du reste, la plupart des jeunes mariés veulent commencer à avoir des enfants peu après leur mariage.

Les enquêtes démographiques et sanitaires conduites dans 45 pays au cours des cinq dernières années font apparaître la proportion de jeunes qui recourent à la planification familiale et le niveau des besoins non satisfaits¹⁴ (Voir Figure 4.) Les enquêtes menées en Afrique subsaharienne, en Asie centrale et en Amérique latine portent souvent sur toutes les femmes âgées de 15 à 19 ans. Dans d'autres régions, presque tous les pays ont conduit des enquêtes qui portent exclusivement sur les femmes mariées ou l'ayant été à un moment quelconque de leur vie. Les résultats ne sont donc pas strictement comparables, mais il en ressort de toute évidence que les besoins non satisfaits sont considérables.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, 35 % en moyenne des adolescents de plus de 15 ans sexuellement actifs recourent à la planification familiale, contre moins d'un cinquième en Afrique subsaharienne¹⁵. Comme on peut s'y attendre, aussi bien la demande que l'utilisation des méthodes d'espacement des naissances dépassent de loin celles des méthodes de limitation des naissances.

La proportion de la demande totale (c.à.d., besoins non satisfaits + utilisation) varie sensiblement, allant de 71 % en Asie centrale à moins d'un tiers en Afrique subsaharienne, tandis que dans les autres régions elle se situe entre 45 % et 55 %¹⁶.

Les données de 94 enquêtes portant sur 69 pays et menées au cours de la dernière décennie indiquent qu'en moyenne les besoins non satisfaits des jeunes en matière d'espacement des naissances sont 2,3 fois plus considérables que ceux de la population adulte dans son ensemble. À mesure que les besoins non satisfaits globaux diminuent, l'écart s'élargit encore. Les besoins des jeunes sont les derniers à être satisfaits.

En Afrique subsaharienne, 35,7 % des adolescentes en moyenne veulent retarder leur prochaine naissance; dans quelques pays, c'est le cas de plus de la moitié¹⁷. La moyenne régionale n'est que de 30 % quant à la satisfaction du souhait d'espacer les naissances.

En Afrique du Nord, en Asie occidentale et en Europe, environ la moitié de la demande portant sur l'espacement des naissances et plus de 55 % de la demande d'ensemble sont satisfaits¹⁸. En Asie cen-

20 FISTULES ET GROSSESSE PRÉCOCE

Des millions de jeunes femmes deviennent enceintes chaque année avant que leur corps n'ait atteint sa pleine maturité, ce qui accroît le risque de complications durant l'accouchement. La fistule obstétricale est la pire infirmité qui puisse frapper une jeune femme ayant survécu à un accouchement difficile.

Durant un accouchement prolongé, la pression de la tête du bébé sur le bassin de la mère interrompt l'afflux du sang dans les tissus tendres qui entourent la vessie, le rectum et le vagin. Le tissu endommagé se décompose, laissant place à un trou, qui est la fistule. Généralement, le bébé meurt et la femme souffre d'une incontinence chronique et humiliante. Elle peut aussi souffrir de fréquentes infections de la vessie, d'une ulcération de la zone génitale et avoir les nerfs des jambes atteints.

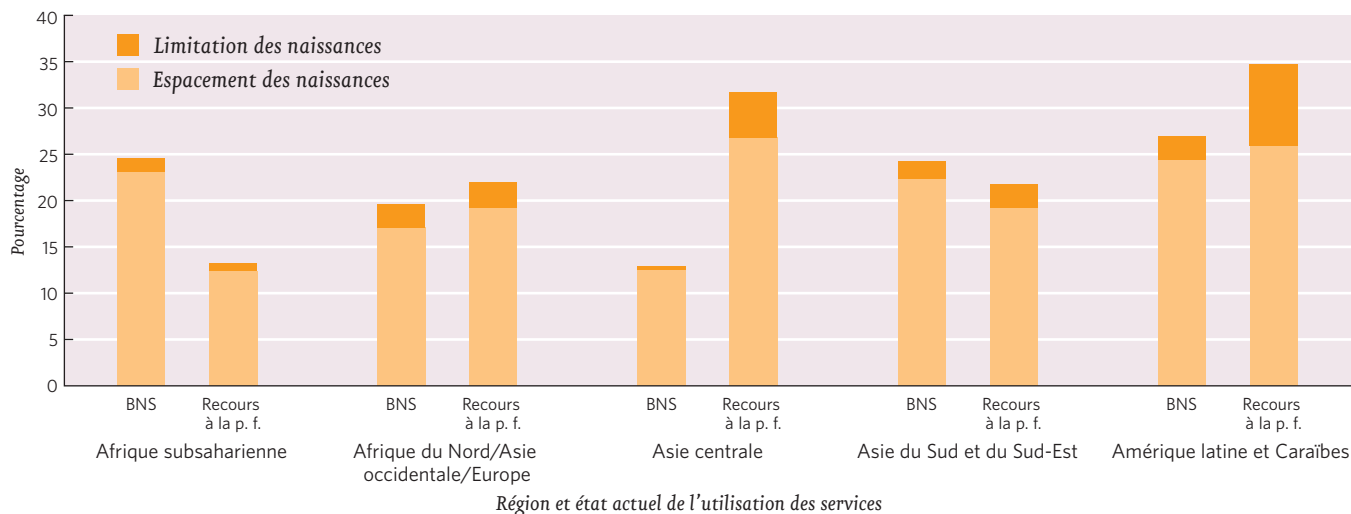
Sa vie est pratiquement détruite. Loin d'être consolée pour la perte de son enfant, elle est souvent rejetée par son mari, évitée par sa communauté et blâmée de son état. Si certaines femmes trouvent un appui auprès de leur famille, d'autres sont contraintes de mendier pour survivre. L'intervention chirurgicale a un taux de réussite allant jusqu'à 90 % et les femmes peuvent généralement avoir d'autres enfants. Par malheur, la plupart des femmes pauvres ou bien ignorent qu'elles peuvent être opérées, ou bien n'ont pas accès à l'opération, parfois faute de ressources.

Jusqu'à présent, on évaluait à 2 millions le nombre total de femmes atteintes d'une fistule. Mais un nouveau rapport de l'UNFPA et d'EngenderHealth indique que ce chiffre est inférieur à la réalité. Le rapport dresse la carte de la

prévalence de la fistule dans neuf pays africains et précise qu'au Nigéria seulement, le nombre des femmes atteintes d'une fistule pourrait atteindre un million.

L'UNFPA s'efforce avec ses partenaires de prévenir et traiter la fistule en Afrique et en Asie. Au Tchad, par exemple, 150 femmes ont subi l'opération de la fistule grâce au soutien de l'UNFPA. La fistule était autrefois courante dans le monde entier, mais fut éliminée d'Europe et d'Amérique du Nord grâce à l'amélioration des soins obstétricaux. La fistule obstétricale est pratiquement inconnue là où le mariage précoce est découragé, où les jeunes femmes apprennent à connaître leur corps et où des soins médicaux qualifiés – y compris les aiguillages d'urgence – sont fournis lors de l'accouchement.

Diagramme 5 : Besoins non satisfaits (BNS) et recours à la planification familiale dans le groupe d'âge 15-19 ans, par région



trale, plus des deux tiers de la demande sont satisfaits, mais un huitième des adolescentes de plus de 15 ans exprime encore un besoin non satisfait d'espacer les naissances. Les quelques pays d'Asie du Sud et du Sud-Est étudiés satisfont à moins de la moitié de la demande totale de planification familiale parmi les adolescents, mais à plus de la moitié des besoins d'espacement des naissances.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, région où la demande de planification familiale est la plus forte – plus des deux tiers des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans veulent limiter leur fécondité ou espacer les naissances –, la demande non satisfaite d'espacement pour le groupe d'âge 15-19 ans dépasse 24 %. Plus de la moitié de la demande totale est satisfaite, près de 60 % non compris Haïti, qui est le pays le moins avancé de la région.

Les écarts entre régions et entre pays s'agissant de répondre aux demandes de planification familiale sont à l'image des différences entre niveaux et types de demandes, rapports entre époux, capacité institutionnelle et volonté politique de répondre aux besoins des jeunes.

Les services de santé « accueillants aux jeunes »

Depuis la CIPD, en 1994, on a assisté à un redoublement des efforts faits pour fournir aux jeunes des services appropriés dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Ces nouvelles initiatives ont été lancées en face de signes manifestes que les jeunes se sentent souvent mal accueillis dans les dispensaires traditionnels de planification familiale et de santé en matière de reproduction, en même temps que s'affirmait une prise de conscience accrue des besoins et des droits spéciaux des jeunes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité.

La prestation de services aux jeunes se heurte à de nombreux obstacles : contraintes juridiques et administratives liées à l'âge et à la situation de famille; crainte d'être vu, en raison de l'absence de confidentialité; crainte d'être traité sans indulgence; horaires et emplacements incommodes des centres; et coûts élevés. En outre, de nombreux jeunes ne comprennent pas bien la nature de leurs pro-

pres besoins, sont très mal informés des services disponibles, ou détournés de fréquenter les centres par la honte et l'embaras¹⁹.

Pour surmonter ces obstacles, divers programmes modèles sont mis en oeuvre afin d'offrir des « services accueillants aux jeunes » sur la base d'indices montrant ce que veulent les jeunes (voir encadré 21). Ces modèles varient de région à région.

La plupart des pays possèdent déjà un réseau de centres de santé qui peuvent être adaptés pour répondre aux besoins des adolescents, notamment aux besoins de traitement que les dispensaires pourvus d'un équipement et d'un personnel adéquats sont les mieux placés pour offrir. En outre, d'autres approches prometteuses ont été mises à l'essai depuis la CIPD. Il s'agit notamment des activités de pairs à l'extérieur, des ventes subventionnées de préservatifs en des points non traditionnels (par exemple, kiosques, arrêts d'autobus, discothèques et stations d'essence), des dispensaires mobiles et des programmes exécutés dans les écoles et sur les lieux de travail.

Pour la plus grande part, de telles activités n'ont été organisées dans les pays en développement qu'à petite échelle. Les initiatives plus vastes prises dans les pays développés ont montré que les jeunes recourent aux services qui répondent à leurs besoins – à condition qu'un soutien communautaire permette de les installer et utiliser. De nouveaux outils d'évaluation ont été élaborés pour déterminer quels ajustements pourraient rendre les dispensaires plus accueillants aux jeunes, en même temps que des programmes visant à instruire le personnel des besoins spéciaux des adolescents, l'accent étant mis sur une communication efficace et une manière de conseiller accueillante aux jeunes.

Les services accueillants aux jeunes ne pourront être utilisés avec succès que s'ils bénéficient du soutien de la communauté. Les activités de plaidoyer et les efforts visant à faire participer les communautés sont donc essentiels, surtout dans les sociétés les plus conservatrices.

L'un des besoins les plus élémentaires est de mieux évaluer ce que les programmes ont réalisé. Il y a peu de bonnes évaluations

2I CE QUI REND LES SERVICES DE SANTÉ ACCUEILLANTS AUX JEUNES

Prestataires de services :

- Personnel doté d'une formation spéciale.
- Respect pour les jeunes.
- Respect de la vie privée et confidentialité.
- Temps suffisant réservé à l'interaction entre clients et prestataires.
- Présence de pairs-conseillers.

Centres de santé :

- Locaux distincts ou horaires spéciaux réservés aux jeunes.
- Horaires et emplacement commodes.
- Espace approprié et respect suffisant de la vie privée.
- Environnement confortable.

Conception des programmes :

- Les jeunes participent à la conception des programmes, à la prestation des services et à une rétroaction permanente.
- Les clients venus à l'improviste sont bien accueillis et les rendez-vous sont rapidement fixés.
- Absence d'encombrement et courte attente.
- Redevances de montant abordable.
- Publicité et recrutement de nature à informer et rassurer les jeunes.
- Garçons et jeunes hommes sont bien accueillis et servis.
- Large éventail de services disponibles.
- Les aiguillages nécessaires sont proposés.

Autres caractéristiques éventuelles :

- Matériel éducatif disponible sur place, à emporter.
- Débats de groupe possibles.
- Examen du bassin et détermination du groupe sanguin possibles.
- Autres moyens possibles d'accéder à l'information, aux conseils et aux services.

des projets qui fournissent des services accueillants à la jeunesse, et la plupart de celles-ci ont été conduites sur de très courtes périodes d'exécution. Or les bons programmes prennent du temps – en particulier parce que leur réussite dépend de prestataires formés et sensibilisés qui doivent s'adapter aux besoins d'une génération nouvelle.

ÉCARTER LES OBSTACLES JURIDIQUES La loi nationale de la jeunesse adoptée par le Venezuela en 2002 garantit aux jeunes le droit aux soins de santé, à l'information et à l'éducation concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité, la procréation responsable et volontaire sans risques et l'accès aux services de santé pour les infections sexuellement transmissibles²⁰. En 2002 également, le Costa Rica et le Panama ont amendé leurs lois de

manière à renforcer le droit des adolescentes mères aux soins, à l'information et à l'orientation²¹.

La constitution sud-africaine postérieure à l'apartheid, de 1996, affirme les droits de tous à la liberté de choix et aux soins de santé en matière de reproduction. La loi sud-africaine prévoit que toute personne âgée de 14 ans au moins a le droit de recevoir des moyens de contraception²².

En 2002, l'Argentine a élaboré un Programme national de santé sexuelle et de procréation responsable afin de promouvoir la santé sexuelle des adolescents et la prévention des grossesses non désirées et des IST, dont le VIH/sida, en assurant l'accès à l'information et aux services²³. En 2000, l'Inde a approuvé une politique de la population qui comporte des dispositions concernant l'éducation à la sexualité et les services pour adolescents²⁴.

Pour aplanir les obstacles que rencontrent les jeunes qui s'efforcent de concilier leurs études et leur rôle de parent, le Chili en 2000 et le Portugal en 2001 ont adopté une législation qui assure le droit des jeunes parents à l'éducation et garantit une souplesse accrue dans le cadre des établissements d'enseignement, afin de leur permettre de faire face aux exigences compétitives de leur condition d'étudiant et de parent²⁵.

Les réalisations des programmes

Dans plusieurs pays, les associations de planification familiale ont donné l'exemple des services accueillants aux jeunes. La Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF) a montré la voie s'agissant de promouvoir la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité. En Amérique latine, des centres de jeunesse ont été créés, qui offrent simultanément information, conseils et services relatifs à la santé en matière de reproduction et, d'autre part, des occasions de loisirs, de formation professionnelle et autres occupations. Les centres de jeunesse affrontent certaines graves difficultés, y compris leur viabilité financière à long terme et l'ampleur de leur couverture²⁶. Des activités menées plus tardivement en Afrique ont donné les mêmes résultats²⁷.

De nombreuses activités d'ONG s'avèrent plus prometteuses, bien qu'elles n'aient donné lieu à aucune évaluation rigoureuse. Aux environs de Lagos (Nigéria), Action Health International attire visiblement un nombre important de jeunes des deux sexes en offrant une éducation et des services relatifs à la santé en matière de reproduction, l'aptitude à planifier sa propre vie, des activités récréatives spéciales et une revue trimestrielle²⁸. En Haïti, l'ONG FOSREF (*Fondation de la santé reproductive et l'éducation familiale*) propose un large éventail de services, des programmes d'éducation à la vie familiale, l'appartenance à différents clubs et des jeux-concours. Elle attire un large public et nombreux sont ceux qui acceptent des contraceptifs²⁹.

En Équateur, un réseau national de dispensaires de santé et de planification familiale géré par *El Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar* a élargi ses services afin de mieux répondre aux besoins des adolescents. Par exemple, les heures d'ouverture des dispensaires et le montant des redevances demandées aux adolescents ont été modifiés. Les jeunes ont participé à chaque étape de cette activité³⁰.

L'Association jamaïcaine de planification familiale s'efforce actuellement d'améliorer l'accès des jeunes ruraux à l'information et aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité, adaptant ses activités de manière à répondre aux besoins discernés par les parents, les programmes locaux de jeunesse et les adolescents eux-mêmes. Ses programmes de jeunesse sont axés sur l'éducation et la délivrance de conseils, tout en fournissant aussi des contraceptifs, le diagnostic et le traitement des IST, en même temps que des soins gynécologiques. Un centre de ressources pour les jeunes offre des programmes d'éducation, des conseils dispensés aux individus comme aux groupes, et des activités sociales et culturelles³¹.

En Zambie, les administrateurs sanitaires de district, avec l'appui d'une ONG internationale, s'efforcent d'améliorer les services de santé en matière de reproduction à l'intention des adolescents et des jeunes de milieu urbain dans les dispensaires de la capitale, Lusaka. Avant de lancer le projet, une évaluation a été menée en vue d'identifier les besoins des adolescents et d'améliorer la prise de conscience au niveau communautaire. Les parents, les prestataires de services, les comités de santé communautaires et les adolescents ont tous participé³².

La plupart des associations de planification familiale en Amérique latine, de même qu'un nombre croissant en Afrique et ailleurs, fournissent des services accueillants aux jeunes dans les dispensaires ou au moyen d'activités externes conduites par les pairs-éducateurs. Au Burkina Faso, par exemple, « Les jeunes pour les jeunes » soutient les pairs-éducateurs et les distributeurs de contraceptifs, les entretiens-conseils, divers services de santé en matière de reproduction et certaines activités de loisirs. Les statistiques montrent que 82 % de ceux qui visitent le site du projet recherchent effectivement des services cliniques ou des conseils et que 77 % sont des jeunes femmes (la majorité de ceux qui fréquentent les autres centres de jeunesse sont généralement de sexe masculin)³³.

Quand on veut fournir des services distincts aux jeunes, le coût et la durabilité sont les problèmes clefs. Profamilia, association colombienne de planification familiale qui depuis longtemps montre la voie s'agissant de fournir aux jeunes des soins de santé en matière de reproduction et de sexualité, a intégré les services destinés aux jeunes dans 13 dispensaires pour adultes situés dans des villes d'importance moyenne et des petites villes à travers toute la Colombie. Plutôt que d'investir dans une infrastructure et un personnel nouveaux, on a utilisé l'espace, les matériaux et le personnel existants. L'ensemble du personnel a reçu une formation spécialisée. Une campagne de plaidoyer a été conduite parmi les institutions communautaires et gouvernementales. Le nombre d'adolescents qui se rendent dans les dispensaires participants a augmenté de 37 % au cours des six premiers mois et les tests de grossesse subis par des adolescentes, de 64 %³⁴.

Des postes sanitaires publics de différents niveaux ont commenté à planifier l'extension des services accueillants aux jeunes dans les établissements de santé publique.

En Fédération de Russie, un projet exécuté avec l'appui de l'UNFPA a prêté assistance à des centres pour jeunes situés dans six villes et encouragé une attitude positive parmi la population concernant l'accès des adolescents à l'information relative à la

22

RÉPONDRE AUX BESOINS DES JEUNES FEMMES MARIÉES

De nombreuses adolescentes sont mariées. Le mariage précoce s'accompagne très généralement de vigoureuses pressions, imposées par la culture, qui les incitent à porter des enfants dès que possible. Alors qu'ils affrontent de telles normes sociales aussi bien que divers obstacles pour atteindre les jeunes femmes, les planificateurs de programmes ont beaucoup de mal à tenter de différer la naissance du premier ou du second enfant.

Au Bangladesh, un programme a promu avec succès auprès de ce groupe cible la bonne santé en matière de reproduction. Pathfinder International travaille depuis plus de 10 ans avec des ONG à atteindre les jeunes couples avant qu'ils ne commencent à avoir des enfants. Dans ce programme, tous les couples mariés de fraîche date sont inscrits et reçoivent la visite d'un agent local, qui se met en rapport étroit avec le couple et ses parents tout en fournissant des informations et, le cas échéant, des services et des adresses. Grâce à cette politique, le taux d'utilisation des contraceptifs parmi les adolescents mariés depuis peu est passé dans les zones ciblées de 19 % en 1993 à 39 % en 1997.

santé en matière de reproduction. Les jeunes ont participé à la conception de ces centres, ce qui garantit qu'ils accueilleront de nombreux visiteurs. Parmi les facteurs positifs, il faut citer la présence d'un personnel apte à établir une communication efficace, la délivrance de conseils individuels et collectifs, la réduction des délais d'attente, la gratuité des moyens contraceptifs, et la mise en rapport avec les prestataires d'autres services sociaux. Les activités de plaidoyer auprès des enseignants et des parents ont constitué un facteur favorable décisif³⁵.

En Jamaïque, un projet appelé « Youth.now » (Les jeunes maintenant) s'efforce de mettre en oeuvre les politiques et directives nationales, d'améliorer les connaissances et savoir-faire relatifs à la santé en matière de reproduction, de changer les attitudes et les normes, enfin d'améliorer l'accès à des services de qualité. Il offre une formation dans des écoles de personnel infirmier et de sages-femmes et a ouvert des dispensaires autonomes ou reliés aux établissements scolaires dans l'ensemble des secteurs privé et public³⁶.

LES PRESTATAIRES DE SANTÉ PRIVÉS Certains programmes ont tiré parti de la préférence des jeunes, quand ils en ont les moyens, pour les services de santé privés, qui leur offrent davantage sur le plan de la confidentialité et du respect de la vie privée³⁷. On citera, à titre d'exemples, un programme de coupons au Kenya et au Zimbabwe³⁸, ou bien le recours à des sages-femmes du secteur privé pour la prestation de services accueillants aux jeunes en Zambie³⁹. Cette approche pourrait être plus viable qu'on ne l'avait d'abord pensé, à la lumière des constatations récemment faites que les jeunes femmes sont tout aussi prêtes que les femmes plus âgées à payer un prix plus élevé en échange de services, si ceux-ci sont confidentiels et si les clients sont traités avec respect et sans porter atteinte à leur dignité⁴⁰.



6 : Programmes d'ensemble pour adolescents

Depuis la CIPD, des partenariats d'esprit novateur ont commencé dans plusieurs pays à mettre en place des programmes d'ensemble qui combinent la communication pour un changement de comportement avec la fourniture de services accueillants aux jeunes et les activités de plaidoyer en faveur d'un changement de politique. Ces activités multisectorielles se sont appuyées sur les importants travaux antérieurs d'associations de planification familiale et autres mouvements. Ces programmes n'en sont encore qu'à leur début, mais leurs expériences sont en cours d'évaluation et de mise en commun.

De nombreux succès ont été enregistrés dans les partenariats avec les adolescents, leurs familles et leurs communautés en vue de favoriser leur développement, leur participation sociale et de répondre à leurs besoins de santé en matière de reproduction et de sexualité. La formulation de programmes intégrés et complets d'acquisition de savoir-faire nécessaires à la vie par un plus grand nombre d'adolescents se situe au coeur d'une « deuxième génération » des activités de programme¹.

Les programmes de la deuxième génération sont fondés sur les faits, prennent en considération la diversité des adolescents, sélectionnent des stratégies qui tiennent compte des expériences différenciées de chacun des deux sexes, et reposent sur les droits fondamentaux et les principes qui régissent la participation des jeunes. Ils font intervenir des secteurs autres que le secteur sanitaire pour faciliter le passage des adolescents à l'âge adulte et leur acquisition de connaissances et savoir-faire, ainsi que l'ouverture de perspectives d'avenir. Ils mettent en relief l'importance des points suivants : prise de décisions responsable, relations positives avec les pairs et des conseillers expérimentés, pouvoir accru, et aptitudes à la négociation.

On trouvera ci-après quelques exemples de projets basés sur les principes de la deuxième génération :

Un projet pour adolescentes

En 1999, la Fondation des Nations Unies a approuvé une initiative portant sur plusieurs pays et avancée par l'UNICEF et l'UNFPA (avec la participation ultérieure de l'OMS) qui vise à satisfaire aux besoins de développement et aux droits de participation des adolescents, notamment des filles.

Treize pays sont concernés par cette approche globale et intégrée : Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Chine, Fédération de Russie, Jordanie, Malawi, Mali, Mauritanie, Mongolie, Sao-Tomé-et-Principe, Sénégal et Territoire palestinien occupé. Dans la plupart des ces pays, les trois institutions interviennent dans une

programmation commune pour adolescents (l'UNFPA n'a pas part à ce programme en Chine ni à Sao Tomé-et-Principe).

La plupart des pays reconnaissent maintenant qu'investir dans les femmes et les filles et les rendre autonomes est l'un des moyens les plus rentables et efficaces de faire progresser l'Agenda pour le développement. Bien que les activités spécifiques varient d'un pays à l'autre, toutes ces initiatives s'efforcent d'atteindre certains objectifs communs de manière à garantir que les adolescentes aient les mêmes droits et possibilités que les garçons.

Ce programme interinstitutions se propose de mobiliser les moyens fondamentaux ci-après :

- Créer un environnement propice à prolonger la scolarisation des filles jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire; ou, tout au moins, faire en sorte qu'elles sachent lire et écrire.
- Veiller à répondre aux besoins particuliers des adolescents sur le plan de la santé en matière de reproduction et à fournir des services accueillants aux jeunes.
- Travailler avec les communautés, y compris les chefs politiques et religieux locaux, à faire mieux prendre conscience par tous des problèmes de santé en matière de reproduction et de sexualité qui touchent les adolescents.
- Doter les adolescentes des savoir-faire nécessaires à la vie et les conseiller pour qu'elles aient conscience de leurs droits et qu'elles connaissent les services disponibles.
- Mettre en place une formation professionnelle et des programmes producteurs de revenu à l'intention des adolescentes de manière à élever leur condition sociale, élargir leur indépendance et leur offrir davantage de perspectives.
- Mobiliser le soutien des décideurs de tout niveau aux programmes visant à améliorer la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité.
- Contribuer à un développement équitable et viable en renforçant la capacité des gouvernements de faire participer les filles à la vie sociale, économique et politique de leur pays.

Ces activités collectives contribuent aussi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en promouvant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles (Objectif 3), en améliorant la santé maternelle et le bien-être des mères (Objectif 5) et en prévenant la diffusion du VIH/sida (Objectif 6).

Voici quelques exemples de réalisations sur le terrain :

SÉNÉGAL : Environ 10 000 filles et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, qui viennent des familles pauvres et défavorisées de Dakar et Thiès, sont les bénéficiaires immédiates du projet intitulé « Promouvoir l'autonomisation des adolescentes au Sénégal ». Grâce aux liens étroits établis avec les communautés et les ONG, les filles reçoivent une éducation approfondie, l'accent portant sur l'égalité des sexes et les droits fondamentaux. Le point le plus important est peut-être que dans le cadre de la mise à disposition des filles de moyens de subvenir à leurs besoins et d'activités productrices de revenu, elles ont maintenant accès à une information et à des services accueillants aux jeunes sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité.

BÉNIN : Quelque 300 adolescents et jeunes, âgés de 15 à 24 ans, sont actuellement formés aux communications au Centre multimédias de Cotonou. Ils reçoivent une formation professionnelle approfondie à tous les aspects de la radio, de la diffusion et de la production des émissions radio, de l'informatique graphique, de la conception et de la création des sites Web, de la photographie, de la vidéographie, de la rédaction et de la publication des revues et journaux. C'est l'unique centre de ce genre en Afrique occidentale francophone.

MONGOLIE : Plus de 150 000 adolescents des deux sexes lisent la revue trimestrielle *Love*, produite par une équipe d'adolescentes d'Oulan Bator. C'est de loin la publication pour adolescents qui a le plus de succès dans le pays. Sa production est supervisée aux termes d'un contrat avec le Margaret Sanger Center, l'un des agents d'exécution du projet. Un programme d'éducation à distance a été mis en oeuvre en coopération avec l'UNESCO, et huit dispensaires de santé en matière de reproduction accueillants aux adolescents sont en cours d'établissement à travers l'ensemble du pays.

TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPÉ : Le projet « Améliorer la vie des adolescents dans la société palestinienne » a mobilisé les communautés locales concernant les besoins des adolescents, surtout des filles, sur le plan de la santé en matière de reproduction. Il a comporté une étroite collaboration avec les médias locaux. Le projet s'efforce aussi de veiller à ce que les adolescents aient accès dans les écoles à des services de santé en matière de reproduction et à des conseils appropriés.

L'Alliance pour la jeunesse africaine

L'Alliance pour la jeunesse africaine (AYA) est une activité commune à quatre pays, qui vise à appliquer des méthodes de prévention du VIH/sida ayant fait leurs preuves à plus grande échelle. Présente au Botswana, au Ghana, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, l'AYA est une collaboration entre des ONG américaines, Pathfinder International et le Program for Appropriate Technology in Health (PATH), et l'UNFPA. Ces organisations collaborent dans chaque pays avec des partenaires chargés de la réalisation : organismes gouvernementaux, ONG et organisations à base communautaire.

Le but général de l'AYA est d'améliorer la santé des adolescents en matière de reproduction. Plus précisément, elle est conçue aux fins de :

- Réduire les taux de VIH/sida, des autres IST et de grossesse chez les jeunes.
- Encourager le report du début de l'activité sexuelle et, parmi les jeunes déjà sexuellement actifs, promouvoir l'utilisation de préservatifs et autres contraceptifs.
- Éliminer les pratiques traditionnelles nuisibles et les rapports sexuels sous la contrainte².

L'AYA emploie six grandes stratégies, chacune adaptée aux besoins propres de chaque pays :

- Obtenir le soutien national et communautaire grâce à des activités de plaidoyer.
- Mettre en place des activités populaires et médiatiques, des programmes d'acquisition des savoir-faire nécessaires à la vie, l'éducation et la délivrance de conseils par les pairs, et des campagnes de vente subventionnées, tout cela aux fins de changer le comportement.
- Améliorer l'accès des jeunes aux services de santé en matière de reproduction, ainsi que leur qualité, en établissant de manière permanente des services accueillants aux jeunes dans divers contextes.
- Intégrer la santé en matière de reproduction et de sexualité dans les programmes déjà existants pour les jeunes de formation et d'acquisition des savoir-faire propres à leur assurer des moyens de subsistance.
- Renforcer la capacité institutionnelle des partenaires, pays par pays, de planifier, exécuter, gérer et maintenir à long terme les programmes et services.
- Coordonner les activités de programme et mettre en commun les enseignements tirés et les meilleures pratiques³.

Toutes les stratégies visent à assurer la participation des jeunes, l'égalité entre les sexes et la viabilité à long terme des activités. On attend des partenaires chargés de la réalisation qu'ils poursuivent le travail quand l'intervention de l'AYA, prévue pour cinq ans, aura pris fin. Des structures administratives et consultatives ont été mises en place afin de faciliter la collaboration entre partenaires et secteurs dans chaque pays et à l'échelle de l'AYA.

Des dizaines de subventions ont été accordées à des partenaires nationaux et des activités sont en cours dans chaque pays. Les dispensaires publics ou gérés par des ONG ont été évalués et beaucoup sont en cours de rénovation de manière à devenir plus accueillants aux jeunes. Des efforts de mobilisation des communautés, connus sous le nom d'Apprentissage et action participatifs (Participatory Learning and Action), ont été engagés dans beaucoup d'entre elles. Une formation à la conduite de la vie individuelle a été dispensée dans le cadre des programmes scolaires. Les jeunes participent activement, offrant leur avis sur les stratégies de programme, lançant des revues et autres organes médiatiques, et représentant l'AYA à des conférences internationales.

Au **Botswana**, un Comité consultatif de la jeunesse coordonne les efforts et veille à ce que les jeunes participent à tous les niveaux. Les comités de district et de village – qui se composent de jeunes dans une proportion de 65 à 75 % – sont chargés de maximiser l'apport des jeunes dans la planification des activités communautaires. Les jeunes interviennent aussi en tant que conseillers, prestataires de services, éducateurs, avocats et acteurs, et participent activement à la collecte des données et aux activités de suivi et d'évaluation.

Au **Ghana**, le Bureau consultatif de la jeunesse avise l'équipe nationale de l'AYA et imagine des moyens novateurs d'atteindre les jeunes. En collaboration avec le Conseil national de la jeunesse, le Bureau étudie la formation d'un parlement national des jeunes. Les représentants de l'AYA fournissent un apport aux ONG, aux institutions internationales et au Ministère de la santé concernant les programmes de formation des médecins et autres catégories de professionnels de la santé, aux fins d'obtenir des services de santé en matière de reproduction accueillants aux jeunes.

En **République-Unie de Tanzanie**, l'AYA et d'autres organisations ont mis en place un Cadre d'intervention et participation des jeunes pour garantir que les objectifs des programmes correspondent aux priorités des jeunes. Ceux-ci participent au suivi et à l'évaluation afin de déterminer si les programmes répondent correctement à leurs besoins, et ils participeront bientôt aux activités de groupes de pression et à d'autres activités de plaidoyer.

En **Ouganda**, les jeunes ont pleinement participé à la planification stratégique, à l'orientation au niveau national et à celui des districts, et à l'élaboration des programmes scolaires. Ils font fonction de pairs-conseillers et de membres d'équipe s'agissant de mobiliser les parents et les communautés, d'aider à concevoir des messages médiatiques et de participer aux négociations avec les administrateurs d'établissement scolaire, les dirigeants de conseils locaux et les gérants de centres de santé.

La tâche la plus redoutable qu'ait rencontrée l'AYA a consisté à mettre en place des mécanismes de collaboration entre ses nombreux partenaires. Une autre difficulté est d'élargir le champ des activités, tant sur le plan organisationnel que s'agissant de trouver des modèles de programme déjà évalués sur lesquels prendre appui. Les partenaires sont déterminés à trouver des solutions aux problèmes structurels et techniques et à mettre en commun leurs expériences avec d'autres vastes programmes conduits dans ce domaine.

L'Initiative pour la santé des adolescents en matière de reproduction

L'Initiative pour la santé des adolescents en matière de reproduction (Communauté européenne/UNFPA) en Asie appuie des projets dans sept pays, auxquels participent étroitement des ONG internationales, régionales et locales. La santé des adolescents en matière de reproduction est la préoccupation première de l'Initiative dans quatre des pays concernés : Cambodge, République démocratique populaire lao, Sri Lanka et Viet Nam.

Au Viet Nam, l'Initiative soutient huit projets dont l'objectif d'ensemble est d'améliorer la santé en matière de reproduction et de sexualité en rendant les services accueillants aux jeunes et en promouvant l'information et la communication par l'entremise d'ONG⁴.

Les activités d'information prennent des formes diverses : éducation par les pairs, représentations théâtrales, clubs de jeunesse, activités extrascolaires menées à partir de l'école, groupes de parents, éducation dans les centres de santé et activités de médias. Le plaidoyer cible les dirigeants de communauté, les autorités locales et nationales et les décideurs au sein des médias, dans le but de renforcer l'intérêt pour le programme. Les partenaires chargés de la réalisation ont reçu une formation technique et administrative dans les domaines de la prestation de services et de la communication⁵.

Marie Stopes International aide à offrir des services accueillants aux jeunes en collaboration avec l'Union vietnamienne

23

LOVELIFE EN AFRIQUE DU SUD

En Afrique du Sud, l'Initiative nationale des dispensaires accueillants aux adolescents vise à rendre les services de santé plus accessibles et acceptables, à établir des normes et directives nationales et à former les agents sanitaires à fournir des services de qualité. Cette initiative est une composante de loveLife, programme national de prévention du VIH/sida parmi les adolescents sud-africains. LoveLife encourage les jeunes à attendre d'être plus âgés pour avoir des rapports sexuels et, quand ils en auront, à n'avoir qu'un seul partenaire et à utiliser régulièrement des préservatifs. Ce programme cible les adolescents parce qu'en Afrique du Sud la plupart des séropositifs le deviennent avant d'atteindre 25 ans, la majorité des jeunes femmes étant infectées entre 15 et 20 ans. Comme la masse de la population a encore moins de 20 ans,

le moyen le plus efficace de ralentir la diffusion du VIH/sida est d'empêcher que les jeunes ne soient infectés en très grand nombre.

Le groupe d'âge 12-17 ans est ciblé en premier lieu, mais des programmes spéciaux centrés sur les enfants âgés de 6 à 12 ans entrent aussi dans le cadre de la campagne. La stratégie globale de santé sexuelle mobilise la culture populaire afin de promouvoir la responsabilité sexuelle et un mode de vie sain, encourage les conversations entre parents et enfants et la participation des dirigeants religieux, tout en instituant simultanément des services qui soient accueillants aux jeunes.

Les animateurs de la campagne reconnaissent que des centres de jeunesse autonomes ne sont pas nécessairement rentables ni viables à long terme et qu'il est impossible d'en créer autant qu'il le faudrait pour répondre aux besoins de la majorité des adolescents. Ils ont établi des

critères en fonction desquels certifier que les dispensaires existants sont accueillants aux jeunes. Les premiers résultats de l'évaluation donnent à penser qu'un travail considérable est nécessaire pour que les dispensaires obtiennent d'être accrédités et pour mettre en place des modes de fonctionnement que les systèmes sanitaires de district et de province puissent entretenir avec le minimum de ressources. Il est prévu d'élargir la couverture du programme.

Organisé par la Henry J. Kaiser Family Foundation, le programme loveLife est exécuté par un consortium de quatre organisations partenaires : Advocacy Initiatives, la Fédération sud-africaine de planification familiale, l'Unité de recherche sur la santé en matière de reproduction et le Trust for Health Systems Planning and Development (HST). On trouvera de plus amples informations au site www.lovelife.org.za.

des jeunes à Hanoi et avec l'Association vietnamienne des sages-femmes à Hué. Ces deux centres de jeunesse, qui sont très fréquentés, conduisent des activités externes et de prise de conscience afin d'élargir leur couverture. Une récente évaluation a établi que le personnel avait une formation professionnelle et une attitude positive envers les jeunes, qu'il fournissait un éventail satisfaisant des services nécessaires à bas prix ou gratuitement, et que l'accès s'était sensiblement amélioré⁶.

La Maison des jeunes à Hanoi servira de modèle aux activités futures, notamment à la prestation sous l'égide gouvernementale de services accueillants aux jeunes. Elle fait intervenir les jeunes à toutes les étapes d'un projet; conjugue l'information sur la santé en matière de reproduction avec des représentations culturelles afin d'élargir l'utilisation des services; envoie des agents mobiles sur les lieux de travail, dans les hôtels et restaurants; et collabore avec les entreprises et les pharmacies⁷.

Geração Biz, au Mozambique

Répondant à l'appel de la CIPD, le Gouvernement mozambicain s'est engagé à investir dans la jeunesse et à adopter une politique nationale de la jeunesse qui visait à accroître la participation des jeunes à l'élaboration des politiques et à améliorer leur santé en matière de reproduction et de sexualité. Le projet *Geração Biz* a été conçu et élaboré par des jeunes, qui lui ont donné ce nom pour faire écho à leur « génération occupée ». Le projet encourage un changement de comportement parmi les jeunes scolarisés et non scolarisés⁸.

Le Ministère de la jeunesse et des sports, le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation se partagent la coordination et l'exécution, faisant intervenir leurs directions provinciales respectives, les ONG et les organisations à base communautaire, y compris les associations de jeunesse. L'UNFPA et Pathfinder International fournissent l'assistance technique. Le projet a commencé dans deux provinces et, avec l'appui de nouveaux donateurs, s'est maintenant étendu à six; le but à long terme est de couvrir l'ensemble du pays.

Le nombre des adolescents âgés de 15 à 19 ans qui se rendent dans les dispensaires pour y trouver conseils et services a plus que décuplé à Maputo après la création de services accueillants aux

jeunes; le nombre des jeunes hommes servis a presque doublé, et davantage encore dans la province de Zambezia. À Maputo et dans cette province, les deux services les plus appréciés des jeunes seraient la délivrance de conseils et la contraception.

Geração Biz dispose de militants du même âge dans 10 des 13 écoles secondaires de Maputo et conduit des activités dans 64 écoles de la province de Zambezia. Le projet aide à intégrer l'information sur la santé en matière de reproduction et de sexualité dans un nouveau programme national, en même temps qu'un ensemble d'activités tant scolaires qu'extrascولaires⁹.

La gestion d'activités faisant intervenir tant de collaborateurs a été une tâche essentielle, qui exigeait des rôles clairement définis pour chaque partenaire et un processus de coordination viable. Il faut renforcer les organes gouvernementaux qui assumeront l'entière responsabilité du programme, intensifier leur engagement, affermir leur contrôle et améliorer l'aptitude au partenariat¹⁰. Les activités externes à l'intention des jeunes non scolarisés souffrent de l'absence d'une structure gouvernementale de soutien et du fait que la plupart des organisations de jeunesse sont d'ampleur limitée, manquent de personnel et n'appartiennent pas à un réseau plus vaste. Le Ministère de la jeunesse et des sports, de son côté, n'a pas un personnel suffisant pour assurer la coordination dans les provinces¹¹.

Le réseau de Kidavri: enseigner des savoir-faire aux adolescents

En Inde, sept ONG diverses qui servent les adolescents ont formé un réseau de soutien mutuel. Avec les contributions de communautés, avec le soutien d'ONG et de fondations internationales, d'organismes d'aide bilatéraux et de programmes des Nations Unies dont l'UNFPA, ce réseau publie un bulletin, tient des séances périodiques de stratégie et facilite l'échange de connaissances et de savoir-faire.

Les membres du réseau de Kidavri sont des organisations soit religieuses, soit spécialisées dans l'action sociale ou la recherche sociale, soit à vocation humanitaire : Don Bosco Ashalayam (qui rééduque des enfants des rues), la communauté Bahai'i, (qui promeut l'harmonie au sein des communautés, l'accès à l'autonomie par ses propres efforts, et l'épanouissement de la personnalité),

24

« LE DROIT DE RÊVER » Au Panama, une collaboration ambitieuse entre APLAFA (ONG spécialisée dans la santé en matière de reproduction), le Ministère de la santé, neuf écoles secondaires et l'UNFPA a changé la vie de nombreux adolescents dans cinq quartiers semi-urbains marginalisés. Grâce à une combinaison d'initiatives portant sur l'éducation, l'information et les services de santé, les participants ont été mis en mesure d'envisager différemment leur vie actuelle et leurs aspirations futures.

« Le projet m'a enseigné combien il importait de ne pas tomber enceinte durant l'adolescence », dit Mónica, 18 ans. « APLAFA m'a fourni des

informations et des conseils, qui m'ont aussi appris à faire face à la pression de mes compagnes, et enseigné l'importance d'avoir confiance en soi-même et l'application correcte des méthodes de contraception ».

Dans le cadre de cette activité étendue sur quatre années, le Ministère de la santé a créé cinq dispensaires accueillants aux jeunes. Le personnel a été formé à fournir aux adolescents des services de santé en matière de reproduction et de sexualité. Les ressources mises en place par le projet en garantissent la durabilité et l'officialisation prochaine.

Pavel avait 14 ans quand il s'est intéressé au

projet. Cinq ans plus tard, il affirme : « Le projet a changé la manière dont je vois la vie. Il m'a appris que mes rêves étaient précieux, que j'avais le droit et le devoir de les transformer en réalité ». Pavel étudie maintenant à l'Université du Panama et il est un membre actif du Réseau panaméen pour la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité.

Le projet a pu avoir une couverture étendue grâce à la création d'un réseau d'adolescents intersectoriel et communautaire constitué par plus de 15 associations privées, ONG et institutions gouvernementales, et qui atteint plus de 46 000 adolescents et jeunes dans le district de David.

Swaasthya (qui sert une nombreuse colonie de réinstallation), la Société pour la promotion de la jeunesse et des masses (qui exécute des programmes pour les défavorisés et les marginalisés, surtout parmi les adolescents), Prerana (qui assure la formation à des savoir-faire et l'accès à l'autonomie sociale) et Action India (qui promeut l'accès des femmes à l'autonomie et le développement communautaire). Les membres du réseau mettent en commun leurs expériences, travaillent à résoudre des problèmes communs (par exemple, évaluation, action externe et information) et encouragent la participation des jeunes à la prise de décisions.

Swaasthya est en train de réussir à intégrer une rigoureuse recherche en sciences sociales dans une action communautaire participative. Cette recherche a comporté notamment des enquêtes sur la situation des communautés, ainsi que des recherches qualitatives (interviews et groupes témoins). Les membres de la communauté aident à communiquer à leurs voisins des informations d'ordre sanitaire. Les boutiquiers distribuent des préservatifs acquis grâce à une subvention à tous ceux qui en demandent. Les jeunes ont réalisé des films divertissants et riches d'enseignement qui sont diffusés sur les chaînes de télévision locales.

Don Bosco Ashalayam, qui fait partie d'un réseau international d'asiles, offre refuge et consolation à des enfants des rues qui ont été abandonnés ou chassés de leurs foyers. Garçons et filles sont logés séparément. On leur enseigne la lecture, l'arithmétique et divers artisanats. Ils sont responsables de la cuisine, du blanchissage, du nettoyage et de l'entretien du bâtiment. Ces tâches régulières fournissent une structure à de jeunes vies bouleversées par le chaos de la rue. Les plus âgés poursuivent leurs études à l'extérieur. Il y a aussi une ligne téléphonique permanente qui offre aux enfants des rues information, conseils et aiguillage vers d'autres services.

Les problèmes de coordination

Les vastes initiatives multisectorielles deviendront probablement plus fréquentes si l'on entend répondre efficacement aux besoins des adolescents dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Il est nécessaire de faire se succéder chronologiquement et de coordonner les diverses composantes de programmes faisant intervenir plusieurs secteurs gouvernementaux. Il faut définir clairement qui sera responsable de la coordination, sous peine de voir se morceler les activités menées au titre d'un projet¹². En même temps, tous les partenaires, dans tous les secteurs, doivent avoir le sentiment d'exercer un contrôle et faire preuve d'engagement.

Il est impossible de mener à bien la coordination sans la capacité voulue. En de nombreux cas, toutefois, les nouveaux ministères de la jeunesse, dépourvus d'infrastructure et de ressources en comparaison des ministères bien établis, ont assumé la direction de projets multisectoriels pour la jeunesse.

25

FORMER DES FORMATRICES QUI ENSEIGNERONT AUX FILLES À AVOIR CONFIANCE EN ELLES-MÊMES

Dans un atelier de recyclage, 23 jeunes femmes de 15 à 22 ans dessinent les parties de l'appareil génital féminin, en indiquent les noms et discutent entre elles des moyens de tirer parti de cette activité pour apprendre davantage. Ce sont les cadres de Prerana, réseau de groupes de jeunes constitué à New Delhi; elles partagent leurs expériences de formatrice. Chacune travaille avec une dizaine au moins de femmes plus jeunes qui pour la plupart sont récemment venues de la campagne, leur fournissant des informations sur la santé et les moyens de subsistance et les aidant à acquérir confiance en elles-mêmes afin qu'elles sachent poser des questions, obtenir des informations et se tirer d'affaire dans le vaste monde.

Aujourd'hui, elles travaillent à des exercices participatifs; elles consolident leurs connaissances et leurs savoir-faire en matière de lecture, de nutrition et de santé; et elles montent un psychodrame pour apprendre à mieux s'affirmer.

Avec des débuts modestes et grâce à l'appui du Centre pour le développement et les activités en matière de population (CEDPA) et de la Fondation Bill et Melinda Gates, Prerana a rapidement pris de l'importance, élargissant sa mission et servant de guide à des activités similaires menées ailleurs dans l'État et le pays. Au cours des sept années de durée du projet, plusieurs centaines de jeunes femmes y ont participé. Beaucoup ont pris part à des réunions organisées par le gouvernement local, et les planificateurs nationaux ont recherché leur collaboration.

La confiance des jeunes femmes en elles-mêmes et la maîtrise qu'elles possèdent dans leurs domaines de travail sont bien visibles d'après la manière dont elles interagissent avec leurs familles et communautés. La mère d'une formatrice est presque jalouse des savoir-faire de sa fille; elle-même n'a jamais connu une telle chance. Après avoir d'abord répugné à laisser sa fille quitter la maison sans la faire escorter par l'un de ses frères, elle a maintenant la certitude que la jeune femme n'a plus besoin de chaperon tandis qu'elle circule librement dans la communauté, travaille avec des voisins et se rend à des réunions à plus grande distance.

Le succès du programme avec les adolescentes a conduit à demander qu'une initiative analogue soit prise pour les garçons, et elle est maintenant en cours depuis trois ans.



7 : Donner priorité aux adolescents

Il est urgent de prendre des mesures pour faire face aux défis redoutables auxquels se heurtent les adolescents et les jeunes si l'on veut que le développement économique et social réussisse à alléger la pauvreté, freiner la pandémie du sida, enfin donner aux femmes et aux hommes les moyens d'action nécessaires pour créer un monde plus équitable. Il est capital, en particulier, d'investir dans les programmes qui visent à répondre aux besoins des adolescents sur le plan de la santé en matière de reproduction.

Comme ce rapport l'a souligné, les programmes doivent reconnaître la diversité des besoins, des savoir-faire et du degré d'inclusion sociale parmi les adolescents de différentes cultures et placés dans différentes situations (scolarisés ou non scolarisés, vivant en milieu rural ou urbain, riches ou pauvres, déplacés ou non), quels que soient leur âge, leur sexe et leur situation de famille¹. Les activités de programme doivent s'enraciner dans un dialogue plus suivi avec les communautés et bénéficier du soutien de celles-ci.

L'environnement politico-social

L'expérience faite depuis la CIPD s'agissant de répondre aux préoccupations relatives à la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité a montré combien il est urgent de mettre en place des politiques favorables. Les programmes qui traitent de ces questions délicates ne peuvent survivre dans un climat hostile. Pourtant, peu de pays ont des politiques qui visent explicitement à satisfaire les besoins des jeunes concernant l'information et les services.

S'il est souhaitable que les gouvernements adoptent les politiques appropriées avant la mise en route des programmes, le changement officiel de politique peut coïncider avec l'exécution des programmes ou même la suivre.

Les activités de plaidoyer jouent un rôle essentiel pour obtenir l'appui des institutions et du public aux changements de politique à de nombreux niveaux, surtout concernant les lois, politiques et réglementations nationales qui retentissent sur les normes pratiques, ainsi que sur les coutumes et traditions.

Des politiques restrictives peuvent nuire à la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité en les empêchant d'accéder aux informations et services susceptibles de leur sauver la vie. Dans certains pays, la loi interdit de fournir des contraceptifs aux mineurs de moins de 16 ans ou aux femmes non mariées. Même

là où la loi autorise ces services, certains dispensaires ne les prêtent pas. Dans d'autres cas, la peur d'être condamnés par la communauté, ou certains secteurs de la communauté, peut dissuader les jeunes de rechercher ces services. L'obligation d'obtenir l'autorisation des parents ou du conjoint limite aussi l'accès des jeunes à l'éducation à la santé en matière de reproduction et aux services connexes.

L'absence de lois ou de politiques spécifiques – par exemple, décourageant le mariage précoce ou protégeant les filles contre les violences et sévices sexuels – peut aussi compromettre la santé en matière de reproduction et de sexualité. Les politiques et lois qui encouragent les programmes nécessaires ou en imposent l'exécution peuvent avoir un impact positif.

Une tâche fondamentale des activités de plaidoyer, surtout dans les sociétés très attachées aux traditions, consiste à rompre le tabou qui interdit de débattre publiquement de problèmes sexuels, notamment de reconnaître que de nombreux jeunes sont sexuellement actifs avant le mariage. En y parvenant, on donnerait naissance à une société plus saine, mieux à même d'affronter de nouveaux défis dans une atmosphère de communication plus étroite et de respect plus sincère entre les générations. C'est là un point essentiel pour susciter une bonne compréhension, au sein de la communauté, de la nécessité de changer les politiques, surtout en réaction à la pandémie du VIH/sida. La communication doit prendre diverses formes, de l'usage des médias aux représentations populaires et aux groupes de débat.

Pour les programmes qui abordent des points délicats, un engagement de haut niveau est essentiel.

LES DIRIGEANTS POLITIQUES ONT UN RÔLE CLEF L'engagement politique – aux niveaux les plus élevés, assorti de ressources à sa mesure et soutenu dans le temps – est d'importance cruciale pour le succès des programmes qui abordent les problèmes souvent délicats liés à la sexualité des adolescents. Il a fallu de nombreux gouvernements des années pour accepter le fait que leur pays était touché par la crise du sida et pour reconnaître que le nombre de cas pourrait se multiplier dans l'espace d'une décennie à moins de faire bien davantage pour freiner la diffusion de l'épidémie, ce qui recouvre la prise en charge des nationaux déjà atteints du VIH/sida².

Les pays qui ont le mieux réussi à contenir le VIH/sida sont ceux dont les dirigeants ont pris l'épidémie au sérieux voici plus de 10 ans, à savoir le Brésil, la Jamaïque, l'Ouganda, le Sénégal et la

Thaïlande. D'autres gouvernements ont reconnu plus récemment la gravité de la crise et ont commencé à obtenir des résultats. En Inde, le Premier Ministre a exhorté le Parlement à voir dans le VIH/sida le plus sérieux problème de santé publique qu'affrontait le pays³.

Par contre, certaines politiques conçues pour lutter contre le sida peuvent couvrir les jeunes d'opprobre et porter atteinte à leurs droits fondamentaux, par exemple quand il est exigé des jeunes femmes qu'elles portent des vêtements spéciaux ou d'autres signes pour indiquer qu'elles sont vierges. De telles approches ne font que marginaliser ceux qui ont le plus grand besoin d'information et de secours, sans leur fournir les savoir-faire et la protection dont ils ont un urgent besoin.

On a mené peu de recherches mesurant l'impact des programmes qui visent à changer les lois et la politique, à altérer les normes culturelles ou à susciter un environnement favorable concernant la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité. Ces activités de suivi ne sont entreprises que depuis assez peu de temps, et il est difficile de les évaluer. Dans ce domaine, les issues heureuses sont connues surtout par les études de cas et les rapports. De nouveaux efforts s'imposent pour améliorer la documentation sur les programmes et leur évaluation.

DES EXEMPLES DE PROGRÈS DES POLITIQUES La Bolivie et la République dominicaine ont approuvé en 1998 des politiques nationales de la jeunesse qui intègrent la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité. Dans l'un et l'autre pays, il a fallu à cette fin que d'influents figures politiques – en Bolivie, l'épouse d'un ancien président et un vice-ministre ; en République dominicaine, le vice-président – prennent la tête du mouvement, parallèlement à une participation organisée de la jeunesse, au soutien d'institutions internationales et à une coordination réussie entre plusieurs secteurs gouvernementaux⁴.

L'UNFPA et l'Agency for International Development des États-Unis ont aidé le Gouvernement ghanéen à élaborer une politique de santé des adolescents en matière de reproduction qui correspond aux objectifs de la CIPD⁵.

Au Viet Nam, le Ministère de la santé a mis au point des normes et directives nationales de santé en matière de reproduction qui comportent une section expressément consacrée aux adolescents⁶. L'UNFPA aide le Gouvernement jordanien à mettre au point une stratégie détaillée de la jeunesse qui insiste sur l'acquisition par les filles des savoir-faire nécessaires à la vie et sur la santé en matière de reproduction, les activités de plaidoyer étant centrées sur le Ministère de l'éducation, d'autres ministères, les ONG et les administrateurs d'établissements scolaires⁷.

Le projet « Initiative pour la jeunesse du Kenya » a formé des chefs locaux à se faire les avocats de la santé des adolescents en matière de reproduction auprès de leurs homologues dans le pays même, aidant ainsi à conférer un rang plus élevé de priorité au problème dans la politique nationale⁸.

Les programmes fondés sur les droits

Il existe un consensus international, affirmé par la Convention relative aux droits de l'enfant et par la CIPD, aux termes duquel les jeunes jouissent des droits fondamentaux et ont le droit de les

exercer. Ce consensus offre une base solide aux programmes qui répondent aux préoccupations concernant la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité.

De plus en plus, comme dans d'autres secteurs du développement, les planificateurs de programmes adoptent dans ce domaine une approche de la programmation fondée sur les droits qui souligne l'obligation des États de mettre les individus en mesure de jouir de leurs droits, ce qui éloigne des approches traditionnelles qui tendaient à souligner les besoins des populations vulnérables sans tenir pleinement compte de leurs capacités et droits et des stratégies tendant à les rendre autonomes.

Une approche du développement fondée sur les droits reconnaît que les personnes deviennent capables d'agir pour leur propre compte et de jouir de leurs droits fondamentaux à mesure qu'elles obtiennent accès à l'information, aux occasions et aux savoir-faire pertinents. Pour les adolescents, cela implique des mesures écartant les obstacles à la santé en matière de reproduction et à la réalisation de leurs droits sur ce plan, aussi bien que visant à prévenir et sanctionner les violations de ces droits et à agir concrètement pour leur donner forme.

Les activités qui promeuvent les droits des jeunes sont les suivantes :

- Pleinement intégrer dans les politiques d'enseignement l'éducation aux droits de la personne, l'éducation à la sexualité dispensée aux adolescents tant à l'intérieur qu'en dehors de l'école, les programmes de formation et l'action externe au sein des communautés⁹.
- Mobiliser l'engagement du public et des milieux politiques en faveur de mesures qui portent sur les aspects négligés des droits en matière de reproduction, notamment le mariage précoce et forcé, les violences sexuelles, la responsabilité masculine, et les droits à l'information et aux services sur le plan de la santé en matière de reproduction et de sexualité¹⁰.
- Établir des politiques et programmes nationaux et locaux de la jeunesse qui mettent l'accent sur l'égalité entre les sexes et sur le droit des jeunes à la santé en matière de reproduction et de sexualité, qui précisent les mesures à prendre et affectent des fonds à leur application¹¹.
- Assurer la participation des organisations non gouvernementales, spécialisées dans les droits de la personne ou au service des femmes et des jeunes, à la politique de santé en matière de reproduction et aux processus législatifs et de programmation¹².
- Renforcer la capacité des groupes de jeunes de participer à toutes les phases de la programmation, faciliter leur contribution au débat politique et législatif, ainsi qu'à une exécution réussie du programme¹³.
- Créer des coalitions militant pour des réformes juridiques, des mesures qui garantissent leur mise en oeuvre et des examens de la législation afin de préserver les droits des adolescents, surtout dans les domaines cruciaux que sont la violence, le mariage, l'éducation et la santé en matière de reproduction.
- Garantir la participation des jeunes à ces activités.

LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

En 2000, 189 gouvernements ont apposé leur signature sur une série d'objectifs du Millénaire pour le développement (MDG), dont la plupart devraient être atteints d'ici 2015, les progrès étant définis à partir de niveaux de 1990 :

1. Éliminer l'extrême pauvreté et la faim.
2. Assurer l'enseignement primaire pour tous.
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
4. Réduire la mortalité infantile.
5. Améliorer la santé maternelle.
6. Combattre la VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.
7. Assurer un environnement durable.
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Comme le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, l'a déclaré en 2002, « les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l'élimination de la pauvreté et de la faim, ne peuvent être atteints si les problèmes de population et de santé en matière de reproduction ne sont pas franchement abordés. Et cela signifie des efforts accrus pour promouvoir les droits des femmes et un plus grand investissement dans l'éducation et la santé, notamment la santé en matière de reproduction et la planification familiale ».

Pour réussir, il est nécessaire d'intégrer ces actions à des cadres nationaux plus vastes d'allègement de la pauvreté dans les pays en développement et de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (voir encadré), ce qui recouvre des processus de réforme tels que les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté (PRSP) et les approches sectorielles de la réforme sanitaire. Souvent, ces plans nationaux ne correspondent pas exactement aux accords internationaux qui abordent les droits et les besoins des jeunes.

Les indicateurs mis en place pour mesurer le progrès vers les objectifs du Millénaire pour le développement voient dans les jeunes un important groupe de population dont il faut contrôler la santé et le bien-être. Mais certains avocats de la jeunesse ont été déçus de constater l'absence d'objectifs qui reconnaîtraient expressément les besoins spéciaux de ce groupe d'âge très souvent marginalisé.

Mobiliser le soutien des communautés

Même quand de bonnes politiques et lois ont été élaborées, l'exécution s'est avérée lente et difficile. Les programmes qui s'attaquent à des normes sociales restrictives et qui encouragent un changement de comportement ont besoin d'activités de plaidoyer pour obtenir la participation active des communautés et pour réfléchir les préoccupations, valeurs et priorités locales.

Les activités de mobilisation des communautés ciblent les guides de l'opinion publique afin d'encourager l'avènement d'un climat plus favorable à l'exécution des projets et cherchent aussi à

les faire participer à la définition et à la conception des programmes. Il s'agit d'un processus dynamique qui vise à déterminer les besoins et les intérêts de larges secteurs de la communauté. Les membres de la communauté ainsi sollicités deviennent eux-mêmes des agents de changement social, qui aident à réduire au minimum l'opposition tout en facilitant la réalisation des objectifs des politiques et programmes¹⁴.

Un certain nombre de programmes destinés aux jeunes ont recouru avec succès à une approche de mobilisation communautaire connue sous le nom d'Apprentissage participatif à l'action (Participatory Learning for Action – PLA). Un PLA incite chacun à examiner sa propre situation et à concevoir des solutions aux défis affrontés.

À Lusaka (Zambie), un PLA a servi à concevoir un programme de santé en matière de reproduction pour adolescents qui comprend des services accueillants aux jeunes, l'action de pairs-conseillers et la distribution de contraceptifs au niveau communautaire¹⁵. Au Cambodge, un PLA centré dans une usine de textiles a fait appel à un grand nombre de jeunes travailleurs pour élaborer le contenu d'un programme concernant la santé en matière de reproduction, à exécuter sur les lieux de travail¹⁶.

Au Burkina Faso, un projet de participation communautaire dirigé par une ONG nationale a permis de renforcer trois associations de jeunesse basées dans des communautés rurales. À leur tour, ces groupes ont engagé des membres de la communauté, surtout des jeunes, pour concevoir des programmes à base communautaire qui aborderaient les problèmes clefs de santé en matière de reproduction qui les préoccupent¹⁷. Le résultat a été d'améliorer la connaissance des problèmes de santé en matière de reproduction et de sexualité, de mettre les participants mieux en mesure de débattre ouvertement de la sexualité, de renforcer leurs aptitudes à la négociation concernant l'utilisation des préservatifs, enfin d'élargir l'accès à la contraception.

Le Comité bangladais de progrès rural a édifié un soutien communautaire au développement des adolescents, ce qui recouvre notamment le report de l'âge du mariage, en offrant un programme de crédit conçu pour répondre à des besoins locaux reconnus¹⁸.

La mobilisation communautaire est particulièrement efficace quand elle est conduite par des réseaux d'ONG s'adressant à des groupes sociaux déterminés qui peuvent collaborer, mettre en commun les enseignements et savoir-faire acquis, et grouper leurs ressources.

Faire participer les jeunes à la programmation

Pour réussir, les efforts visant à faire respecter les droits et à satisfaire aux besoins des adolescents doivent impliquer activement les jeunes dans l'élaboration et l'exécution des politiques et programmes.

Très souvent, les adultes voient les enfants dans la perspective de leurs propres intérêts et préoccupations. On regarde souvent comme tout à fait naturel que les adolescents soient invisibles et subordonnés aux adultes, qu'ils soient présents mais n'ouvrent pas la bouche à moins qu'on leur parle. La difficulté est de comprendre la privation de droits que les jeunes endurent collectivement aussi bien qu'individuellement, et d'y porter remède.

Cette tendance à ne pas écouter la voix des jeunes est renforcée par leur pauvreté et leur manque d'accès aux ressources

économiques, ainsi que par diverses formes solidaires de mise à l'écart par la société qui les exclut d'une entière participation à celle-ci¹⁹.

Au cours des dernières années, un nombre croissant d'individus et d'organisations en sont venus, dans le monde entier, à remettre en question le fait que les jeunes soient traités comme des êtres de moindre importance. Pourquoi a-t-il été acceptable – et en de nombreux cas légal – de battre les enfants, de les marier avant qu'ils puissent comprendre ce qui leur arrivait, ou de leur verser une moindre rémunération qu'aux adultes pour le même travail ?

La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît officiellement les droits des enfants et non pas seulement les protections qui leur sont nécessaires. L'article 12 insiste sur la « visibilité » des enfants et affirme que l'enfant a le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération. Pour mettre en oeuvre la Convention, il faudra que la conception générale des rapports entre adultes et enfants évolue, car on croit généralement que les enfants ont besoin de protection et de conseils, et non pas qu'ils ont eux-mêmes des apports dignes d'intérêt à offrir²⁰.

Promouvant « le droit des jeunes à leurs droits », un groupe écossais de jeunes s'est donné pour nom « Article 12 ». Selon son site Web, « tout participant à « Article 12 » croit qu'il lui faut exprimer ses vues en toute occasion, sur tout sujet qui l'intéresse. Mais, avant toute chose, il croit à son droit de créer ces occasions car, il faut bien l'admettre, fort rares sont les adultes qui veulent écouter les jeunes ».

L'importance récemment reconnue de la nécessité de prendre en considération les vues des jeunes apparaît aussi dans les programmes locaux qui font intervenir les jeunes dans l'amélioration de leur propre santé et dans leur épanouissement général – au lieu de les traiter comme les bénéficiaires passifs de connaissances, services ou soins²¹.

DÉFINIR LA PARTICIPATION DES JEUNES Au cours des 10 dernières années, la notion de participation des jeunes a gagné du terrain et s'est faite mieux accepter, passant des gestes symboliques à des activités de plaidoyer qui font participer plus pleinement les jeunes aux décisions qui les concernent.

La participation des jeunes a été définie de manières diverses – et non cohérentes²². La Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF) a beaucoup fait pour définir et appliquer une définition positive de la participation des jeunes en son propre sein. Depuis 1999, 20 % au moins des membres des organes de décision de la FIPF doivent avoir moins de 25 ans²³. Ses réunions comprennent de manière habituelle des jeunes qui sont encouragés à prendre la parole. Les jeunes produisent *X-press*, un bulletin de la FIPF pour adolescents rempli d'informations sur leurs droits et leur santé.

Le fait de participer à des groupes sociaux communique un sentiment d'appartenance, ce qui aide les jeunes à acquérir le sens de leur propre identité. La collaboration avec des pairs qui partagent certaines de leurs vues a pour effet de renforcer leurs idées et valeurs. Et le sentiment d'apporter une contribution – à une cause, une décision, un groupe – peut constituer un aspect crucial du développement individuel.

27

LES JEUNES DÉFINISSENT LA POLITIQUE EN RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

La République dominicaine a recouru à un processus participatif pour élaborer sa politique nationale des adolescents et des jeunes, 1998-2003. En 1996, un forum national de la jeunesse a été organisé dans le cadre d'un débat national sur les priorités sociales, y compris les problèmes de la jeunesse. Les jeunes participants ont exigé du Gouvernement qu'il énonce un clair agenda de la jeunesse et que les jeunes participent au processus de définition des politiques. Avec le soutien de l'UNFPA et de l'Organisation panaméricaine de la santé, et avec de nombreux apports des jeunes, un comité intersectoriel a rédigé le texte de la politique nationale des jeunes.

Les jeunes ont demandé en outre l'adoption d'une loi créant un ministère de la jeunesse et lui affectant 1 % du budget national; cette législation a été en fin de compte adoptée avec quelques modifications. « La reconnaissance par la loi des jeunes comme une ressource nationale et une force positive », a écrit un observateur, « revêt une importance symbolique et non moindre. Cette reconnaissance fait un contraste frappant avec les lois en vigueur, qui voient dans les jeunes des trublions potentiels qu'il faut contrôler ou punir ».

Tous ces facteurs ont d'autre part un effet direct sur la vie sexuelle et procréatrice des jeunes. Le développement harmonieux des jeunes se nourrit, en grande partie, de leurs relations avec les autres, de la capacité de négocier ces relations et de prendre des décisions.

Travailler en partenariat avec des jeunes est souvent difficile pour les administrateurs de programme adultes, qui croient parfois que leur plus grande expérience les habilite mieux à prendre des décisions et n'acceptent pas toujours aisément des rapports d'égalité qui vont à l'encontre de la dynamique typique entre adultes et enfants²⁴.

En n'écoutant pas les jeunes, on risque de leur causer un dommage direct, d'encourager l'impunité des auteurs de violences, ou simplement de les conduire à prendre des décisions erronées. L'inclusion renforce la démocratie, protège mieux les enfants et constitue un droit fondamental²⁵. Elle est aussi une clef du progrès pour les politiques et programmes qui concernent la jeunesse.

LES RÉALISATIONS DES PROGRAMMES Des exemples stimulants de la participation des jeunes se trouvent à tous les niveaux : processus de définition des politiques ; campagnes médiatiques ; plaidoyer pour les droits fondamentaux ; éducation par les pairs, services, conseils, et formation. Quand des adultes qui recherchent sérieusement l'apport des jeunes font appel à eux, les jeunes fournissent exactement ce qui convient et enrichissent immensément le processus. Des conseils nationaux efficaces de la jeunesse ont été institués dans de nombreux pays donateurs ou bénéficiaires de programmes.

Reconnaissant la nécessité d'intervenir eux-mêmes pour obtenir des résultats, de nombreux jeunes se sont organisés afin d'améliorer leur situation sociale, économique et politique. L'UNESCO a dressé une liste de nombreuses organisations conduites par les jeunes, comme l'Initiative pour la jeunesse sibérienne, qui promeuvent une participation active à l'élaboration des politiques

de la jeunesse, créent les conditions d'une coopération entre les organisations de jeunesse et font participer les jeunes à la solution des problèmes mondiaux²⁶.

Certains pays ont essayé de mettre au point des politiques de la jeunesse qui fassent explicitement intervenir les jeunes et planifient leur participation future. La Colombie a adopté une Loi sur la jeunesse qui a stimulé la participation active des jeunes aux problèmes du développement national et s'est engagée à respecter et promouvoir leurs droits²⁷. Les jeunes ont figuré dans les plans de développement local et des bureaux provinciaux de la jeunesse ont été institués.

Au Mexique, répondant à l'incitation des activités de plaidoyer pour la santé féminine, un groupe de jeunes a lancé en 1996 le réseau de jeunes *Elige*, afin de promouvoir un débat national visant à influencer sur les législateurs et à rendre les jeunes conscients de leurs droits en matière de reproduction²⁸. En 2001, avec le soutien d'UNIFEM, a été créé un réseau de jeunes militantes contre la violence sexiste²⁹.

Elige est membre du Réseau des jeunes d'Amérique latine et des Caraïbes pour les droits en matière de reproduction et de sexualité (REDLAC), réseau régional d'activités de plaidoyer qui promeut les droits des jeunes, l'égalité entre les sexes et l'accès à l'éducation à la sexualité et aux services connexes.

Ce réseau coordonne les voix des organisations de jeunes de toute la région dans des campagnes, à des conférences et à des réunions internationales, et prête appui à la formation de pairs.

La Coalition pour la jeunesse (Youth Coalition), dont le siège est au Canada, a été formée en 1999 durant une réunion tenue à La Haye pour examiner les progrès accomplis depuis la CIPD³⁰. Ce groupe international se compose de membres âgés de 15 à 29 ans qui sont déterminés à promouvoir les droits des jeunes en matière de reproduction et de sexualité et à agir de manière à faire entendre leur voix dans les processus de prise de décisions – en

particulier de celles qui concernent directement leur propre vie. Les membres sont formés à conduire des activités de plaidoyer auprès des décideurs.

Les ressources

La Conférence internationale sur la population et le développement s'est accordée quant au coût que comporterait la couverture d'un ensemble de besoins sur le plan de la santé en matière de reproduction et d'autres besoins pour les personnes de tout âge dans les pays en développement : 17,0 milliards de dollars par an en 2000, chiffre qui passerait à 18,5 milliards en 2005, 20,5 milliards en 2010 et 21,7 milliards en 2015. La communauté internationale fournirait un tiers de ces montants.

En 2001, le montant total des dépenses a été de 9,6 milliards de dollars. L'aide internationale s'est élevée au total à 2,5 milliards de dollars, soit moins de la moitié (44 %) de l'engagement pris pour l'année 2000. Les pays en développement ont versé 7,1 milliards de dollars, soit environ 63 % de leur engagement pour la même année. Quelques grands pays représentent le plus gros de ces dépenses. L'Afrique est la région qui groupe la plus large part (70 %) des allocations provenant de sources internationales.

Les évaluations initiales de la CIPD concernant les coûts du programme de lutte contre le VIH/sida n'incluaient pas les coûts du contrôle de la pureté des réserves de sang, des tests et conseils, ou de l'action externe auprès des groupes de population à risque élevé. Elle ne comprenait pas non plus les activités de prévention secondaires comme les traitements antirétroviraux (par exemple, pour ralentir la transmission mère-enfant ou réduire les charges virales dans les groupes de population infectés).

ONUSIDA a mis à jour le montant des ressources nécessaires pour la composante prévention dans l'ensemble initial et a fixé les montants estimatifs additionnels requis par ces composantes complémentaires, mais néanmoins essentielles, d'une réaction à la pandémie. Les montants estimatifs des interventions dans l'évaluation initiale (campagnes médiatiques, éducation dans les écoles, promotion de l'abstinence volontaire, comportement sexuel responsable et augmentation des fournitures de préservatifs) ont augmenté de 200 millions de dollars, ce qui porte le chiffre total à 1,37 milliard de dollars. Les coûts d'appoint et complémentaires de la prévention, des soins et du traitement portent le total annuel à 10 milliards de dollars.

Des ressources additionnelles seraient nécessaires pour la mise en place d'une infrastructure sanitaire de base, les soins tertiaires et les soins obstétricaux d'urgence.

Un complément de ressources serait nécessaire pour d'autres objectifs de développement liés à la population qui sont prévus dans le Programme d'action. Ce sont notamment les suivants :

- Éducation de base pour tous.
- Accès des femmes à l'autonomie.
- Préoccupations écologiques.
- Création d'emplois.
- Élimination de la pauvreté.

28

LE CONSEIL NÉERLANDAIS DE LA JEUNESSE ET DE LA POPULATION

Le Conseil néerlandais de la jeunesse et de la population, groupe composé d'une quinzaine de jeunes, a pour but de concrétiser les droits des jeunes en matière de reproduction et de sexualité, aussi bien que d'assurer une participation substantielle des jeunes dans ce domaine. Depuis sa mise en place par la Fondation mondiale pour la population en 1997, ses représentants ont fait partie de la délégation néerlandaise officielle à plusieurs conférences internationales sur la population et le développement, les femmes et le VIH/sida, et ont participé aux forums mondiaux de la jeunesse tenus au Portugal et au Sénégal. Lors de ces conférences, ils ont plaidé pour une approche ouverte et honnête face à la sexualité des jeunes. Lors d'ateliers et dans des activités de prise de conscience destinées aux jeunes qui sont organisés aux Pays-Bas, le Conseil met à profit son expérience des droits en matière de reproduction et de sexualité, de la participation des jeunes et des activités de plaidoyer. Il a aussi contribué aux efforts tendant à créer en 2004 un Réseau européen de la jeunesse, qui aurait pour mission de promouvoir les droits des jeunes en matière de reproduction et de sexualité à des forums nationaux, européens et internationaux.

Bien que les évaluations du Programme d'action n'affectent pas de ressources aux besoins propres des différents groupes d'âge, les adolescents et les jeunes ont été un groupe sensiblement sous-desservi.

Les adolescents prient instamment les nations, les sociétés et les familles de les soutenir, de bien les accueillir et de les respecter. Le passage à l'âge adulte est un moment où il faut connaître ses limites, explorer ses potentialités et mettre à l'essai les chances offertes. Les choix faits de bonne heure fixent les voies de l'avenir. Les jeunes font des choix sages ou non en fonction des exemples, de l'éducation et des ressources qui leur ont été donnés. Trop souvent, les sociétés et les familles ont du mal à décider ou ne savent pas clairement comment répondre aux besoins des jeunes.

Les jeunes utiliseront tout ce qui leur a été fourni pour affirmer leur identité et jalonner leur parcours futur. Plus de 1,2 milliard d'adolescents vivront durant les 50 prochaines années, quelle que soit la diversité des lieux et des situations. On ferait un grave tort aux jeunes eux-mêmes, à leurs familles, à la société et aux générations futures en ne prenant pas sérieusement en compte les jeunes et la transition à l'âge adulte. Les investissements appropriés peuvent garantir une croissance et un développement sains.

Les coûts de l'inaction

Les problèmes de jeunesse font partie d'un réseau complexe de changements sociaux et économiques et doivent être abordés dans une perspective multidimensionnelle et intersectorielle. La pauvreté et les modèles inégaux de croissance économique – favorisée ou freinée, selon les cas, par les forces de la mondialisation – contribuent en bien des contextes à un taux élevé de chômage des jeunes. L'extension à un plus grand nombre de l'éducation structurée, au cours de plusieurs décennies, a offert des occasions aussi bien que suscité des problèmes dans une main-d'oeuvre en transformation.

Les progrès de l'épidémiologie et de la nutrition ont amélioré la santé des jeunes; mais de nouvelles maladies, dont les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida, sont la source de graves problèmes. L'évolution de la dynamique démographique modifie l'ordre de priorité relative que les décideurs donnent aux différents

groupes d'âge dans leur budget et leur planification. Cela rend plus difficile de traiter les années négligées de l'adolescence, qui marquent une transition.

Plusieurs facteurs rendent difficile d'évaluer l'importance des investissements dans la jeunesse :

- De nombreux investissements ne produisent un effet que longtemps après.
- Les investissements faits dans différents secteurs agissent par synergie, de sorte qu'il n'est pas toujours aisé d'identifier les causes et de discerner les priorités.
- Les programmes expérimentaux qui permettraient de comparer des approches différentes sont rarement appliqués à de nombreux domaines d'intervention sociale (y compris la santé en matière de reproduction et les programmes communautaires) pour des raisons tant pratiques qu'éthiques.
- Les jeunes se partagent en groupes infiniment divers : les stratégies doivent correspondre aux situations propres (mariés ou non, scolarisés ou non, employés ou non, appartenant à des familles intactes ou non, etc.) et aux attentes culturelles de chacun – il n'y a pas d'approche valable pour tous. Ce qui est précieux dans un contexte, ou pour un sous-groupe donné de jeunes, peut être moins efficace dans un autre – même quand on sait que les coûts de l'inaction seront considérables³¹.

Il est également difficile d'évaluer les coûts effectifs des programmes³² et leurs divers avantages (en particulier ceux qui ne se limitent pas à améliorer la productivité). Les investissements peuvent apporter des avantages différents à chaque sexe, ce qui complique la tâche des décideurs. Par exemple, il se peut que les jeunes hommes bénéficient plus que les jeunes femmes des programmes ciblant la consommation du tabac, de l'alcool et des drogues. En revanche, les investissements dans la santé en matière de reproduction bénéficient plus directement aux femmes.

Comme nous l'avons vu au chapitre premier (Tableau 3), le jeu des relations entre causes et effets d'issues négatives concernant les adolescents est complexe, et ces relations se renforcent mutuellement. Briser les cycles vicieux où certains sont prisonniers et les remplacer par des cycles vertueux où les facteurs positifs s'apportent un soutien mutuel exige des interventions programmatiques combinées.

Néanmoins, une recherche menée en différents contextes fournit d'importantes informations sur la valeur des investissements dans la jeunesse quant à leurs conséquences économiques.

LES COÛTS DE LA GROSSESSE PRÉCOCE La prévention des grossesses non désirées chez les jeunes et l'encouragement à retarder l'âge de la première grossesse constituent un domaine clef d'intervention.

On a évalué le coût d'une grossesse d'adolescentes par comparaison avec la grossesse d'une femme âgée de 20 ans au moins³³ en considérant les données ci-après :

- Moindres gains de la mère pendant toute sa vie (du fait de l'abandon des études à un plus jeune âge, de l'effet négatif

29

LA FINLANDE AIDE L'UNFPA À EXÉCUTER SES PROGRAMMES À PLUS GRANDE ÉCHELLE

Le Gouvernement finlandais a montré la voie s'agissant de soutenir les efforts mondiaux dans le domaine de la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité. Ces dernières années, il a ajouté à sa contribution régulière à l'UNFPA un soutien financier et technique complémentaire qui a permis au Fonds de faire connaître et de renforcer les programmes qui réussissent, ainsi que d'en reproduire les approches à plus grande échelle. La Finlande a aussi soutenu les activités mondiales de plaidoyer et de mise en commun des connaissances, une campagne visant à éliminer la fistule obstétricale, la fourniture de services accueillants aux jeunes, l'élaboration de stratégies de communication pour un changement du comportement, et la participation de décideurs et de dirigeants de jeunes à plusieurs réunions mondiales ou régionales.

d'une grossesse précoce sur l'éducation et l'emploi rémunéré, des soins à donner à ses enfants, et de sa moindre expérience professionnelle) – il s'agit principalement ici de coûts privés.

- Moindres rentrées fiscales (parce que les mères ont un revenu moins élevé et paient moins de taxes à la consommation).
- Coûts de l'entretien de l'enfant (une grossesse précoce s'accompagne souvent d'une moindre participation du père aux frais de son éducation).
- Soins de santé plus coûteux (les complications de la grossesse sont plus fréquentes en cas de grossesse précoce et les soins de santé à donner plus tard à l'enfant sont plus élevés; ces coûts ont pour effet de diminuer les prestations qui auraient pu être fournies à d'autres si ces grossesses avaient été évitées ou retardées).
- Coûts additionnels dans le cas des enfants défavorisés (y compris l'impact sur les générations suivantes d'une éducation limitée et la probabilité accrue de prise de risques et de pauvreté, avec les dépenses qui en résultent).
- Coûts plus élevés de soutien social (du fait de la demande de placement familial, de programmes de nutrition pour enfants, de programmes d'aide alimentaire et de logements sociaux).
- Coûts d'exclusion sociale (du fait du moindre appui des familles et des communautés pour les mères célibataires et de leur exclusion ultérieure des perspectives d'avenir).

Les coûts sociaux varient dans chaque pays en fonction du nombre actuel de grossesses d'adolescentes, du montant des salaires et du niveau des dépenses sociales³⁴. Il faut distinguer deux composantes : coûts financiers (dépenses directes) et coûts économiques (coûts de substitution pour les autres utilisations possibles des ressources et effets marginaux sur d'autres dépenses)³⁵.

Les évaluations faites pour sept pays caraïbes du montant total des coûts financiers s'élèvent à 3,6 millions de dollars par an. Les évaluations des coûts économiques complets s'élèvent à 8,5 millions de dollars par an. Les coûts financiers et économiques réunis dépassent très sensiblement ceux que comporterait le report des grossesses d'adolescentes. Les coûts financiers directs vont de 28 à 262 dollars par naissance chaque année, selon le lieu. Les coûts économiques vont de 33 à 363 dollars par naissance chaque année. Le coût d'éviter une naissance en recourant à la planification familiale est seulement de 17 dollars environ par an.

Ces évaluations n'incluent pas les gains que les enfants auraient réalisés dans la suite de leur vie, car il est plus difficile de les évaluer (pour une raison analogue, des coûts sociaux de types très divers n'ont pas été pris en compte.) Des études détaillées menées à la Barbade, au Chili, au Guatemala et au Mexique donnent à croire que la grossesse précoce comporte des effets économiques négatifs, surtout pour les pauvres³⁶. Les adolescentes mères courent plus de risques de finir dans la pauvreté que les femmes qui portent des enfants plus tard dans leur vie. Cela est vrai même quand les femmes qui font l'objet de la comparaison ont des points importants en commun.

Les grossesses précoces sont associées à une fécondité plus élevée, un moindre espacement entre les naissances, un moins grand

30

RENDRE AUTONOMES LES JEUNES FEMMES DU BANGLADESH

Shahina Akter, 20 ans, est l'une des quelque 1 100 jeunes femmes qui ont achevé les cours de formation offerts dans le cadre d'un projet soutenu par l'UNFPA au Bangladesh et qui s'appliquent ensuite à lancer leurs propres entreprises. Le projet vise à alléger la pauvreté en offrant une formation à des savoir-faire et des prêts pour petites entreprises, méthode dont la Banque Grameen a donné l'exemple.

Sa communauté, Bibir Bazar, a décidé de se concentrer sur les activités ci-après : confection de vêtements, vannerie, élevage de volailles et de bétail. « Je me suis inscrite au club en sortant de l'enseignement secondaire et j'ai passé six mois à apprendre comment confectionner des vêtements et des écharpes », explique-t-elle. Le projet vient aussi en aide à d'autres activités de développement communautaire et à un petit dispensaire qui offre des services de santé de base, dont la santé en matière de reproduction et la planification familiale.

Intelligente, ambitieuse et douée du sens des affaires, Shahina a obtenu un petit prêt et en un instant avait recruté 20 autres jeunes filles pour son entreprise de confection. Elle vend ses produits dans les magasins de Comilla, agglomération voisine, et en tire un bénéfice confortable. Elle forme aussi d'autres filles à la confection. « Il n'y a pas d'abandon dans ma classe », dit-elle avec fierté.

Les revenus du village ont augmenté considérablement grâce au projet et les femmes ont acquis maintenant un certain poids économique; elles peuvent régler leur fécondité et ont des enfants moins nombreux, mais en meilleure santé, que les femmes vivant dans des environnements moins favorables.

Selon la population locale, c'est grâce au projet que l'âge moyen du mariage est passé à Bibir Bazar de 17 ou 19 ans à 24 environ. L'ancienne institution de la dot a été entièrement abandonnée. « Dans ce village », explique Shahina, « les filles se marient avec leur propre 'dot', qu'elles ont gagnée elles-mêmes. Ici nous sommes sur un plus grand pied d'égalité avec les hommes ».

Sans ce projet, Shahina dit qu'« elle se serait probablement mariée à 19 ans, aurait déjà un enfant et resterait pauvre et sous-alimentée ».

nombre de familles nucléaires traditionnelles³⁷ et la transmission de la préférence pour les familles nombreuses d'une génération à l'autre³⁸. Ces effets ne sont pas transitoires. Ils persistent d'autant plus longtemps que la mère adolescente est plus pauvre. Ils peuvent diminuer si le niveau d'éducation et de revenu augmente, mais ce sont là des objectifs qu'il est encore plus difficile d'atteindre. Parmi les femmes pauvres (mais non parmi les femmes de condition plus aisée), une grossesse durant l'adolescence se traduit par une rémunération mensuelle plus basse. Et c'est seulement parmi les pauvres que la nutrition des enfants en subit l'effet.

Les politiques sociales doivent recourir à l'information et aux services afin de prévenir les grossesses précoces non désirées et d'améliorer, pour les jeunes mères pauvres, les chances de recevoir une éducation ou d'obtenir un emploi rémunérateur, ainsi que d'avoir accès à une éducation à la santé en matière de reproduction et aux services connexes.

LES COÛTS DU VIH/SIDA Plus de 50 % des nouveaux cas d'infection par le VIH/sida frappent chaque année des jeunes âgés de 15 à 24 ans. La proportion des jeunes âgés de 15 à 19 ans est actuellement étudiée,

mais il est difficile de la préciser³⁹. Les coûts de la pandémie sont énormes : stagnation du développement, perte de production agricole, niveau d'éducation moindre, coûts de formation additionnels pour compenser les pertes de personnel, surcharge des centres de santé, coût du traitement (quand il est disponible) et des soins, entre autres choses. La Commission de la macroéconomie et de la santé a évalué à 34 600 dollars l'économie réalisée chaque fois qu'une infection par le VIH/sida est évitée dans un pays pauvre, sur la base d'une rémunération moyenne annuelle par habitant de 1 000 dollars⁴⁰.

La prévention du VIH/sida, qui se situe au cœur de l'action de l'UNFPA contre la pandémie, a été jugée 28 fois plus rentable que la thérapie antirétrovirale très active (HAART)⁴¹. Bien entendu, une approche globale du VIH/sida reconnaît que prévention et traitement combinent leurs effets (par exemple, HAART réduit la charge virale, ce qui rend la transmission moins probable), et il faut trouver un équilibre entre les activités visant l'impact sanitaire et celles qui s'attaquent aux contextes sociaux et institutionnels porteurs de risque⁴². Des études détaillées doivent être conduites au niveau local pour déterminer les coûts et bénéfices particuliers des programmes conçus en fonction de conditions locales.

Peu d'études existent sur les résultats des activités de prévention du VIH/sida. Une analyse détaillée faite au Honduras, où la prévalence du VIH/sida est jugée faible (environ 0,1 %), a calculé le ratio coûts-bénéfices d'un programme d'éducation destiné aux adolescents en milieu scolaire et estimé que les bénéfices représentaient moins de la moitié des coûts⁴³. Mais les bénéfices varient directement en fonction du niveau de prévalence. Dans les groupes de population où la prévalence est de 1 % (c'est le moment où, souvent, les décideurs prennent note de l'épidémie et mettent en place des programmes), le rendement serait de cinq dollars pour chaque dollar investi. Dans les pays où la prévalence est de 20 %, le rendement passerait soudain à 99 dollars pour chaque dollar investi. Le rendement exact dépend des taux de couverture, ainsi que de la conception et de l'exécution des programmes.

Les systèmes coordonnés d'activités préventives orientées vers le changement de comportement – notamment ces activités à l'attention des jeunes non scolarisés, l'action mobile pour les groupes à risque élevé et la prévention de la transmission mère-enfant – seraient encore plus rentables sur les plans privé et social. Les analyses qui font place aux bénéfices additionnels des programmes d'information sur la santé en matière de reproduction (au-delà de ceux liés strictement à l'incidence du VIH/sida) donneraient une évaluation encore plus élevée des rendements attendus.

Aux États-Unis, d'autres études sur le rendement des activités visant à prévenir un comportement sexuel risqué ont fait apparaître des bénéfices considérables. Un programme scolaire de prévention du VIH, des IST et de la grossesse produirait selon les évaluations un rendement de 2,65 dollars pour chaque dollar dépensé. Une deuxième étude sur la prévention du comportement sexuel non protégé a fait apparaître une économie de 5,10 dollars dans le volume des ressources qui autrement auraient été dépensées en raison des problèmes ainsi créés⁴⁴. Une autre étude encore a fait apparaître une économie de 5,00 dollars pour chaque dollar dépensé grâce à des activités complémentaires

visant à prévenir un comportement sexuel risqué, cela dans le cadre d'une intervention dirigée contre la consommation de tabac et de drogues⁴⁵.

LES COÛTS DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION Le montant estimatif des ressources additionnelles nécessaires pour améliorer la qualité et la couverture de l'éducation élémentaire s'élève à non moins de 30 milliards de dollars par an⁴⁶. Les bénéfices des programmes d'éducation sont divers et substantiels. Des études nationales

31

DES ENSEIGNEMENTS POUR L'AVENIR Les programmes visant à répondre aux préoccupations relatives à la santé des

adolescents en matière de reproduction et de sexualité ont considérablement progressé depuis la CIPD (1994). On dispose maintenant d'une expérience suffisante pour orienter la planification des programmes et identifier les tâches essentielles de l'avenir. Les enseignements tirés sont notamment les suivants :

- Les décideurs, les chefs de gouvernement et les guides de la société civile doivent participer à l'élaboration de politiques et de programmes positifs.
- Le soutien communautaire est essentiel pour faire mieux accepter et utiliser les services accueillants à la jeunesse.
- La participation des jeunes et les partenariats entre jeunes et adultes sont d'importance cruciale pour assurer la pertinence des programmes, un contrôle effectif sur ceux-ci et leur utilisation efficace.
- La prise de conscience des problèmes sexospécifiques et l'équité entre les sexes doivent faire partie intégrante de la programmation.
- L'élévation de l'âge légal du mariage, avec un appel à la mobilisation sociale pour faire appliquer cette réforme, sera l'un des changements nécessaires pour aider les jeunes des deux sexes à mieux répondre à leurs responsabilités familiales, économiques et sociales.
- La prévention des grossesses précoces, des IST et du VIH doit être promue dans le système éducatif et dans les programmes de services, l'accent portant sur des pratiques sexuelles moins risquées et sur la protection double.

Voici quelques besoins essentiels auxquels on devra porter attention dans l'avenir :

- Une information de base sur les programmes - notamment les données relatives aux coûts - doit être collectée de manière systématique et rendue accessible pour que tous puissent s'informer à partir d'expériences très différentes.
- Les programmes de base, par exemple l'éducation à la sexualité et les services accueillants aux jeunes, doivent être exécutés à plus grande échelle, surtout si l'infrastructure existe pour ce faire.
- Il faut élaborer et mettre à l'essai de meilleurs modèles de programme pour atteindre les jeunes non scolarisés.
- Il faut mettre à l'essai des modèles de programmation dans les sociétés attachées aux traditions.
- Il faut renforcer les activités de documentation et d'évaluation.

détaillées produisent des évaluations à mettre en relation avec les points spécifiques du programme considéré. Un programme de bourses, en Colombie, produirait 3,31 dollars pour chaque dollar dépensé⁴⁷. Dans le même pays, un programme d'éducation élémentaire et d'alphabétisation pour adultes produirait 19,90 dollars pour chaque dollar dépensé⁴⁸.

Ces niveaux de rendement sont élevés par rapport à ceux que rapportent les investissements effectués dans plusieurs autres secteurs du développement (notamment la foresterie, l'irrigation, l'élevage et plusieurs programmes d'agriculture).

Les investissements dans l'éducation et la santé, y compris les services de santé en matière de reproduction, sont très rentables. Les avantages en sont les suivants : fécondité plus basse, réduction des niveaux d'IST, report de l'âge du mariage, capacité accrue d'utiliser l'information sanitaire et nutritionnelle, perfectionnement des savoir-faire nécessaires à la vie (grâce à des programmes d'études appropriés), et amélioration de l'égalité et de l'équité entre les sexes. Les individus, les familles et les nations tirent directement profit de ces nombreux résultats. Il est très difficile d'isoler ces composantes, mais on voit clairement que pour toute personne éduquée et ses enfants, la santé en matière de reproduction est un domaine de haute importance, qu'on l'aborde par des voies directes ou non. L'éducation des filles produit des rendements plus élevés.

Aujourd'hui, plus de 1,2 milliard d'adolescents arrivent à l'âge adulte. Leur succès et leur bonheur dépendent du soutien, des exemples, de l'éducation, des possibilités et des ressources qui leur sont fournis. Ils doivent accéder à l'autonomie pour faire des choix responsables et sains et recevoir l'information et les services nécessaires. Les générations à venir en tireront bénéfice si nous investissons dans le bien-être et assurons la participation de la génération de jeunes la plus nombreuse que le monde ait connue.

Lors de son examen, après cinq ans, de l'application du Programme d'action de la CIPD, l'Assemblée générale des Nations Unies a demandé aux gouvernements de répondre aux besoins des adolescents en fournissant « des services bien choisis, ciblés, facilement utilisables et accessibles permettant de répondre avec efficacité à leurs besoins en matière de sexualité et de reproduction, notamment en ce qui concerne l'éducation dans le domaine de la santé en matière de reproduction, l'information, les services d'assistance et des stratégies de promotion de la santé ». Le but est « de leur permettre de faire des choix et de prendre des décisions responsables et informés ... afin, entre autres choses, de réduire le nombre des grossesses d'adolescentes ».

L'accord de 1999 énonce également ce qui suit :

- Les gouvernements devraient « faire en sorte que les parents et les autres personnes assumant des responsabilités légales apprennent à conseiller leurs enfants adolescents et à les informer sur la sexualité et la procréation d'une manière qui tienne compte de leur degré de maturité ».
- « Les adolescents sexuellement actifs ont besoin d'informations, de conseils et de services spéciaux dans le domaine de la planification familiale, ainsi que dans celui de la prévention et du traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida ».
- « Ces services devraient préserver le droit des adolescents au respect de leur vie privée et à la confidentialité et leur permettre d'agir en connaissance de cause, dans le respect de leurs valeurs culturelles et de leurs croyances religieuses et conformément aux conventions et accords internationaux pertinents en vigueur ».
- « Les adolescentes qui tombent enceintes courent des risques particuliers et ont besoin d'un appui particulier de la part de leur famille, des professionnels de la santé et de la collectivité pendant leur grossesse, au moment de l'accouchement et pendant la petite enfance de leur bébé. Cet appui devrait permettre à ces adolescentes de poursuivre leurs études ».
- Les pays devraient « faire en sorte que les programmes et les attitudes des professionnels de la santé ne limitent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin, y compris pour ce qui concerne la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida, ainsi que de la violence et des abus sexuels ».
- Les pouvoirs publics, avec l'assistance des donateurs, devraient « faire en sorte que, d'ici à 2005, au moins 90 % et, d'ici à 2010, au moins 95 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour acquérir les connaissances leur permettant de mieux se protéger contre l'infection par le VIH. Les services en question devraient comprendre l'accès à des moyens de prévention tels que les préservatifs féminins et masculins, les tests de dépistage volontaires, le soutien psychosocial et le suivi ».



notes et indicateurs

notes 62

sources des encadrés 69

indicateurs

Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus 70

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques 74

Indicateurs retenus pour les pays / territoires
les moins peuplés 78

Notes relatives aux indicateurs 80

Notes techniques 81

CHAPITRE PREMIER

- 1 Ce résumé est basé sur : B. Cohen, 2003. "Youth in Cities: An Overview of Key Demographic Shifts." Exposé Power Point à la réunion sur le thème Youth Explosion in Developing World Cities: Approaches to Reducing Poverty and Conflict in an Urban Age, Woodrow Wilson Center for International Scholars, Washington, D.C., 20 février 2003.
- 2 D'importantes enquêtes multinationales et des études qualitatives sur les jeunes sont actuellement menées par diverses institutions de recherche aux États-Unis, notamment Alan Guttmacher Institute, les Centers for Disease Control and Prevention et Family Care International. Un examen des travaux existants est en cours sous les auspices du Comité de la population du National Research Council, National Academy of Sciences des États-Unis (Le projet Transitions à l'âge adulte).
- 3 ONU. 1995. *Population et développement*, vol. 1: Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 5-13 septembre 1994, paragraphe 7.2. New York : Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 4 ONU. 2002. *Rapport mondial sur la jeunesse, 2003 : Rapport du Secrétaire général* (E/CN.5/2003/4), par. 16. New York : Commission du développement social, ONU.
- 5 D. Filmer et L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries". *Population and Development Review* 25(1): 85-120.
- 6 Cette section est tributaire des résultats préliminaires basés sur les séries de données de six enquêtes démographiques et sanitaires (Bolivie, Népal, Niger, Nigéria, Rajasthan [Inde] et Turquie), présentés sous forme de tableaux pour : J. Rosen (à paraître). *Adolescent Health and Development: A Resource Guide for World Bank Staff and Government Counterparts*. Washington, D.C. : Banque mondiale.
- 7 Différences tirées des rapports de la série : Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country], préparée par D. R. Gwatkin et al., pour le Groupe thématique HNP/Poverty de la Banque mondiale. Voir aussi : UNFPA. 2002. *L'état de la population mondiale 2002 : Population, pauvreté et potentialités : Mettre le développement au service des pauvres*, Diagramme 7, p. 37. New York: UNFPA.
- 8 Source de cette section : R. Curtain, 2002. "Youth in Extreme Poverty: Dimensions and Country Responses." (à l'état de projet.) Site Web : http://www.un.org/esa/socdev/unyin/helsinki/ch03_poverty_curtain.pdf, consulté le 6 janvier 2003.
- 9 Pour un débat complet sur la prime démographique, voir : UNFPA 2002 et les matériels indiqués en référence.
- 10 La variation selon les pays des structures et de la dynamique des groupes d'âge peut être aussi marquée que la diversité des obstacles au développement et des possibilités d'y faire face.
- 11 Les différences concernant la santé et la fécondité sont examinées dans : UNFPA 2002, ch. 4.
- 12 Données des enquêtes démographiques et sanitaires analysées par Population Council. Site Web : www.popcouncil.org/gfd/gfddhs.html, consulté le 1er avril 2003. Note : les données n'ont pas été collectées pour la plupart des pays d'Asie du Sud et d'Asie orientale.
- 13 USAID, UNICEF et ONUSIDA. 2002. *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Programme Strategies*. Washington, D.C.: The Synergy Project.
- 14 Ibid.
- 15 UNICEF. 2001a. *La situation des enfants dans le monde 2001 : La première enfance*. New York: UNICEF.
- 16 Voir : National Center for Missing and Exploited Children. Arlington, Virginia. Site Web : www.operationlookout.org/lookoutmag/why_children_run_away.htm, consulté le 8 juin 2003; ChildLine. Londres. Site Web : www.childline.org.uk/Whydochildrenandyoungpeopleunaway_orbecomehomeless.asp, consulté le 8 juin 2003; et Centre for Addiction and Mental Health. Toronto, Canada. Site Web : <http://www.camh.net>, consulté le 19 décembre 2002.
- 17 E. Volpi, 2002. "Street Children: Promising Practices and Approaches." Document de travail de l'Institut de la Banque mondiale. Washington, D.C., Institut de la Banque mondiale, Banque mondiale.
- 18 International Youth Foundation. 2001. *Annual Report 2001: I Want to Belong*. Baltimore, Maryland: International Youth Foundation.
- 19 R. Larson et al. 2002. "Changes in Adolescents' Interpersonal Experiences: Are They being Prepared for Adult Relationships in the Twenty-first Century?" *Journal of Research on Adolescence* 12(1): 31-68; et OMS et National Institute on Drug Abuse. 2000. *Street Children and Drug Abuse: Social and Health Consequences: Meeting Proceeds, September 17-19, 2000: Marina Del Rey, California*. Genève et Washington, D.C.: OMS et National Institute on Drug Abuse.
- 20 OMS et National Institute on Drug Abuse 2000, p. 16.
- 21 OMS. 2000. *Travailler avec les enfants des rues : Module 1 : Un profil des enfants des rues* (WHO/MSD/MDP/OO.14). Genève : Département de la santé mentale et de la toxicomanie, OMS.
- 22 OMS et National Institute on Drug Abuse 2000, p. 14.
- 23 A. S. Walters, 1999. "HIV Prevention in Street Youth." *Journal of Adolescent Health* 25(3): 187-198.
- 24 S. M. Leiderman, 1996. "Learning to Recognize Environmental Refugees," p. 1. Communication préparée pour : Symposium No. 316, "Environmental Refugees: Anticipation, Intervention, Restoration". Réunion annuelle de l'American Association for the Advancement of Science, Baltimore, Maryland, 13 février 1996. Pour un examen approfondi des rapports entre population, environnement et développement, voir : UNFPA. 2001. *L'état de la population mondiale 2001 : Empreintes et jalons : Population et changement environnemental*. New York: UNFPA.
- 25 The Population Council, s.d. *Facts about Adolescents from the Demographic and Health Survey: Statistical Tables for Program Planning*. New York: Population Council. Voir le site Web : www.popcouncil.org/gfd/gfddhs.html, consulté le 30 mai 2003.
- 26 S. Amin et al. 1998. "Transition to Adulthood of Female Garment-factory Workers in Bangladesh." *Studies in Family Planning* 29(2): 185-200.
- 27 A. J. Ajuwon et al. 2002. "HIV Risk-related behavior, Sexual Coercion, and Implications for Prevention Strategies among Female Apprentice Tailors, Ibadan, Nigeria." *AIDS and Behavior* 6(3): 229-235.
- 28 UNICEF. 2001b. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. Site Web : www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.
- 29 International Center for Research on Women. 2003. "Research for Policy Action: Adolescents and Migration in Thailand." Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Site Web : <http://www.icrw.org/projects/thaimigration/thaimigration.htm>, consulté le 24 avril 2003.
- 30 Consejo Nacional de Poblacion. 2000. "Adolescent and young workers in temporary migration to the United States, 1998-2000." *Migracion Internacional* 4(11) :1-8.
- 31 UNICEF 2001a.
- 32 UNICEF. 2000a. "Children in War: Special Focus." Londres : UNICEF. Site Web : www.unicef.org.uk/news/soldiers.htm, consulté le 8 juillet 2003.
- 33 HCR. 1999. "Global Appeal: Programme Overview." Site Web : www.unhcr.ch/fdrs/ga99/children.htm.
- 34 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2002. *Fending for Themselves: Afghan Refugee Children and Adolescents Working in Urban Pakistan*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.
- 35 Source pour ce paragraphe : UNICEF 2000a.
- 36 B. Mensch, J. Bruce et M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council; A. M. Adams, S. Madhavan et D. Simon. 2002. "Women's Social Networks and Child Survival in Mali." *Social Science and Medicine* 54(2): 165-78; et H.P. Kohler, J. R. Behrman et S. C. Watkins. 2001. "The Density of Social Networks and Fertility Decisions: Evidence from South Nyanza District, Kenya." *Demography* 38(1): 43-58.
- 37 ONU. 2003. *with "Rapport concis sur le suivi de la situation mondiale en matière de population, 2003 : Population, éducation et développement. Rapport du SG* (E/CN.9/2003/2), p. 13. New York: ONU.
- 38 UNESCO. 2002. *Regional and Adult Illiteracy Rate and Population by Gender*. Paris: Secteur de l'alphabétisation et de l'éducation non structurée, Institut de statistique, UNESCO.
- 39 UNESCO. 2 septembre 2002. "Statistics Show Slow Progress Toward Universal Literacy." Communiqué de presse. Paris: UNESCO.
- 40 PNUD. 2002. *Rapport mondial sur le développement humain 2002 : Deepening Democracy in a Fragmented World*, p. 10. New York: Oxford University Press.
- 41 UNICEF. 2000b. *Éduquer les filles, transformer l'avenir*. New York: UNICEF. Site Web : www.unicef.org/pubsgen/girlsed/girlsed.pdf, consulté le 8 juillet 2003.
- 42 Partners on Sustainable Strategies for Girls' Education, s.d. "Research Data: Gender Disparity Countries." Site Web : www.girlseducation.org/PGE_Active_Pages/Data/TargetCountries/main.asp, consulté le 20 janvier 2003.
- 43 J. C. Caldwell, P. H. Reddy et P. Caldwell. 1983. "The Causes of Marriage Change in South India." *Population Studies* 37(3): 343-361; H. Khattab, 1996. *Women's Perceptions of Sexuality in Rural Giza*. Monographie dans *Reproductive Health*. No. 1. Le Caire : Reproductive Health Working Group, the Population Council; et S. E. Levine, 1993. *Dolor y Alegría: Women and Social Change in Urban Mexico*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- 44 B. S. Mensch et C. B. Lloyd. 1997. « Gender Differences in the Schooling Experiences of Adolescents in Low-Income Countries: The Case of Kenya. » Policy Research Division Working Paper. No. 95. New York: The Population Council.
- 45 Mensch, Bruce et Greene 1998.
- 46 Caldwell, Reddy et Caldwell 1983; Khattab 1996; et Levine 1993.
- 47 Source des données pour cette section : ONU 2003.
- 48 Programme international sur l'élimination du travail des enfants, information statistique et programme de suivi sur le travail des enfants, 2002. *Chaque enfant compte : nouvelles évaluations mondiales sur le travail des enfants*. Genève, Bureau international du Travail, BIT.
- 49 UNICEF, s.d. "Child Labour: UNICEF: Building a Protective Environment for Children." New York: UNICEF. Site Web : www.unicef.org/media/childlabour/factsheet.htm, consulté le 7 juin 2003; et UNICEF. 2000c. *Le progrès des nations 2000*. New York: UNICEF. Site Web : www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf, consulté le 5 janvier 2003.
- 50 Programme international sur l'élimination du travail des enfants, information statistique et programme de suivi sur le travail des enfants, 2002
- 51 Ibid.
- 52 Ibid.

- 53 UNFPA, s.d. "Fast Facts on Adolescents and Youth." New York: UNFPA. Site Web : <http://www.unfpa.org/adolescents/facts.htm>, consulté le 23 janvier 2003.
- 54 BIT. Base de données statistiques. Données pour 2000. Genève: BIT. Site Web : <http://laborsta.ilo.org/cgi-bin/brokerv8.exe>, consulté le 19 avril 2003.
- 55 Ibid.
- 56 UNICEF, s.d., et UNICEF 2000.
- 57 P. M. Emerson et A. P. Souza. 2002. "The Effect of Adolescent Labor on Adult Earnings and Female Fertility in Brazil." Document de base présenté au projet Transitions à l'âge adulte du National Research Council.
- 58 Cette relation est complexe et le rapport n'est pas nécessairement causal. Les préférences pour travailler et avoir des enfants peuvent aller de pair. Toutefois, celles qui commencent à travailler de bonne heure et quittent l'école risquent de ne pas voir la documentation relative à la santé en matière de reproduction qui est souvent réservée aux dernières classes de l'enseignement secondaire.
- 59 Cohen 2003.

CHAPITRE 2

- 1 B. D. Miller. 1997. "Social Class, Gender and Intra-household Food Allocations to Children in South Asia." *Social Science and Medicine* 44(11): 1685-1695; et M. Das Gupta, 1987. "Selective Discrimination Against Female Children in Rural Punjab, India." *Population and Development Review* 13(1): 77-100.
- 2 J. Leslie, E. Ciemins et S. B. Essama. 1997. "Female Nutritional Status across the Life-span in sub-Saharan Africa 1: Prevalence Patterns." *Food and Nutrition Bulletin* 18(1): 20-43. Les mesures de l'enquête anthropométrique ne font pas apparaître des différences nettes à un jeune âge dans la plupart des contextes, mais il suffit d'un léger désavantage pour enseigner et renforcer des normes inégales pour les deux sexes.
- 3 F. Leach, 1998. "Gender, Education and Training: An International Perspective." *Gender and Development* 6(2): 9-18.
- 4 B. Agarwal, 1994. "Gender and Command over Property: A Critical Gap in Economic Analysis and Policy in South Asia." *World Development* 22(10): 1455-1478.
- 5 L. L. Heise, J. Pitanguy et A. Germain. 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Documents de travail de la Banque mondiale. No. 255. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 6 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italie. Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. Site Web : www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.
- 7 UNICEF, ONUSIDA et OMS. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis*. New York: UNICEF.
- 8 Cette section a beaucoup emprunté au travail de : B. S. Mensch., S. Singh et J. Casterline. (À paraître.) "Trends in the Timing of First Marriage among Men and Women in the Developing World." Communication présentée à la réunion annuelle de la Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1er-3 mai 2003. Elle figurera dans la future publication, par la National Academy of Sciences, du projet Transitions à l'âge adulte.
- 9 Dans les pays d'Amérique latine et les pays de l'ex-Union soviétique situés en Asie, les adolescents comptaient pour moins de 20 % des mariages dans les années 70. Leur part dans le nombre total des mariages a donc, de ce fait, relativement peu diminué.
- 10 Voir : ONU. 2003. *Rapport concis sur le suivi de la situation mondiale en matière de population. 2003 : Population, éducation et développement. Rapport du SG* (E/CN.9/2003/2). New York: ONU.
- 11 La pratique est évidemment plus importante que les lois elles-mêmes. Depuis 1990, plus de 20 pays ont relevé l'âge légal du mariage, mais la relation entre ces lois et la pratique n'est pas encore visible. L'importance relative des systèmes juridiques officiel et coutumier varie considérablement.
- 12 Pour ces analyses, suivant la convention en démographie, on entend par mariage toutes les formes d'union socialement reconnues : cohabitation, union consensuelle, "union libre" et mariage légitimé par la coutume, les rites religieux et la loi. Il est nécessaire d'adopter cette définition large pour les comparaisons entre pays, car la fréquence des différentes formes d'union varie considérablement selon les cultures. Ces séries de données prennent en compte exclusivement les unions hétérosexuelles.
- 13 Cette section repose sur les données nationales et les moyennes nationales non pondérées par région calculées par : ONU. 2000. *World Marriage Patterns 2000*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU. Ou consulter le tableau à : www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriage.htm. Cette base de données fait place à la dernière enquête disponible en provenance de 152 pays différents. Les analyses de la National Academy of Sciences (voir : Mensch, Singh et Casterline [à paraître]) imposent des restrictions qui ne permettent de prendre en considération que 117 pays, et les données tendanciennes sont basées sur 74 pays ayant fait l'objet d'enquêtes multiples.
- 14 Les moyennes de l'Europe orientale sont plus élevées. Dans certains pays de la Communauté des États indépendants, près de 4 % des adolescents de sexe masculin sont mariés.
- 15 La moitié ou davantage des femmes âgées de 15 à 19 ans sont mariées ou l'ont été dans les pays suivants : Afghanistan, Bangladesh, Congo, Mali, Niger, Ouganda et République démocratique du Congo.
- 16 La moyenne est de 40 % dans les régions d'Asie centrale et le Kazakhstan, les pays d'Asie du Centre et du Sud approchent de ce taux, et plusieurs sous-régions atteignent en moyenne 33 % ou un peu moins seulement (Afrique centrale, Europe orientale, Amérique centrale et Micronésie). Les taux les plus faibles de mariage précoce (moins de 15 %) se rencontrent en Afrique du Nord, en Asie orientale, dans les Caraïbes, et en Australie et Nouvelle-Zélande.
- 17 Ces régions sont les suivantes : Afrique orientale, centrale et de l'Ouest, républiques d'Asie centrale et Kazakhstan, et Asie du Centre et du Sud. Les pays où le taux dépasse 80 % sont les suivants : en Asie du Centre et du Sud, Népal, Inde, Afghanistan, Bangladesh et Maldives; en Afrique de l'Ouest, Bénin, Gambie, Burkina Faso, Guinée, Mali et Niger; en Afrique centrale, Angola, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad; en Afrique orientale, Malawi, Mozambique et Ouganda.
- 18 UNICEF 2001.
- 19 M. E. Greene, 1997. "Watering the Neighbour's Garden: Investing in Adolescent Girls in India." *Regional Working Papers*. No. 7. New Delhi: The Population Council.
- 20 M. Arends-Kuening et S. Amin. 2000. "The Effects of Schooling Incentive Programs on Household Resource Allocation in Bangladesh." *Policy Research Division Working Paper*. No. 133. New York: The Population Council.
- 21 S. Unisa, 1995. "Demographic Profile of the Girl Child in India." *Social Change: Issues and Perspectives* 25(2-3): 30-37; et R. Hussain et A. H. Bittles. 1999. "Consanguineous Marriage and Differential Use and Fertility in Pakistan." *Journal of Biosocial Science* 31(1): 121-138.
- 22 Sources : S. Singh et R. Samara. 1996. "Early Marriage Among Women in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 22(4): 148-157, 175; B. Mensch, J. Bruce et M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council; L. Hersh, 1998. "Issues at a Glance: Giving up Harmful Practices." Washington, D.C., Advocates for Youth. Site Web : www.advocatesfor-youth.org/publications/iag/harmprac.htm, consulté le 8 juin 2003.
- 23 S. Clark, 2003. "Early Marriage and HIV Risks in Sub-Saharan Africa." Manuscrit inédit.
- 24 Sources : Singh et Samara 1996; Mensch, Bruce et Greene 1998; et Hersh 1998.
- 25 M. Ellsberg, 2002. "Reproductive Health Consequences of Gender-based Violence." Communication présentée à "Technical Update on Gender-based Violence (GBV) and Reproductive Health/HIV (RH/HIV)," Interagency Gender Working Group/Agency for International Development des États-Unis, Washington, D.C., 1er mai 2002, voir : www.prb.org/Content/NavigationMenu/Measure_Communication/Gender3/Gender-Based_Violence_and_Reproductive_Health_and_HIV_AIDS__3-c.htm, consulté le 7 juin 2003; et OMS. 2001. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*. Genève: OMS. Voir : www.who.int/mipfiles/2255/FinalVAWprogressreportforwebpagewithoutcover.pdf, consulté le 21 avril 2003.
- 26 Centre népalais d'éducation, information et communication pour la santé et UNFPA. 1995. "Arrange the Marriage of Your Daughter After 20 Years of Age" (Item No. PO NEP 64). Affiche. Katmandou : Centre népalais d'éducation, information et communication pour la santé, Ministère népalais de la santé. Site Web : www.jhuccp.org, consulté le 19 avril 2003.
- 27 H. Zhu, 1996. "Arranged Marriages Annulled by Law." *China Population Today* 13(3): 15.
- 28 R. Chandrasekhar, 1996. "Childhood in Rajgarh: Too Young for Wedlock, Too Old for the Cradle." *Economic and Political Weekly* 31(40): 2721-2722.
- 29 Les projets pertinents sont décrits sur les sites Web : www.myrada.org/belgaum.htm, www.myrada.org/madakasira.htm, www.myrada.org/hdkote.htm, consultés le 8 juin 2003.
- 30 S. Amin et al. 1997. "Transition to Adulthood of Female Factory Workers: Some Evidence from Bangladesh." *Policy Research Division Working Papers*. No. 102. New York: The Population Council.
- 31 Banque mondiale. 2003. "Public and Private Initiatives: Working Together in Health and Education." Washington, D.C.: Banque mondiale. Site Web : www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/ppi/pubpri2b.htm, consulté le 21 avril 2003.
- 32 Voir : S. Amin et G. Sedgh. 1998. "Incentive schemes for school attendance in rural Bangladesh." *Policy Research Division Working Paper*. No. 106. New York: The Population Council; et M. Arends-Kuening, et S. Amin. 2000. "The Effects of Schooling Incentive Programmes on Household Resource Allocation in Bangladesh." *Policy Research Division Working Paper*. No. 133. New York: The Population Council.
- 33 Banque mondiale. 2003.
- 34 Greene 1997.
- 35 ONU. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects* (ESA/P/WP.717). New York: Commission de la population et du développement, ONU.
- 36 L'âge auquel commence la menstruation diminue à mesure que la nutrition s'améliore dans les groupes de population mal nourris. Un niveau moyen est atteint, entre 11 et 13 ans, en dessous duquel de nouvelles baisses sont peu probables. Voir pour un exemple et des références : A. D. Khan et al. 1995. "Age at Menarche and Nutritional Supplementation." *The Journal of Nutrition* 125: 1090S-1096S; et P. H. Whincup et al. 2001. « Age of Menarche in Contemporary British Teenagers: Survey of Girls Born between 1982 and 1986. » *British Medical Journal* (322): 1095-1096.

- 37 A. Brown et al. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Genève: Family and Community Health, Department of Reproductive Health and Research, OMS; et S. Jejeebhoy et S. Bott. 2003. "Non-Consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries." Communication présentée à la réunion annuelle 2003 de la Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1er-3 mai 2003.
- 38 Brown et al. 2001.
- 39 A. Meier. 2003. "The Effects of Sexual Activity on Adolescent Well-being." Communication présentée à la réunion annuelle 2003 de la Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1er-3 mai 2003.
- 40 Ce débat emprunte beaucoup au Programme spécial de recherche, développement et formation à la recherche en matière de reproduction humaine du PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale : Brown et al. 2001.
- 41 T. Hoff, L. Greene et J. Davis. 2003. *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitude and Experiences*. Menlo Park, California.: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- 42 Brown et al. 2001.
- 43 Voir : Enquêtes démographiques et sanitaires conduites entre 1998 et 2001. Calverton, Maryland: ORC Macro. Site Web : www.measureDHS.com.
- 44 Ibid.
- 45 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000: Data Sheet*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 46 J. M. Mendez Ribas, S. Necchi et M. Schufer. 1995. "Risk Awareness and Sexual Protection: Perceptions and Behaviour among a Sexually Active Population, Argentine." Buenos Aires, Argentine: Hôpital de l'Université de Buenos Aires. Rapport intérimaire non publié cité dans : A Brown et al. 2001.
- 47 M. Frase-Blunt, 6 octobre 2002. "The Sugar Daddies' Kiss of Death." *The Washington Post*.
- 48 Brown et al. 2001.
- 49 Dans certains endroits, par exemple diverses parties de l'Afrique, les rapports sexuels et la grossesse font partie du processus de longue durée qui aboutit au mariage. Même dans les pays développés, les taux de la première naissance dans les six premiers mois du mariage ne sont pas négligeables. Voir C. H. Bledsoe et B. Cohen. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington D.C.: National Academies Press.
- 50 Dans ce dernier cas, la grossesse précède le recours aux soins. Il n'y a pas de rapport causal, ni de sentiment de vulnérabilité. Voir : Brown et al. 2001.
- 51 La plus forte proportion d'avortements se rencontre chez les femmes mariées ayant atteint un stade avancé de leur vie procréatrice. Le nombre relatif de filles jeunes sexuellement actives est peut-être faible; parmi la minorité d'entre elles qui deviennent enceintes, celles qui choisissent d'avorter continuent de former une proportion élevée. Voir : Brown et al. 2001. Voir aussi : A. Mundigo et C. Indriso (éd.) 1999. *Abortion in the Developing World*. Londres : Zed Books.
- 52 Seuls le Kazakhstan et les Philippines signalent un nombre suffisant de conceptions pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions. Voir: Brown et al. 2001.
- 53 M. M. Ali, N. Gupta et I. da Costa Leite. 2003. "Conception and Contraception among Young Single Women: An International Comparison." Communication présentée à la réunion annuelle de la Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1er-3 mai 2003.
- 54 Ibid. Les résultats communiqués concernent les femmes âgées de 15 à 24 ans. Des analyses ultérieures fourniront peut-être des informations concernant exclusivement les femmes de moins de 20 ans.
- 55 Ibid. Seuls l'Arménie, le Kazakhstan et les Philippines possédaient l'information détaillée nécessaire. Ces pays ont communiqué d'eux-mêmes les données.
- 56 Ibid. Il s'agit ici des pays suivants : Bolivie, Brésil, Colombie, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Pérou et République dominicaine. Les unions libres sont relativement courantes dans la région.
- 57 W. Finger, 2000. "Sex Education Helps Prepare Young Adults." *Network* 20(3): 10-15.
- 58 Diverses études de pays sont citées dans : K. Best, 2000. "Many Youth Face Grim STD Risks." *Network* 20(3): 4-9; Hope Enterprises, Ltd. 2002a. *Report of Adolescent Condom Survey: Jamaica: 2001*. Préparé pour le projet Commercial Market Strategies. Kingston, Jamaïque: Hope Enterprises, Ltd.; et C. Waszak et M. Wedderburn. 2001. "Baseline Community Youth Survey." Rapport final non publié pour le projet UNFPA VIP/Youth Project. Research Triangle Park, Caroline du Nord, et Kingston, Jamaïque: Family Health International and Hope Enterprises, Ltd. Voir aussi : Jejeebhoy et Bott 2003.
- 59 K. Wood et R. Jewkes. 1997. "Violence, Rape, and Sexual Coercion: Everyday Love in a South African Township," p. 41. *Gender and Development* 5(2): 41-46.
- 60 A. Dreyer, J. Kim et N. Schaay. 2002. "Violence against Women: What Do We Want to Teach Our Teachers?" ID21 Research Highlight. Brighton, Royaume-Uni : ID21 Research Development. Voir le site Web : www.id21.org/Education/EgveDreyer.html.
- 61 Département d'État des États-Unis. 2002. *Victims of Trafficking and Violence Protection Act 2002: Trafficking in Persons Report*. Washington, D.C.: Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons, Département d'État des États-Unis; et Pino Arlacchi. 2000. "Against All the Godfathers: The Revolt of the Decent People." *The World Against Crime*, Numéro spécial du *Giornale di Sicilia*: 7
- 62 Coalition to Abolish Slavery and Trafficking. 2002. "Fact Sheet on Trafficking." Los Angeles, Californie : Coalition to Abolish Slavery and Trafficking. Site Web : www.trafficked-women.org/factsheet.htm, consulté le 13 décembre 2002; et A. O. Richard, 2000. *International Trafficking in Women to the United States: A Contemporary Manifestation of Slavery and Organized Crime*. An Intelligence Monograph. Director of Central Intelligence, Exceptional Intelligence Analyst Program. Washington, D.C.: Center for the Study of Intelligence, Central Intelligence Agency.
- 63 UNICEF. 1997. *Le Progrès des Nations 1997*. New York: UNICEF.
- 64 UNICEF, ONUSIDA et OMS 2002.
- 65 Ibid.
- 66 Dale Huntington. 2001. *Anti-Trafficking Programs in South Asia: Appropriate Activities, Indicators and Evaluation Methodologies: Summary Report of a Technical Consultative Meeting: 11-13 September 2001, Kathmandu, Nepal*. New Delhi: The Population Council.
- 67 D. Lowe, 2002. "Perceptions of the Cambodian 100 Per Cent Condom Use Program." Pp. 9-14 dans : "Documenting the Experiences of Sex Workers." Projet de rapport pour le POLICY Project. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group.
- 68 UNICEF, ONUSIDA et OMS 2002.
- 69 ONUSIDA. 1999. *Reducing Girls' Vulnerability to HIV/AIDS: The Thai Approach* (UNAIDS/99.34E). Étude de cas d'ONUSIDA. Collection des meilleures pratiques. Genève: ONUSIDA. Site Web : www.unaids.org/publications/documents/children/young/reducingcse.pdf, consulté le 21 décembre 2001; et Ambassade du Royaume de Thaïlande. 1997. "Children Prostitution." Washington, D. C.: Ambassade du Royaume de Thaïlande. Site Web : www.thaiembdc.org/socials/childpr.htm, consulté le 21 décembre 2001.
- 70 D. Balk, 2000. "To Marry and Bear Children: The Demographic Consequences of Infibulation in Sudan." Pp. 55-71 dans : *Female 'Circumcision' in Africa: Culture, Controversy, and Change*, édité par B. Shell-Duncan et Y. Hernlund. 2000. Boulder, Colorado: Lynne Rienner, éditeurs.
- 71 N. Wassef, 2001. "Male Involvement in Perpetuating and Challenging the Practice of Female Genital Mutilation in Egypt." Pp. 44-51 dans : *Men's Involvement in Gender and Development Policy and Practice: Beyond Rhetoric*, édité par C. Sweetman. Oxford: Oxfam.
- 72 UNFPA. 2000. *L'état de la population mondiale 2000 : Vivre ensemble dans des mondes séparés : Hommes et femmes à une époque de changements*. New York: UNFPA; et site Web de l'UNFPA, "Frequently Asked Questions on Female Genital Cutting": www.unfpa.org/gender/faq_fgcc.htm.
- 73 F. El-Zanaty et al. 1996. *Egypt Demographic and Health Survey 1995*. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.; et Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille. 1998. *Plan national d'éradication de l'excision à l'horizon 2007*. Bamako, Mali : Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.
- 74 D. Carr, 1997. *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program*. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- 75 Family Care International. 1999. *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report: Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: Family Care International.
- 76 UNIFEM, s.d. "Circumcision With Words: Fighting FGM in Kenya." Site Web : www.unifem.undp.org/newsroom/documents/kenyapro.pdf, consulté le 10 janvier 2003.
- 77 R. Boland, 2003. Base de données Population and Law (Harvard University). Résumé spécial fourni sur demande.
- 78 Tostan. 2003. "Vaccination Project Leads To Large Abandonment Of Female Genital Cutting And Early Marriage In Senegal." Site Web : www.tostan.org/news-May25_03.htm, consulté le 6 juillet 2003.
- 79 S. McLucas, 2001. "Stop Excision.Net: Report from Mali." Voir site Web : www.geocities.com/StopExcision/report.html, consulté le 10 janvier 2003.

CHAPITRE 3

- 7 K. Best, 2000. "Many Youths Face Grim STD Risks." *Network* 20(3): 4-9.
- 8 N. Luke, 2001. "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence on Prevalence and Implications for Negotiation of Safe Sex Practices for Adolescent Girls." Document établi pour l'International Center for Research on Women pour le projet AIDSMark. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 9 M. Fuglesang, 1997. "Lessons for Life: Past and Present Modes of Sexuality Education in Tanzanian Society." *Social Science and Medicine* 44(8): 1245-1254. Cité dans : Luke 2001.
- 10 UNICEF, ONUSIDA et OMS 2002.
- 11 Ibid. Les données sont empruntées aux enquêtes à groupes d'indicateurs multiples (MICS) et aux enquêtes démographiques et sanitaires, 1999-2001.
- 12 A. Brown et al. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Genève : Santé familiale et communautaire, Département de la santé et de la recherche génésiques, OMS.
- 13 Kiragu 2001.
- 14 OMS. 1998. *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development* (WHO/FRH/ADH/98.18), p. 6. Genève : Santé et développement de l'adolescent, OMS.
- 15 C. MacPhail, B. G. Williams et C. Campbell. 2002. "Relative Risk of HIV Infection among Young Men and Women in a South African Township." *International Journal of STD and AIDS* 13(5): 331-342.
- 16 ONUSIDA et OMS. 1997. *Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention and Care*. Collection des meilleures pratiques d'ONUSIDA : matériel clef. Genève: ONUSIDA. Cité dans : *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, par T. Summers, J. Kates et G. Murphy. 2002. Menlo Park, California: The Kaiser Family Foundation.
- 17 Brown et al. 2001.
- 18 H. Skhom et al. 2002. "Survey on Health Seeking Behaviour of Women Working in the Entertainment Sector in Phnom Penh." Phnom Penh, Cambodge: Center for Advanced Study, Pharmaciens sans frontières et Family Health International.
- 19 Brown et al. 2001.
- 20 UNICEF, ONUSIDA et OMS 2002.
- 21 ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida : juin 2000* (UNAIDS/00/13E). Genève : ONUSIDA. Cité dans : Kiragu 2001.
- 22 S. Babalola, D. Awasum et B. Quenum-Renaud. 2002. "The Correlates of Safe Sex Practices among Rwandan Youth: A Positive Deviance Approach." *African Journal of AIDS Research* 1(1): 11-21.
- 23 J. Jackson et al. 1998. *The Jamaica Adolescent Study*. Kingston, Jamaïque et Research Triangle Park, Caroline du Nord : Fertility Management Unit, University of the West Indies, et Family Health International.
- 24 L. Reichman et J. Tanne. 2002. *Timebomb: The Global Epidemic of Multi-Drug Resistant Tuberculosis*. New York: McGraw-Hill. Cité dans : *What Works: A Policy and Program Guide to Effective STI/HIV/AIDS Interventions*, par J. Gay et al. (À paraître.) Washington, D.C.: The POLICY Project.
- 25 D. Thompson, 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, TB and Malaria*. Genève : OMS.
- 26 Ibid.
- 27 UNICEF, ONUSIDA et OMS 2002.
- 28 USAID, UNICEF et ONUSIDA 2002, p., 9.
- 29 Ibid.
- 30 Banque mondiale. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: Banque mondiale. Cité dans : *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, par T. Summers, J. Kates et G. Murphy. 2002. Menlo Park, Californie : The Kaiser Family Foundation.
- 31 USAID, UNICEF et ONUSIDA 2002.
- 32 R. Ramlow, 2001. "Social Marketing for HIV/AIDS Prevention in Indonesia." Communication présentée au Dialogue on Social Marketing and Other Commercial Approaches to Improving Adolescent Reproductive Health, Washington, D.C., 15 février 2001. Washington, D.C.: Pathfinder International/FOCUS on Young Adults.
- 33 Population Services International et Population Reference Bureau. 2000. *Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operations Research Projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*. Washington, D.C.: Population Services International et Population Reference Bureau; S. Agha, 2000. "An Evaluation of Adolescent Sexual Health Programs in Cameroon, Botswana, South Africa, and Guinea." Population Services International Research Division Working Paper. No. 29. Washington, D.C.: Population Services International; et R. Van Rossen et D. Meekers. 1999. "The Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent Reproductive Health in Guinea." Population Services International Research Division Working Paper. No. 23. Washington, D.C.: Population Services International.
- 34 D. Meekers et M. Klein. 2003. "Determinants of Condom Use Among Young People in Urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 33(4): 335-346.
- 35 I. Nyamongo, 1995. "Investigation into Condom Acceptability, Sexual Behaviour and Attitudes about HIV Infection and AIDS Among Adolescent Students in Kenya." Rapport non publié. Nairobi, Kenya: Institute of African Studies, University of Nairobi. Cité dans : Brown et al. 2001.
- 36 N. Kgosidintsi, 1997. "Sexual Behaviour and Risk of HIV Infection Among Adolescent Females in Botswana." Rapport non publié. Gabarone, Botswana: National Institute of Development, Research and Documentation. Cité dans : Brown et al. 2001.
- 37 S. Heald, 2002. "It's Never As Easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana." *African Journal of AIDS Research* 1(1): 1-10.
- 38 I. Sarafian, 2001. "Final Report on Findings: HIV/AIDS and Youth in Suriname." Paramaribo, Suriname: OPS/OMS.
- 39 Best 2000.
- 40 FOCUS on Young Adults. 2001. *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade*. Rapport de fin de programme. 2001. Washington, D.C.: Pathfinder International et the Futures Group.
- 41 Horizons Program, Partenaires du projet Kenya et Partenaires du projet Ouganda. 2001. *HIV Voluntary Counseling and Testing Among Youth: Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda*. Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.
- 42 Thompson 2002.

CHAPITRE 4

- 1 ONU. 1995. *Population et développement*, vol. 1 : *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 5-13 septembre 1994*, paragraphe 7.41. New York : Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 2 L. Rebourças, 2000. "Brazil Confronts Adolescent Sexual Health Issues." Washington, D.C. : Population Reference Bureau. Site Web : www.prb.org//Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Articles/02/Brazil_Confronts_Adolescent_Sexual_Health_Issues.htm, consulté le 13 novembre 2002.
- 3 A. Brown et al. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Genève : Santé familiale et communautaire, Département de la santé et de la recherche génésiques, OMS, p. 35. Cette section emprunte aussi largement à : A. P. McCauley et C. Salter, 1995. *Meeting the Needs Of Young Adults*. *Population Reports*. Série J, No. 41. Baltimore, Maryland, Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
- 4 Exemples empruntés à : Brown et al. 2001, p. 29-30.
- 5 Ibid., p. 30.
- 6 Ibid., p. 34.
- 7 Federal Centre for Health Education. 1998. *Youth Sexuality 1998: Results of the Current Representative Survey*. Cologne: The Centre.
- 8 Voir : A. Grunseit et S. Kippax, 1993. *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behavior*. Genève : OMS; D. Kirby, 2001. *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Site Web : www.teenpregnancy.org, consulté le 7 juillet 2003; et Health Development Agency. 2001. *Teenage Pregnancy: An Update on Key Characteristics of Effective Interventions*. Londres : National Health Service. Site Web : www.hda-online.org.uk/documents/teenpreg.pdf, consulté le 7 juillet 2003.
- 9 Brown et al. 2001, p. 35.
- 10 Kirby 2001. Cité dans : "Sexuality and Family Life Education Helps Prepare Young People," No. 2 dans une série de K. Katz et W. Finger. 2002. *YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS*. Arlington, Virginie: YouthNet.
- 11 "AIDS Education Fails to Change Behavior." 2 novembre 2002. *East African Standard* (Nairobi).
- 12 F. Perez et F. Dabis. 2003. "HIV Prevalence in Latin America: Reaching Youth in Colombia," p. 85. *AIDS Care* 15(1): 77-87.
- 13 J. O'Donoghue, 2002. "Zimbabwe's AIDS Action Programme for Schools." *Evaluation and Programme Planning* 25(4): 387-396.
- 14 H. Stewart et al. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do: Key Baseline Findings from Mexico, South Africa, and Thailand*. Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.
- 15 Perez et Dabis 2003.
- 16 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Cité dans : "Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe," par K. Kiragu. 2001. *Population Reports*. Série L. No. 12. Baltimore, Maryland: Population Information Program, the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.
- 17 Kirby 2001.
- 18 En évaluant la réaction au message ABC au Botswana, une analyse a conclu que "les choix humains sont limités et dépendent de chaque individu et du lieu où il vit, surtout dans un domaine aussi essentiel et chargé d'affectivité que la sexualité. Il est impossible de poser en principe que les êtres humains sont des agents autonomes agissant dans un vide social. Il est devenu de plus en plus clair que si certains peuvent avoir un tel choix, beaucoup d'autres ne jouissent pas d'autant de liberté; la situation des femmes, qu'elles soient mariées, pauvres ou jeunes, a suscité une préoccupation particulière." S. Heald, 2002. "It's Never As Easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana," p. 3. *African Journal of AIDS Research* 1(1): 1-10.
- 19 Source : J. Shelton, 29 juillet 2002. "Jim Shelton's Pearls: ABC Approach to Behaviour Change." Site Web : www.jhucpc.org/pearls/2002/07-29.shtml.
- 20 B. F. Stanton et al. 1998. "Increased Protected Sex and Abstinence Among Namibian Youth Following a HIV Risk-reduction Intervention: A Randomized,

- Longitudinal Study." *AIDS* 12(18): 2473-2480.
- 21 D. Barcelona et L. Laski. 2002. "Introduction: What Are We Learning about Sexuality Education?" *Quality/Calidad/Qualité: Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow*. No. 12: 1-5. New York: The Population Council.
- 22 C. Gerdt, 2002. "Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow." *Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow. Quality/Calidad/Qualité*. No. 12: 5-31. New York: The Population Council.
- 23 J. Smith et C. Colvin. 2000. *Getting to Scale in Young Adult Reproductive Health Programs*. FOCUS Tool Series. No. 3. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International; et UNFPA, s.d. "UNFPA in Action: Case Study: Critical Information: Getting the Message Out: Bangladesh, Colombia, Jamaica, Occupied Palestinian Territories, Philippines, Vanuatu, Vietnam." New York: UNFPA. Site Web : www.unfpa.org/adolescents/casestudies/case001.htm, consulté le 5 janvier 2003.
- 24 Perez et Dabis 2003.
- 25 FOCUS on Young Adults, s.d. "Evaluation of Life Skills in Public Schools in KwaZulu Natal, South Africa: Baseline Survey Report." Rapport non publié. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 26 S. Pick de Weiss et al. 1998. "Family Life Education Increases Contraceptive Knowledge and Use by Mexican Youth." *Operations Research Summaries*. New York: The Population Council.
- 27 UNFPA, s.d.
- 28 Fédération internationale pour la planification familiale. 2001a. "Working in Schools: Sex Education in Brazil." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 3. New York: Fédération internationale pour la planification familiale.
- 29 R. Boland, 2003. Base de données Population and Law (Harvard University). Résumé spécial fourni sur demande, p. 10.
- 30 Ibid., p. 2.
- 31 Ibid., p. 1.
- 32 Ibid.
- 33 S. Pick, M. Givaudan et J. Brown. 2000. "Quietly Working for School-Based Sexuality Education in Mexico: Strategies for Advocacy." *Reproductive Health Matters* 8(16): 92-102.
- 34 Family Care International. 1999. *Get the Facts: A Flipchart for Adolescents*. New York: Family Care International.
- 35 K. Bond et L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners: Bangladesh: November 29-December 14, 1998." Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 36 A. Barkat et al. 1999. "An Assessment of RSDP/BRAC Adolescent Family Life Education Program." Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 37 Rencontre avec le personnel du Centre pour les activités en matière de développement et de population (CEDPA), 26 avril 2000; et mémos et rapports non publiés du CEDPA.
- 38 J. Senderowitz, 2000. "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health." Poptech Assignment. No. 2000.176. Arlington, Virginie : Population Technical Assistance Project.
- 39 "West African Youth Initiative Project: Summary of Key Findings.", s.d., Ibadan, Nigéria, et Washington, D.C.: Association for Reproductive and Family Health, African Regional Health Education Centre, et Advocates for Youth.
- 40 I. Speizer, B. Oleko Tambashe et S. P. Tegang. 2001. "An Evaluation of the 'Entre Nous Jeunes' Peer-educator Program for Adolescents in Cameroon." *Studies in Family Planning* 32(4): 339-351.
- 41 Fédération internationale pour la planification familiale. 2001b. "Working in Communities: Youth Peer Education in the Dominican Republic." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 2. New York: Fédération internationale pour la planification familiale/Région de l'hémisphère occidental.
- 42 "Zambia Youth Reproductive Health." 2001. *OR Summary*. No. 17. New York: Frontiers in Reproductive Health, the Population Council.
- 43 Réseaux intégrés d'information régionale (IRIN) des Nations Unies. 20 mai 2002. "Training for HIV/Aids Youth Counsellors Launched." Site Web : www.aegis.com/news/irin/2002/IRO20510.html, consulté le 5 décembre 2002.
- 44 C. Campbell et C. MacPhail. 2002. "Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African Youth." *Social Science and Medicine* 55(2): 331-345.
- 45 Croix-Rouge australienne et Croix-Rouge lao. 2003. "Youth Peer Education: A Gendered Perspective." Site Web : <http://archives.healthdev.net/gender-aids/msg00512.html>, affiché sur le site le 23 avril.
- 46 M. Abang. 1996. "Promoting HIV/AIDS Prevention on Nigerian Campuses: Students Take the Lead." *AIDScriptions* 3(3). Cité dans : "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-saharan Africa: A Review of the Evidence and Prevalence for Negotiation of Safe Sex Practices for Adolescent Girls.", par N. Luke, 2001. Document préparé pour le projet AIDSMark de l'International Center for Research on Women. Washington, D.C. : International Center for Research on Women.
- 47 A. Irvin. 2000. *Taking Steps of Courage: Teaching Adolescents about Sexuality and Gender in Nigeria and Cameroon*. New York: International Women's Health Coalition. Cité dans : Luke 2001.
- 48 UNICEF Ghana. 2002. "Evaluation of HIV/AIDS Prevention Through Peer Education, Counselling, Health Care, Training, and Urban Refugees in Ghana." *Evaluation and Programme Planning* 25(4): 409-420.
- 49 S. Beaujour, 2000. Cité dans : R. Colbert, 2000. "HIV/AIDS-Cabaret: Youth Motivated for Safe Sexual Relations." Site Web : www.panosinst.org/Island/IB46e.shtml, consulté le 5 décembre 2002.
- 50 Le plus souvent une ou plusieurs caractéristiques socio-culturelles, comme l'âge, l'identité sexuelle ou le sexe, aussi bien qu'une expérience personnelle, comme la consommation de drogues, le fait d'avoir eu un ou plusieurs enfants de bonne heure, la séropositivité, etc., sont communes aux pairs-conseillers et aux clients.
- 51 Cette section est basée sur le rapport établi par Francisco Laguno, qui a visité au début de 2003 des projets soutenus par l'UNFPA à travers les Philippines.
- 52 D. Kohn, 2002. "Working with Out-of-school Youth in Belize and Peru." *Siecus Report: Sexual Health Issues Worldwide* 3(5).
- 53 G. Kahuthia et S. Radeny. 1999. "PATH, Kenya: Using Scouting as a Vehicle for Reaching Out-of School Youth." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Site Web : www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/projecthighlights/kenyapath.htm, consulté le 8 juin 2003.
- 54 W. Fongkaew et K. Bond. 2001. "Lifenet, Thailand: Promoting Social Action Networks for Youth Health." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Site Web : www.pathfind.org/pt/pubs/focus/Project%20Highlights/lifenet5.html, consulté le 6 janvier 2003.
- 55 H. Abaunza, 2002. "Sexual Health Exchange 2002-1: 'Puntos de Encuentro': Communication for Development in Nicaragua." Amsterdam: KIT Information Services, Royal Tropical Institute. Site Web : www.kit.nl/ils/exchange_content/html/communication_nicaragua_-_sexu.asp, consulté le 15 juillet 2003.
- 56 "Nicaraguan Youth Begin to Play It Safe." 2001. *Communication Impact!* No. 12. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.
- 57 Extrait de : Y. M. Kilm et al. 2001. "Promoting Sexual Responsibility among Young People in Zimbabwe." *International Family Planning Perspectives* 27(1): 11-19.
- 58 L. Moch et C. Stevens. 1999. "Reaching Adolescents Through Hotlines and Radio Call-In Programs." In Focus Series. FOCUS on Young Adults. Pathfinder International; "Key Youth Programs: Use Hotlines", s.d. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University. Site Web : www.jhuccp.org/resources/youth/key5.html, consulté le 7 janvier 2003; et Fédération internationale pour la planification familiale, 2001c. "Youth Telephone Hotlines In Guatemala and Columbia." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 5. New York: Fédération internationale pour la planification familiale.
- 59 Moch et Stevens 1999.
- 60 A. Palmer, 2002. "Reaching Youth Worldwide." Working Paper 6. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.
- 61 Ibid.
- 62 "Studio 263 Key in Anti-Aids Drive: Director." *The Daily News* (Harare). 5 décembre 2002. Voir site Web : allAfrica.com.
- 63 Family Health International. 2002. *Behavioral Surveillance Survey 1999-2000*. Arlington, Virginie: Family Health International; Hope Enterprises Ltd. 2002a. *Report of Adolescent Condom Survey Jamaica, 2001*. Préparé pour le projet Commercial Market Strategies. Kingston: Hope Enterprises Ltd. Cité dans : K. Hardee et L. Dougherty. 2002. *Adolescent Reproductive Health Behaviors and Outcomes in Jamaica*. Kingston, Jamaïque : The Futures Group, Youth.now.
- 64 Rebourças 2002.
- 65 Michael Holgate, 2000. "Programs for Adolescents: The 'Ashe' Experience in Jamaica." *Network* 20(3): 28-29.
- 66 Fédération internationale pour la planification familiale, 2001d. *Youth and Technology: IPPF/WHR Experiences to Promote Sexual and Reproductive Health*. New York : Fédération internationale pour la planification familiale.
- 67 Ibid.
- 68 S. Msimang et S. Wilson (éd.). 2002. *Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS*. New York et Toronto : UNIFEM and Association for Women's Rights in Development. Site Web : www.awid.org/publications/publications.html, consulté le 5 décembre 2002.
- 69 Site Web : www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/sexwise, consulté le 5 décembre 2002.
- 70 Commission nationale pour la coopération internationale et le développement durable. "The International Education Project: HIV/Aids and Youth: Beyond My Own Backyard." Amsterdam : Commission nationale pour la coopération internationale et le développement durable. Site Web : www.ict-edu.nl/content/nederlands/learn/middenframe_aids.html, consulté le 15 décembre 2002.
- 71 Site Web : www.youthshakers.org.
- 72 Palmer 2002.

CHAPITRE 5

- 1 UNICEF. 1998. *Le Progrès des Nations 1998*. New York: UNICEF; et UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF. Site Web : www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.
- 2 ONU, 2001. *Nous les enfants : Examen de fin de décennie de la suite donnée au Sommet mondial pour les enfants. Rapport du Secrétaire général (A/S-27/3)*. New York : ONU.

- 3 A. Gaym, 2000. "A Review of Maternal Mortality at Jimma Hospital, Southwestern Ethiopia." *Ethiopian Journal of Health Development* 14(2): 215-223.
- 4 UNICEF 2001.
- 5 OMS. 1989. *The Reproductive Health of Adolescents: A Strategy for Action*. Déclaration commune de l'OMS/UNFPA/UNICEF. Genève: OMS.
- 6 ORC Macro. 2001. *Final Report: Bangladesh*. Calverton, Maryland: ORC Macro. Site Web : www.measuredhs.com, consulté le 7 juillet 2003.
- 7 Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- 8 ONU. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects (ESA/P/WP.717)*. New York : Commission de la population et du développement, ONU.
- 9 Ibid.
- 10 OMS. 1997. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, troisième édition. Genève: OMS.
- 11 UNESCO. 2002. "Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion." *Package of Laws and Legislations Series 3: Legislation Review 2*. Bangkok: Regional Clearing House on Population, Education and Communication (RECHPEC), UNESCO.
- 12 K. A Harrison, 1985. "Childbearing, Health and Social Priorities: A Survey of 22,744 Consecutive Deliveries in Zaria, Northern Nigeria." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 92(Supp. 5): 1-119.
- 13 Les définitions suivent aussi diverses règles techniques pour attribuer l'état de femme enceinte ou souffrant d'aménorrhée (par exemple, en se fondant sur leurs déclarations concernant le moment où, le cas échéant, elles souhaitaient que se place leur grossesse) et pour les femmes qui croient être stériles. Le détail des diverses définitions et un débat sur leur fiabilité et leur validité peuvent être consultés dans : J. B. Casterline et S. W. Sinding. 2000. "Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Policy Implications." *Population and Development Review* 26(4): 691-723; et C. F. Westoff et A. Bankole. 1995. *Unmet Need: 1990-1994*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies. No. 16. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- 14 Les données proviennent du compilateur STAT sur le principal site Web de l'enquête (www.measuredhs.com), consulté le 6 mai 2003. Des enquêtes complémentaires sont en cours de dépouillement ou sont actuellement menées sur le terrain, et les résultats en seront disponibles avant la publication de ce rapport.
- 15 Des données étaient disponibles pour sept pays d'Amérique latine et 23 pays d'Afrique subsaharienne.
- 16 Les données n'étaient toutefois disponibles que pour trois pays d'Asie centrale.
- 17 On enregistre des taux aussi élevés dans les pays suivants : Afrique du Sud, Gabon, Togo et Zimbabwe.
- 18 Le Yémen, où un cinquième seulement des besoins d'espacement des naissances est couvert, était le seul pays où bien moins de la moitié - 22 % seulement - de la demande est satisfaite.
- 19 J. Senderowitz, 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Research, Program and Policy Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 20 R. Boland, 2003. Base de données Population and Law (Harvard University). Résumé spécial fourni sur demande, p. 1.
- 21 Ibid., p. 1-2.
- 22 Family Care International. 1999. Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report: Implementing the ICPD Programme of Action, p. 9. New York: Family Care International.
- 23 Boland 2003, p. 2.
- 24 Ibid., p. 3.
- 25 Ibid., p. 1-2.
- 26 J. Senderowitz, 1997. *Reproductive Health Outreach Programs for Young Adults*. Pathfinder International/FOCUS on Young Adults Research Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 27 A. Erulkar et B. Mensch. 1997. *Youth Centres in Kenya: Evaluation of the Family Planning Association of Kenya Programme*. Nairobi: The Population Council; The Population Council. 2000. *Overview of Youth Centre Assessments In Kenya, Zimbabwe and Ghana*. New York: The Population Council; E. K. Glover et al. 1998. *Youth Centres in Ghana: Assessment of the Planned Parenthood Association of Ghana Programme*. Nairobi: The Population Council; et A. Phiri et A. Erulkar. 1997. *A Situation Analysis of the Zimbabwe National Family Planning Council's Youth Centres: Baseline Assessment*. Nairobi : Zimbabwe National Family Planning Council et the Population Council.
- 28 Action Health Incorporated. 1998. "The Youth Clinic." *Growing Up* 6(2).
- 29 G. Boucard, 1998. "Mid-Term Evaluation: FOSREF Reproductive Health for Adolescents Project." Préparé pour l'UNFPA. New York : UNFPA.
- 30 Family Care International 1999, p. 101.
- 31 Family Care International 1999, p. 102.
- 32 Family Care International 1999, p. 99.
- 33 Fédération internationale pour la planification familiale, s.d. "Burkina Faso Programme Review." Rapport non publié. Londres : Fédération internationale pour la planification familiale.
- 34 Fédération internationale pour la planification familiale. 2001. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services for Youth in Colombia." *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 1. New York : Fédération internationale pour la planification familiale.
- 35 Fédération de Russie. 2002. « Lettre d'information sur l'amélioration des activités des centres de jeunes s'agissant de protéger la santé des adolescents en matière de reproduction, sur la base des résultats du projet de l'UNFPA, 'Reproductive Health and Rights of People in the Russian Federation', exécuté à Moscou, Tver, Saint-Petersbourg, Novosibirsk, Barnaul et Toms en 2000-2002. » Moscou : Ministère de la santé de la Fédération de Russie.
- 36 Jamaica Adolescent Reproductive Health Activity. Novembre 2002. "Background Report, Mid-Term External Evaluation." Washington, D.C.: The Futures Group International en collaboration avec le Ministère de la santé, Margaret Sanger Center International et Dunlop Corbin Communication.
- 37 J. Senderowitz et C. Stevens. 2001. *Leveraging the For-Profit Sector in Support of Adolescent and Young Adult Reproductive Health Programming*. Washington, D.C.: Futures Institute for Sustainable Development.
- 38 J. Hughes. Novembre 2000. Communication personnelle; et A. Erulkar, 2000. Mémo non publié.
- 39 Family Planning Service Expansion and Technical Support Project. 1999. "Evaluating the Impact of ZNA/MAPS Interventions on Reproductive Health Services for Youth." Lusaka, Zambie : Family Planning Service Expansion and Technical Support Project, John Snow International; et T. Williams, 14 mars 2001. Correspondance personnelle.
- 40 N. Murray et al. 2001. *Will Youth Be Negatively Affected by User Fees for Reproductive Health Products or Services?* Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

CHAPITRE 7

- 1 Les méthodologies de recherche comprennent de plus en plus de mesures des caractéristiques individuelles des adolescents, ainsi que de leur situation de famille et des caractéristiques et normes de leur communauté.
- 2 Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/sida en Chine. 2002. *HIV/AIDS: China's Titanic Peril. 2001 Update of the AIDS Situation and Needs Assessment Report*. Beijing, Chine : ONUSIDA.
- 3 Réseau Monitoring the AIDS Pandemic (MAP). 2001. "The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific." Rapport présenté à la réunion du MAP tenue à Melbourne, Australie, le 4 octobre 2001.
- 4 J. Rosen, 2001. *Formulating and Implementing National Youth Policy: Lessons from Bolivia and the Dominican Republic*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 5 M. Greene et al. 2002. *In this Generation: Sexual & Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington, D.C.: Population Action International.
- 6 Ministère de la santé. 2002. *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services*. Hanoi : Ministère de la santé, Gouvernement du Viet Nam.
- 7 UNFPA. 1999. *Rapport annuel 1999*. New York: UNFPA.
- 8 K. Kiragu et al. 1998. *Adolescent Reproductive Health Needs in Kenya: A Communication Response Evaluation of The Kenya Initiatives Project*. Baltimore, Maryland: Population Communication Services, John Hopkins University.
- 9 ONU. 1989. *Convention sur les droits de l'enfant : Résolution de l'Assemblée générale 25(XLIV): 44e Session: Supplément No 49, (A/RES/44/25, réimprimée dans 28 I.L.M. 1448)*: ouverte à la signature le 26 janvier 1990, paragraphe 29.1(b); ONU. 1979. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : adoptée et ouverte à la signature, à la ratification et à l'accession par la résolution de l'Assemblée générale 34/180 du 18 décembre 1979, article 10c*. New York: ONU; ONU. 1993. *Déclaration*

- et Programme d'action de Vienne : Conférence mondiale sur les droits de l'homme (A/CONF.157/24), paragraphe 18. New York: ONU; ONU. 1995.
- Population et développement, vol. 1: Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 5-13 septembre 1994, Principe 10, paragraphes 4.3(c), 4.12, 4.16(a, b), 4.17, 4.29, 7.39, 7.48 et 11.16. New York : Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU; ONU. 1996. Déclaration et Programme d'action de Beijing : Quatrième Conférence mondiale sur les femmes : Beijing, Chine : 4-15 septembre 1995 (DPI/1766/Wom), paragraphes 83(i), 107(e), 125(e), 126(b), 227, 230(f), 231(c), 233(c, d, f, g) et 278(b, c). New York : Département de l'information, ONU; ONU. 1999. Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (A/S-21/5/Add.1), paragraphes 3 et 40. New York: ONU; et ONU. 2000. Résolution adoptée par l'Assemblée générale : S-23/3: Nouvelles mesures et initiatives destinées à appliquer la Déclaration et le Programme d'action de Beijing (A/RES/S-23/3), paragraphe 99(a). New York: ONU.
- 10 ONU 1995, paragraphes 7.38, 12.13, 12.14, 12.20, 12.22; ONU 1996, paragraphes 109(d et f), 206(a, b, i et j), et 231e; et ONU 1999, paragraphes 5, 37.
- 11 ONU 1989, paragraphe 3.i; ONU 1995, paragraphes 6.7(b) et 7.2i; ONU 1996, paragraphes 107(e), 110(a et e), 111(a) et 267; ONU 1999, paragraphes 21(b), 40, 42, 45, 52(b) et 73(c); et ONU 2000, paragraphes 72(g) et 79(f).
- 12 ONU 1979, paragraphes 7(c) et 14.2(a); ONU 1995, paragraphes 4.3(b), 4.4(a), 7.9, 7.18, 15.8, 15.9 et 15.10; ONU 1996, paragraphes 106(s), 108(a et j), 233(f) et 295; et ONU 2000, paragraphes 51, 52(c), 76 et 81.
- 13 ONU 1989, paragraphes 12.1 et 13; ONU 1995, paragraphes 6.15, 7.43, 7.47 et 11.20; ONU 1996, paragraphes 111(b) et 284(a et b); ONU 1999, paragraphes 21(b), 73(c), 83 et 90; ONU 2000, paragraphes 79(f) et 95(b et c).
- 14 J. Senderowitz, 2000. "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health." Poptech Assignment. No. 2000.176. Arlington, Virginie : Population Technical Assistance Project.
- 15 P. Chibbamulilo, 1997. A Report on the Mini-Participatory Learning and Action (PLA) Exercise for the JSI/SEATS Programme in Zambia. Lusaka, Zambie : Family Planning Service Expansion and Technical Support Project, John Snow International.
- 16 A. MacLean, 1999. Sewing a Better Future: A Report of Discussions with Young Garment Factory Workers about Life, Work and Sexual Health. Washington, D.C.: CARE International, Cambodge, et FOCUS on Young Adults.
- 17 N. Cheetham, R. Thiombiano et S. Ky. 2003. "Community Participation to Improve Youth Sexual and Reproductive Health in Burkina Faso." Résumé de projet non publié. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- 18 S. A. Khan et M. Ahmed. 2001. "BRAC, Bangladesh: Community Mobilization to Support Adolescent Development." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International. Site Web : www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/BRAC.htm, consulté le 6 janvier 2003.
- 19 J. Micklewright, 2002. "Social Exclusion and Children: A European View for a US Debate." Documents de travail Innocenti. No 90. Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti, UNICEF.
- 20 G. Lansdown, 2001. Promoting Children's Participation in Democratic Decision-Making. UNICEF Insight No 6. Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti, UNICEF. Site Web : www.unicef-icdc.org/publications/pdf/insight6.pdf, consulté le 19 avril 2003.
- 21 A. Cornwall et A. Welbourn (éd.). 2002. Realizing Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-being. Londres : Zed Books.
- 22 Voir : UNICEF. 2002. The State of the World's Children 2002: Leadership (No de vente : E.O2.XX.1). New York: UNICEF.
- 23 K. Faulkner et J. Knott. 2002. "Institutionalising Youth Participation in a Large International Organisation: Experiences from the International Planned Parenthood Federation." Ch. 2 dans Cornwall et Welbourn 2002.
- 24 Lansdown 2001.
- 25 Ibid.
- 26 Voir : UNESCO, s.d. "Who is Who: Directory of International Youth-led/ Youth-serving Organisations." Paris: UNESCO. Site Web : www.unesco.org/youth/ONGRepertoire.htm, consulté le 8 juin 2003.
- 27 J. Russell et X. Solórzano. 2001. Adolescent and Youth Policy: The Experiences of Colombia, Dominican Republic and Nicaragua. Washington, D.C.: Adolescent Health and Development, OPS, OMS.
- 28 Voir site Web : www.elige.org.mx/Quienes_somos.htm, consulté le 20 janvier 2003.
- 29 TakingItGlobal Projects: Réseau de jeunes femmes militant contre la violence contre les femmes. Voir site Web : http://projects.takingitglobal.org/genderviolence, consulté le 20 janvier 2003.
- 30 The Youth Coalition, Ottawa, Ontario, Canada. Site Web : www.youthcoalition.org, consulté le 20 janvier 2003.
- 31 Par exemple, les coûts d'un programme d'éducation à la prévention du VIH/sida dans un pays où le taux de prévalence est faible peuvent être élevés en comparaison de leurs bénéfices immédiats. Cependant, le risque de diffusion de l'épidémie est beaucoup plus grand au sein d'une population non informée, avec d'énormes conséquences potentielles.
- 32 Il ne faut pas confondre coûts et dépenses. Les coûts administratifs, les coûts privés et les coûts d'opportunité sont souvent laissés en dehors des analyses. Les modes de financement (par exemple, transferts) sont pris en compte de manière diverse et souvent incorrecte. Voir : J. Knowles et J. Behrman. 2003. Document de travail (version éditée : mars 2003) pour la Réunion d'experts consacrée à évaluer le bénéfice économique résultant de l'investissement dans les jeunes des pays en développement, National Research Council, Washington, D.C., 15 octobre 2003.
- 33 M. Correia et W. Cunningham, 2003. Caribbean Youth Development: Issues and Policy Directions. Washington, D.C.: Banque mondiale et W. Cunningham, 2003. Communication faite à la Réunion d'experts consacrée à évaluer le bénéfice économique résultant de l'investissement dans les jeunes des pays en développement, National Research Council, Washington, D.C., 15 octobre 2003.
- 34 Il est plus facile d'évaluer les coûts sociaux que les coûts privés, car ces derniers composantes et leurs prix varient.
- 35 Les coûts financiers comprennent les prestations versées pour l'entretien de l'enfant, les coûts publics d'entretien de la santé de la mère et de l'enfant, les transferts effectués par le gouvernement pour l'aide aux familles pauvres et le placement familial. Les coûts économiques comprennent les rentrées fiscales perdues en raison de la baisse du revenu futur de la mère et de l'enfant, les ressources administratives détournées pour fournir des services sociaux, les bénéfices qui auraient été tirés d'autres utilisations possibles des fonds affectés aux soins de santé, les coûts économiques résultant de l'augmentation de la criminalité liée à la limitation des perspectives éducatives et professionnelles de l'enfant et de la jeune mère, ainsi que de la limitation de leurs contributions à la société. Pour références et détails additionnels, voir : Correia et Cunningham 2003; et Cunningham 2003. Les variations dans les services sociaux fournis et les niveaux de revenu (ainsi que de la partie affectée à l'entretien de l'enfant) rendent compte des différences enregistrées dans les évaluations des différents pays.
- 36 M. Buvinic, 1998. "The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala and Mexico." Studies in Family Planning 29(2): 201-209.
- 37 Il y a moins de chances que le père biologique soit présent et une proportion plus élevée des femmes vivent hors de leur propre foyer ou du foyer de leurs parents. Contrairement à ce qui est le cas aux États-Unis (voir : Buvinic 1998 pour références), leurs chances de se marier plus tard ne sont pas entamées. Dans ces pays d'Amérique du Sud, les jeunes mères ne sont pas normalement condamnées à rester longtemps célibataires.
- 38 Au Mexique, les deux tiers des adolescentes méritées étaient nées de femmes qui l'avaient été elles-mêmes.
- 39 Les enquêtes basées sur la population seraient la méthode la plus fiable, malgré leur prix élevé. La plus grande partie de l'information vient de mesures effectuées dans les centres de soins prénatals, mais les jeunes mères ont une moindre chance de les fréquenter.
- 40 Cité dans : Knowles et Behrman 2003, p. 41. Cette évaluation suppose un gain de 34,6 années de vie en bonne santé, commençant de 5 à 8 ans après la date où se serait placée l'infection.
- 41 E. Marseille, P. B. Hoffman et J. G. Kahn. 2002. "HIV Prevention before HAART in Sub-Saharan Africa." The Lancet. 2002 359(9320): 1851-1856.
- 42 Ce point a été soutenu avec force par P. Piot, D. Zewdie et T. Türmen 2003. "HIV/AIDS Prevention and Treatment." The Lancet 360[9326]: 86) dans leur réplique à l'article de Marseille, Hoffman et Khan 2002.
- 43 Les bénéfices comprennent les années de vie qui ont été sauvées, la réduction du nombre d'infections secondaires qu'auraient contractées les partenaires de l'individu qui n'est pas devenu séropositif, et une réduction des coûts annuels de soins médicaux
- 44 T. Marek et J.M. Del Rosso, 1996. Class Action: Improving School Performance in the Developing World through Better Health and Nutrition. Washington, D.C.: Banque mondiale. Cité dans : Knowles et Behrman 2003.
- 45 OMS. 1996. "Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes." (WHO/HPR/HEP/96.3). Genève : OMS. Cité dans : Knowles et Behrman 2003. Les études montrent que les interventions anti-tabac ont des rendements élevés (de l'ordre de 18 à 20 pour 1), ce qui est en accord avec les taux élevés de prévalence et avec la mortalité et la morbidité à long terme liées à l'usage du tabac.
- 46 Ce sont les évaluations les plus hautes des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement concernant l'éducation, et elles sont basées sur l'application de normes d'investissement en fonction du PNB d'un pays donné. Les évaluations partent de 2,4 milliards de dollars, en passant par l'évaluation propre de l'UNICEF, qui est de 9,1 milliards de dollars. Voir : S. Devarajan, 2002. "External Finance and the Millennium Development Goals." Communication faite au Séminaire international sur le thème "Latin America and the Caribbean: Challenges before the Millennium Development Goals", organisé par la Banque de développement interaméricaine, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, la Banque mondiale et le PNUD, Washington, D.C., 10-11 juin 2002.
- 47 L'éventail plausible des évaluations de rendement, en fonction des hypothèses sur les taux d'actualisation annuels et sur le rendement des diverses composantes, correspondait à un multiple des coûts qui est compris entre 2,77 et 25,63. Voir : Knowles et Behrman 2003, Ch. 6.
- 48 L'incertitude de cette évaluation était beaucoup plus grande. L'éventail allait de 8,14 à 1 764.

CHAPITRE PREMIER

- 2 ONU. 1999. *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (A/S-21/5/Add.1)*, paragraphe 73. New York: ONU; Comité des droits de l'enfant. 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child" (CRC/GC/2003/4), 33e session, paragraphe 21. New York: ONU; et ONU. 1999. "Recommandation générale 24 : article de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : les femmes et l'article 12", paragraphe 8. *Rapport du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes : douzième session (A/54/38 [Partie 1])*. New York: ONU.
- 3 ONU. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales.
- 4 Voir site Web : www.swcp.com/shinea/light/Pages/Caracol.html, consulté le 20 décembre 2002; et le Child Welfare Scheme. 2002. Site Web : www.childwelfarescheme.org, consulté le 20 décembre 2002.
- 5 Women's Commission for Refugee Women and Children. 2002. "Precious Resources: Participatory Research Study with Adolescents and Youth in Sierra Leone: April-July 2002." New York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Site Web : www.womenscommission.org/reports/sl/01.html, consulté le 30 juin 2003.
- 6 R. Cook et B. M. Dickens. 2000. "Recognizing Adolescents' 'Evolving Capacities' to Exercise Choice in Reproductive Health Care," p. 16. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 70(1): 13-21.

CHAPITRE 2

- 7 J. Bruce, 2002. "Married Adolescent Girls: Human Rights, Health and Developmental Needs of a Neglected Majority." Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants, New York, 8-10 mai 2002.
- 8 UNFPA. 2003. "Afghan Teens Speak Out Against Early Marriage: World Population Day: A Personal Story." Articles d'information. New York: UNFPA.
- 9 A. Barkat, et al. 1999. *The RSDP/ Pathfinder Bangladesh Newlywed Strategy: Results of an Assessment*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults; et K. Bond et L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners, Bangladesh, 19 November-14 December 1998". Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.
- 10 C. Campbell et C. MacPhail. 2002. "Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African Youth," p. 332. *Social Science and Medicine* 55(2): 331-345; A. Brown et al. 2001.

Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies (WHO/RHR/01.8). Genève : Santé familiale et communautaire, Département de la santé et de la recherche génésiques, OMS; E. Eggleston, J. Jackson et K. Hardee. 1999. "Sexual Attitudes and Behaviour among Young Adolescents in Jamaica." *International Family Planning Perspectives* 25(2): 78-85; et G. Barker, 2000. "Gender-Equitable Boys in a Gender Inequitable World: Reflections From Qualitative Research and Programme Development in Rio de Janeiro." *Sexual and Relationship Therapy* 15(3): 262-282.

CHAPITRE 3

- 11 J. Shelton, 29 juillet 2002. "ABC Approach to Behaviour Change." Jim Shelton's Pearls. Site Web : www.jhuccp.org/pearls/2002/07-29.shtml.
- 12 Population Services International et Population Reference Bureau. 2000. *Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operations Research Projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*. Washington, D.C.: Population Services International et Population Reference Bureau.
- 13 Horizons Program, Partenaires du projet Kenya et Partenaires du projet Ouganda Project Partners. 2001. *HIV Voluntary Counseling and Testing Among Youth: Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda*. Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.

CHAPITRE 4

- 14 J. A. Hogle et al. 2002. "What Happened in Uganda: Declining HIV Prevalence, Behaviour Change and the National Response." *Project Lessons Learned Case Study*, Septembre. Washington, D.C.: USAID; et C. Wendo, 2002. "School HIV/AIDS Manual Ready." Kampala, Ouganda: New Vision. Site Web : www.allAfrica.com, consulté le 5 décembre 2002.
- 15 H. Stewart et al. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do: Key Baseline Findings from Mexico, South Africa, and Thailand*. Washington, D.C.: Horizons Program, the Population Council.
- 16 W. A. Ryan, septembre 2002. Interview de Mmagokgoshi Morema.
- 17 M. Rose-Avila, 1990. "Peer Education with Gang Members: Protecting Life and Health." FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Site Web : www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/homies.html, consulté le 6 janvier 2003.
- 18 UNFPA. 5 juin 2003. "Moving Beyond Excuses: Eastern European Ad Campaign Promotes Condom Use." Article d'information. New York: UNFPA. Site Web : www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=326.

CHAPITRE 5

- 20 C. Murray et A. Lopez. 1998. *Health Dimensions of Sex and Reproduction: The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders and Congenital Anomalies*. Genève : OMS et UNFPA et EngenderHealth. 2003. *La fistule obstétricale - Rapport d'évaluation des besoins : leçons tirées de neuf pays africains*. New York: UNFPA et EngenderHealth.
- 21 J. Senderowitz, 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Research, Program and Policy Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 22 A. Barkat et al. 1999. *The RSDP/ Pathfinder Bangladesh Newlywed Strategy: Results of an Assessment*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults; et K. Bond et L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners, Bangladesh, 19 November-14 December 1998". Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.

CHAPITRE 6

- 23 K. Dickson-Tetteh, A. Pettifor et W. Moleko. 2001. "Working with Public Sector Clinics to Provide Adolescent-Friendly Services in South Africa." *Reproductive Health Matters* 9(17): 160-169. Voir aussi: The Kaiser Family Foundation, site Web : www.kff.org/docs/sections/safrica/loveLife.html.
- 24 UNFPA. 2003. "Project RLA/97/PO7: The Right to Have Dreams and a Duty to Plan Them." Rapport sur le projet présenté par le bureau extérieur de l'UNFPA au Panama.
- 25 S. Bernstein, novembre 2002. Visite du site.

CHAPITRE 7

- 26 ONU. 2000. *Résolution adoptée par l'Assemblée générale : 55/2: Déclaration du Millénaire (A/RES/55/2)*. New York: ONU. Voir aussi site Web : www.un.org/millenniumgoals.
- 27 J. Rosen, 2001. *Formulating and Implementing National Youth Policy: Lessons from Bolivia and the Dominican Republic*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 28 Information présentée par : Y. Bogaarts, 2003. World Population Foundation.
- 29 D. Barcelona, Adolescent Youth Cluster, UNFPA. 2003. Communication personnelle.
- 30 UNFPA. 18 mars 2002. Articles d'information. Site Web : www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=116&Language=1.
- 32 ONU. 1999. *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (A/S-21/5 Add.1)*. New York : ONU.

Suivi des objectifs CIPD - indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception		Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M/F
								Méthode quelconque	Méthodes modernes		
Total mondial	56	63,3 / 67,6	386					50	61	54	
Régions développées (*)	8	72,1 / 79,4						27	69	56	
Régions en développement (+)	61	61,7 / 65,1						53	59	54	
Pays les moins avancés (‡)	97	48,8 / 50,5						124			
AFRIQUE (1)	89	47,9 / 50,0						107	25	20	
AFRIQUE ORIENTALE	97	42,4 / 43,8						117	21	16	
Burundi	107	40,4 / 41,4	866	73 / 58	59 / 58	12 / 9	44 / 60	50	9	1	4,95 / 11,05
Érythrée	73	51,2 / 54,2	857	65 / 54	69 / 69	34 / 23	33 / 55	115	5	4	2,75 / 4,30
Éthiopie	100	44,6 / 46,3	1 193	76 / 52	64 / 64	22 / 14	53 / 69	100	8	6	4,40 / 7,80
Kenya	69	43,5 / 45,6	1 564	95 / 93	70 / 73	32 / 29	11 / 24	78	39	32	6,00 / 15,55
Madagascar	91	52,5 / 54,8	654	105 / 101	45 / 48	15 / 14	26 / 40	137	19	12	0,07 / 0,24
Malawi	115	37,3 / 37,7	1 936	139 / 135	55 / 43	40 / 31	26 / 53	163	31	26	6,35 / 14,90
Maurice (2)	16	68,4 / 75,8	32	109 / 108		79 / 75	12 / 19	33	75	49	
Mozambique	122	36,6 / 39,6	936	104 / 79	62 / 54	14 / 9	40 / 71	105	6	5	6,10 / 14,70
Ouganda	86	45,4 / 46,9	910	143 / 129		21 / 16	23 / 43	211	23	18	2,00 / 4,65
République-Unie de Tanzanie	100	42,5 / 44,1	1 408	63 / 63	80 / 83	6 / 5	16 / 33	120	25	17	3,55 / 8,05
Rwanda	112	38,8 / 39,7	1 258	119 / 118	38 / 40	12 / 12	26 / 40	50	13	4	4,90 / 11,20
Somalie	118	46,4 / 49,5	685					213			
Zambie	105	32,7 / 32,1	770	80 / 76	83 / 78	26 / 21	15 / 28	145	25	14	8,10 / 21,00
Zimbabwe	58	33,7 / 32,6	654	96 / 93		47 / 42	7 / 15	92	54	50	12,40 / 33,00
AFRIQUE CENTRALE (3)	116	41,6 / 43,8						200	10	3	
Angola	140	38,8 / 41,5	820	78 / 69		18 / 13		229	8	4	2,20 / 5,70
Cameroun	88	45,1 / 47,4	748	115 / 100	72 / 93	22 / 17	21 / 36	121	19	7	5,40 / 12,65
Gabon	57	55,8 / 57,5	446	144 / 143		61 / 58		113	33	12	
République centrafricaine	100	38,5 / 40,6	834	89 / 61			40 / 65	132	15	3	5,85 / 13,50
République dém. du Congo (4)	120	40,8 / 42,8	755	49 / 44		24 / 13	27 / 50	230	8	2	2,90 / 5,90
République du Congo	84	46,6 / 49,7	406	101 / 93		46 / 38	13 / 26	146			3,25 / 7,80
Tchad	115	43,7 / 45,7	933	90 / 57	58 / 48	18 / 5	48 / 66	195	8	2	2,35 / 4,30
AFRIQUE DU NORD (5)	49	64,5 / 68,2						36	47	42	
Algérie	44	68,1 / 71,3	103	116 / 107	97 / 98	68 / 73	24 / 43	16	64	50	
Égypte	41	66,7 / 71,0	84	103 / 96	99 / 100	88 / 83	33 / 56	47	56	54	
Jamahiriya arabe libyenne	21	70,8 / 75,4	130	115 / 117		88 / 91	9 / 32	7	40	26	
Maroc	42	66,8 / 70,5	238	101 / 88	79 / 81	44 / 35	38 / 64	25	50	42	
Soudan	77	54,1 / 57,1	352	59 / 51	86 / 88	22 / 36	31 / 54	55	8	7	1,10 / 3,10
Tunisie	23	70,8 / 74,9	68	120 / 115	92 / 94	76 / 80	19 / 39	7	60	51	
AFRIQUE AUSTRALE	52	43,9 / 49,1						66	52	51	
Afrique du Sud	48	45,1 / 50,7	239	115 / 108	66 / 63	83 / 91	14 / 15	66	56	55	10,65 / 25,65
Botswana	57	38,9 / 40,5	275	108 / 108	84 / 89	90 / 96	25 / 20	91	40	39	16,10 / 37,50
Lesotho	92	32,3 / 37,7	437	112 / 118	68 / 80	30 / 36	27 / 6	53	30	30	17,40 / 38,10
Namibie	60	42,9 / 45,6	274	112 / 113	92 / 93	58 / 65	17 / 19	78	29	26	11,10 / 24,25
Swaziland	78	33,3 / 35,4	380	128 / 121	83 / 85	60 / 60	19 / 21	45	20	17	15,25 / 39,50
AFRIQUE DE L'OUEST (6)	90	49,0 / 50,3						119	15	8	
Bénin	93	48,4 / 53,0	767	113 / 78	89 / 78	30 / 14	48 / 76	107	19	7	1,17 / 3,75
Burkina Faso	93	45,2 / 46,2	818	52 / 37	68 / 71	12 / 8	66 / 86	136	12	5	4,00 / 9,75
Côte d'Ivoire	101	40,8 / 41,2	459	92 / 70	91 / 90	30 / 17	41 / 63	116	15	7	2,90 / 8,35
Gambie	81	52,7 / 55,5	526	86 / 78	75 / 63	43 / 30	56 / 70	125	10	9	0,53 / 1,34

Suivi des objectifs CIPD - indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M/F
Ghana	58	56,5 / 59,3	407	84 / 76	67 / 65	40 / 32	20 / 37	76	22	13	1,38 / 3,00
Guinée	102	48,8 / 49,5	822	78 / 56	90 / 77	20 / 7		163	6	4	
Guinée-Bissau	120	43,8 / 46,9	1 017	99 / 66	41 / 34	26 / 14	46 / 77	197	8	4	1,05 / 2,95
Libéria	147	40,7 / 42,2	476	140 / 96	49 / 17	45 / 32	30 / 63	227	6	6	
Mali	119	48,0 / 49,1	1 135	71 / 51	100 / 86	20 / 10	64 / 84	191	8	6	1,35 / 2,10
Mauritanie	97	50,9 / 54,1	889	86 / 80	68 / 55	22 / 20	49 / 70	104	8	5	
Niger	126	45,9 / 46,5	1 090	42 / 29	76 / 71	8 / 5	76 / 92	233	14	4	
Nigéria	79	51,1 / 51,8	533				28 / 44	103	15	9	3,00 / 5,85
Sénégal	61	50,8 / 55,1	474	79 / 70	75 / 69	21 / 14	53 / 72	86	13	8	0,19 / 0,54
Sierra Leone	177	33,1 / 35,5	1 297	106 / 80		29 / 24		212	4	4	2,50 / 7,55
Togo	81	48,2 / 51,1	752	138 / 110	78 / 69	54 / 24	28 / 57	81	24	7	2,05 / 5,90
ASIE	53	65,5 / 69,0						35	64	58	
ASIE ORIENTALE (7)	34	69,7 / 74,7						5	82	81	
Chine	37	68,9 / 73,3	56	105 / 108		66 / 60	8 / 22	5	84	83	0,16 / 0,09
Hong Kong SAR, Chine (8)	4	77,3 / 82,8					3 / 11	6	86	80	
Japon	3	77,9 / 85,1	9 ^a	101 / 101		102 / 103		4	59	53	0,02 / 0,04
Mongolie	58	61,9 / 65,9	225	97 / 101		55 / 67	1 / 2	54	60	46	
République de Corée	5	71,8 / 79,3	20	101 / 101		94 / 94	1 / 4	3	81	67	0,03 / 0,01
République populaire démocratique de Corée	45	60,5 / 66,0	131					2	62	53	
ASIE DU SUD-EST	41	64,4 / 69,1						42	58	49	
Cambodge	73	55,2 / 59,5	404	117 / 103	63 / 63	24 / 13	20 / 43	60	24	19	0,99 / 2,50
Indonésie	42	64,8 / 68,8	226	111 / 109	92 / 102	58 / 56	8 / 18	55	57	55	0,07 / 0,06
Malaisie	10	70,8 / 75,7	41	99 / 99		67 / 74	9 / 17	18	55	30	0,70 / 0,12
Myanmar	83	54,6 / 60,2	402	89 / 89	65 / 64	40 / 38	11 / 20	24	33	28	
Philippines	29	68,0 / 72,0	213	113 / 113		74 / 81	5 / 5	38	47	28	0,02 / 0,02
République dém. pop. lao	88	53,3 / 55,8	622	121 / 104	58 / 60	44 / 31	24 / 47	91	32	29	0,05 / 0,03
Singapour	3	75,9 / 80,3	3				4 / 12	6	74	73	0,15 / 0,16
Thaïlande	20	65,3 / 73,5	44	97 / 93	96 / 99	84 / 80	3 / 6	49	72	70	1,09 / 1,65
Viet Nam	34	66,9 / 71,6	125	109 / 102		70 / 64	6 / 9	21	75	56	0,32 / 0,17
ASIE DU SUD	68	62,5 / 63,9						54	48	41	
Afghanistan	162	43,0 / 43,3	1 276	29 / 0				111	5	4	
Bangladesh	64	61,0 / 61,8	377	100 / 101	68 / 76	45 / 47	51 / 70	117	54	43	0,01 / 0,01
Bhoutan	54	62,0 / 64,5	488		89 / 92			54	19	19	
Inde	64	63,2 / 64,6	540	111 / 92	70 / 65	57 / 40	32 / 55	45	48	43	0,34 / 0,71
Iran (République islamique d')	33	68,9 / 71,9	76	88 / 85	99 / 98	81 / 75	17 / 31	33	73	56	0,05 / 0,01
Népal	71	60,1 / 59,6	905	128 / 108	67 / 76	58 / 43	41 / 76	117	39	35	0,27 / 0,28
Pakistan	87	61,2 / 60,9	476	93 / 54		29 / 19	43 / 72	50	28	20	0,06 / 0,05
Sri Lanka	20	69,9 / 75,9	92	107 / 104		70 / 74	6 / 11	22	66	44	0,03 / 0,04
ASIE OCCIDENTALE	44	67,1 / 71,3						47	47	28	
Arabie saoudite	21	71,1 / 73,7	23	69 / 66	94 / 94	71 / 64	17 / 33	38	32	29	
Émirats arabes unis	14	73,3 / 77,4	77	99 / 99	98 / 98	71 / 80	25 / 21	51	28	24	
Iraq	83	59,2 / 62,3	336	111 / 91		47 / 29	45 / 77	38	14	10	
Israël	6	77,1 / 81,0	4	114 / 114		94 / 93	3 / 7	17	68	52	
Jordanie	24	69,7 / 72,5	41	101 / 101	98 / 97	86 / 89	5 / 16	27	53	38	
Koweït	11	74,9 / 79,0	7	85 / 84		55 / 56	16 / 20	31	50	41	
Liban	17	71,9 / 75,1	126	101 / 97	95 / 99	72 / 79	8 / 20	25	61	37	

Suivi des objectifs CIPD - indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M/F
Oman	20	71,0 / 74,4	99	74 / 71	95 / 97	69 / 67	20 / 38	66	24	18	
République arabe syrienne	22	70,6 / 73,1	154	113 / 105		46 / 41	12 / 40	34	36	28	
Territoire palestinien occupé	21	70,8 / 74,0	57	107 / 109		80 / 86		94			
Turquie (10)	40	68,0 / 73,2	88	105 / 96		67 / 48	7 / 24	43	64	38	
Yémen	71	58,9 / 61,1	488	96 / 61		69 / 25	32 / 75	111	21	10	
EUROPE	9	70,1 / 78,2						20	67	49	
EUROPE ORIENTALE	14	64,0 / 74,4						29	61	35	
Bulgarie	15	67,4 / 74,6	28	105 / 102		95 / 93	1 / 2	41	42	25	
Hongrie	9	67,7 / 76,0	10	103 / 101		98 / 99	1 / 1	21	77	68	0,10 / 0,02
Pologne	9	69,8 / 78,0	9	100 / 99	99 / 99	103 / 100	0 / 0	16	49	19	0,09 / 0,05
République tchèque	6	72,1 / 78,7	9	105 / 104	101 / 100	93 / 96		17	72	63	
Roumanie	20	67,0 / 74,2	58	100 / 98		82 / 83	1 / 3	37	64	30	
Slovaquie	8	69,8 / 77,6	11	103 / 103		87 / 88		24	74	41	
EUROPE SEPTENTRIONALE (11)	5	74,9 / 80,5						17	78	75	
Danemark	5	74,2 / 79,1	8	102 / 102		125 / 131		7	78	72	0,14 / 0,07
Estonie	9	66,5 / 76,8	39	105 / 101	100 / 99	91 / 92	0 / 0	26	70	56	2,50 / 0,62
Finlande	4	74,4 / 81,5	5	102 / 101	99 / 101	120 / 133		8	77	75	0,04 / 0,03
Irlande	6	74,4 / 79,6	24	120 / 119	98 / 99			15			0,06 / 0,05
Lettonie	14	65,6 / 76,2	55	101 / 100		90 / 92	0 / 0	24	48	39	0,93 / 0,24
Lituanie	9	67,5 / 77,6	19	102 / 101		96 / 95	0 / 1	26	47	31	0,16 / 0,05
Norvège	5	76,0 / 81,9	14	101 / 102		113 / 116		11	74	69	0,08 / 0,04
Royaume-Uni	5	75,7 / 80,7	10	99 / 99		144 / 169		20	82	82	0,10 / 0,05
Suède	3	77,6 / 82,6	4	109 / 111		132 / 166		7	78	72	0,07 / 0,05
EUROPE MÉRIDIONALE (12)	7	74,6 / 81,0						11	68	48	
Albanie	25	70,9 / 76,7	73	107 / 107		77 / 80	8 / 23	16	58	15	
Bosnie-Herzégovine	14	71,3 / 76,7	29					23	48	16	
Croatie	8	70,3 / 78,1	12				1 / 3	19			
Espagne	5	75,9 / 82,8	20	105 / 105		113 / 119	1 / 3	6	81	67	0,52 / 0,24
Grèce	6	75,7 / 80,9	8	99 / 99		98 / 99	2 / 4	10			0,14 / 0,07
Italie	5	75,5 / 81,9	10	101 / 100	99 / 98	97 / 95	1 / 2	6	60	39	0,29 / 0,26
Macedoine (ex-République yougoslave de)	16	71,4 / 75,8	12	99 / 99		85 / 83		34			
Portugal	6	72,6 / 79,6	9	122 / 120		111 / 117	5 / 10	17	66	33	0,41 / 0,19
Serbie et Monténégro	13	70,9 / 75,6	14					26	58	33	
Slovénie	6	72,6 / 79,8	11	101 / 100			0 / 0	8	74	59	
EUROPE OCCIDENTALE (13)	5	75,3 / 81,7						10	74	71	
Allemagne	5	75,2 / 81,2	11	104 / 104		100 / 99		11	75	72	0,10 / 0,05
Autriche	5	75,4 / 81,5	4	104 / 103		101 / 97		12	51	47	0,23 / 0,12
Belgique	4	75,7 / 81,9	10	105 / 104				9	78	74	0,12 / 0,12
France	5	75,2 / 82,8	22	106 / 104	98 / 99	107 / 108		9	75	69	0,26 / 0,18
Pays-Bas	5	75,6 / 81,0	10	109 / 106		126 / 122		5	79	76	0,20 / 0,09
Suisse	5	75,9 / 82,3	6	108 / 107	101 / 101	103 / 96		5	82	78	0,46 / 0,40
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	32	67,1 / 73,9						72	69	60	
CARAÏBES (14)	35	64,9 / 69,0						71	59	56	
Cuba	7	74,8 / 78,7	33	104 / 100	95 / 96	83 / 87	3 / 3	65	70	67	0,09 / 0,05
Haïti	63	49,0 / 50,0	661				48 / 52	64	27	21	4,05 / 4,95
Jamaïque	20	73,7 / 77,8	87	100 / 99	87 / 91	82 / 85	17 / 9	79	66	63	0,82 / 0,85

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la cinquième année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception		Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M/F
								Méthode quelconque	Méthodes modernes		
Porto Rico	10	71,2 / 80,1	19				6 / 6	63	78	68	
République dominicaine	36	64,4 / 69,2	150	126 / 122	71 / 79	53 / 67	16 / 16	93	64	59	2,10 / 2,75
Trinité-et-Tobago	14	68,4 / 74,4	82	101 / 99	98 / 101	78 / 84	1 / 2	36	53	44	2,45 / 3,25
AMÉRIQUE CENTRALE	30	69,5 / 75,4						76	63	55	
Costa Rica	10	75,8 / 80,6	21	108 / 105	77 / 84	58 / 63	5 / 4	78	75	65	0,59 / 0,27
El Salvador	26	67,7 / 73,7	145	112 / 107	69 / 72	50 / 50	18 / 24	87	60	54	0,75 / 0,36
Guatemala	41	63,0 / 68,9	270	106 / 98		39 / 35	24 / 39	111	38	31	0,90 / 0,83
Honduras	32	66,5 / 71,4	108	105 / 107			25 / 25	103	50	41	1,18 / 1,50
Mexique	28	70,4 / 76,4	70	114 / 113	88 / 89	73 / 77	7 / 11	64	67	58	0,37 / 0,09
Nicaragua	36	67,2 / 71,9	233	103 / 104	45 / 53	50 / 58	34 / 33	135	60	57	0,23 / 0,08
Panama	21	72,3 / 77,4	94	113 / 110	92 / 92	67 / 71	7 / 9	89	58	54	1,90 / 1,25
AMÉRIQUE DU SUD (15)	32	66,5 / 73,9						71	73	63	
Argentine	20	70,6 / 77,7	75	120 / 120	90 / 90	94 / 100	3 / 3	61			0,85 / 0,34
Bolivie	56	61,8 / 66,0	360	117 / 115	84 / 81	81 / 78	8 / 21	81	53	27	0,11 / 0,06
Brésil	38	64,0 / 72,6	277	166 / 159		103 / 114	13 / 13	73	77	70	0,64 / 0,48
Chili	12	73,0 / 79,0	33	104 / 101	101 / 101	86 / 64	4 / 4	44			0,36 / 0,13
Colombie	26	69,2 / 75,3	92	113 / 112	68 / 73	67 / 73	8 / 8	80	77	64	0,88 / 0,19
Équateur	41	68,3 / 73,5	185	115 / 115	76 / 79	57 / 58	7 / 10	66	66	50	0,31 / 0,15
Paraguay	37	68,6 / 73,1	106	113 / 110	74 / 79	59 / 61	6 / 8	75	57	48	
Pérou	33	67,3 / 72,4	406	128 / 127	88 / 88	83 / 78	5 / 15	55	69	50	0,42 / 0,18
Uruguay	13	71,6 / 78,9	33	110 / 109	93 / 88	92 / 105	3 / 2	70			0,53 / 0,20
Venezuela	19	70,9 / 76,7	89	103 / 101	88 / 94	54 / 65	7 / 8	95	49	38	
AMÉRIQUE DU NORD (16)	7	74,5 / 80,1						50	76	71	
Canada	5	76,7 / 81,9	7	98 / 99		102 / 103		16	75	73	0,28 / 0,18
États-Unis d'Amérique	7	74,3 / 79,9	12	101 / 101		95 / 96		53	76	71	0,48 / 0,23
OCÉANIE	26	71,8 / 76,6						32	62	58	
AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE	6	76,3 / 81,8						17	76	72	
Australie (17)	6	76,4 / 82,0	7 ⁹	102 / 102		160 / 161		16	76	72	0,12 / 0,02
Mélanésie (18)	53	59,3 / 61,7						63			
Nouvelle-Zélande	6	75,8 / 80,7	5 ⁹	100 / 100		109 / 116		27	75	72	0,05 / 0,02
Papouasie-Nouvelle-Guinée	62	56,8 / 58,7	486	88 / 80		24 / 18	29 / 43	67	26	20	0,33 / 0,39
PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (19)											
Arménie	17	69,0 / 75,6	51	78 / 79		71 / 76	1 / 2	34	61	22	0,23 / 0,06
Azerbaïdjan	29	68,7 / 75,5	123	97 / 99		80 / 80		36	55	16	0,06 / 0,02
Bélarus	11	64,9 / 75,3	35	109 / 108	71 / 73	83 / 86	0 / 0	27	50	42	0,59 / 0,20
Fédération de Russie	16	60,8 / 73,1	64			80 / 86	0 / 1	30			1,85 / 0,66
Géorgie	18	69,5 / 77,6	89	95 / 96		72 / 74		33	41	20	0,08 / 0,02
Kazakhstan	52	60,9 / 71,9	155	99 / 98		90 / 87	0 / 1	45	66	53	0,13 / 0,03
Kirghizistan	37	64,8 / 72,3	113	103 / 100		86 / 86		33	60	49	
Ouzbékistan	37	66,8 / 72,5	115				0 / 1	54	67	63	0,01 / <0,01
République de Moldova	18	65,5 / 72,2	46	84 / 84		70 / 72	0 / 2	43	62	43	0,46 / 0,14
Tadjikistan	50	66,2 / 71,4	186	108 / 100		86 / 71	0 / 1	25	34	27	
Turkménistan	49	63,9 / 70,4	128					17	62	53	
Ukraine	14	64,7 / 74,7	39	79 / 77		111 / 99	0 / 1	38	68	38	1,95 / 0,87

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2003)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2001)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2001)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Total mondial	6 301,5	8 918,7	1,2	48	2,1		2,69				(1 753 151)		81 / 81		
Régions développées (*)	1 203,3	1 219,7	0,2	76	0,4		1,56						10 / 9		
Régions en développement (+)	5 098,2	7 699,1	1,5	41	2,8		2,92						89 / 89		
Pays les moins avancés (‡)	718,1	1 674,5	2,4	26	4,6		5,13						165 / 156		
AFRIQUE (1)	850,6	1 803,3	2,2	38	3,8		4,91				523 589²⁰		154 / 143		
AFRIQUE ORIENTALE	270,3	614,5	2,2	25	4,7		5,61						171 / 156		
Burundi	6,8	19,5	3,1	9	6,4	4,6	6,80	19	590	10,9	1,7	1 146	198 / 178		78
Érythrée	4,1	10,5	3,7	19	6,3	5,7	5,43	21	970	11,1	2,3	3 028	108 / 104		46
Éthiopie	70,7	171,0	2,5	16	4,6	4,8	6,14	10	710	26,5	4,7	31 512	181 / 165	291	23
Kenya	32,0	44,0	1,5	34	4,6	5,1	4,00	44	1 020	0,4	2,7	32 733	125 / 110	515	58
Madagascar	17,4	46,3	2,8	30	4,9	3,4	5,70	46	870	3,9	5,1	7 386	150 / 144		47
Malawi	12,1	25,9	2,0	15	4,6	3,9	6,10	55	620		2,5	25 430	192 / 181		52
Maurice (2)	1,2	1,5	1,0	42	1,6	1,3	1,95	99	10 410	10,1	3,4	91	21 / 15		100
Mozambique	18,9	31,3	1,8	33	5,1	3,4	5,63	44	1 000		1,3	23 388	223 / 207	403	54
Ouganda	25,8	103,2	3,2	15	5,7	2,6	7,10	38	1 250		1,5	37 434	154 / 139		52
République-Unie de Tanzanie	37,0	69,1	1,9	33	5,3	5,5	5,11	36	540		2,8	26 995	170 / 153	457	68
Rwanda	8,4	17,0	2,2	6	4,2	6,0	5,74	31	1 000	6,9	2,7	11 007	189 / 168		41
Somalie	9,9	39,7	4,2	28	5,8	5,9	7,25				0,9		203 / 187		
Zambie	10,8	18,5	1,2	40	2,7	1,4	5,64	47	790		3,5	28 041	194 / 177	619	64
Zimbabwe	12,9	12,7	0,5	36	3,7	2,4	3,90	73	2 340	13,2	3,1	21 733	118 / 109	809	83
AFRIQUE CENTRALE (3)	100,6	266,3	2,7	36	4,4		6,28						218 / 196		
Angola	13,6	43,1	3,2	35	4,8	2,9	7,20	23	1 550		2,0	7 015	259 / 234	584	38
Cameroun	16,0	24,9	1,8	50	3,6	1,1	4,61	56	1 670	8,3	1,1	4 541	155 / 142	427	58
Gabon	1,3	2,5	1,8	82	3,4	0,9	3,99		5 460	4,6	7,2	435	97 / 87	1 271	87
République centrafricaine	3,9	6,6	1,3	42	2,8	1,3	4,92	44	1 180			764	189 / 157		70
République dém. du Congo (4)	52,8	151,6	2,9	31	4,9	4,1	6,70				3,2	3 182	230 / 208	292	45
République du Congo	3,7	10,6	2,6	66	4,0	5,6	6,29		580	9,9	1,1	863	137 / 113	296	53
Tchad	8,6	25,4	3,0	24	4,7	1,7	6,65	16	930	9,5	1,4	3 044	209 / 192		27
AFRIQUE DU NORD (5)	183,6	306,0	1,9	49	2,7		3,21					72 914 ²¹	70 / 61		
Algérie	31,8	48,7	1,7	58	2,7	0,9	2,80	77	5 150		3,0	3 005	52 / 45	956	89
Égypte	71,9	127,4	2,0	43	1,8	7,6	3,29	61	3 790		1,2	55 162	52 / 44	726	97
Jamahiriya arabe libyenne	5,6	9,2	1,9	88	2,5	0,1	3,02	94			3,1	0	23 / 23	3 107	72
Maroc	30,6	47,1	1,6	56	2,9	1,1	2,75	40	3 690	20,5	4,6	7 156	58 / 46	359	80
Soudan	33,6	60,1	2,2	37	4,7	1,2	4,39	86	1 610	45,6	1,0	3 347	131 / 123	521	75
TUNISIE	9,8	12,9	1,1	66	2,1	0,5	2,01	90	6 450	16,2		2 528	29 / 24	825	81
Afrique australe	51,7	46,6	0,6	55	2,1		2,79						93 / 83		
Afrique du Sud	45,0	40,2	0,6	58	2,1	0,4	2,61	84	9 510	14,0	3,7	27 792	85 / 75	2 514	88
Botswana	1,8	1,4	0,9	49	1,4	1,8	3,70	99	8 810		3,8	1 159	108 / 100		95
Lesotho	1,8	1,4	0,1	29	3,4	2,4	3,84	60	2 670	27,0		753	158 / 146		78
Namibie	2,0	2,7	1,4	31	3,3	1,1	4,56	76	6 700	20,7	0,4	3 571	113 / 102	587	77
Swaziland	1,1	0,9	0,8	27	2,2	1,6	4,54	56	4 690	8,5	3,0	557	155 / 138		
AFRIQUE DE L'OUEST (6)	244,4	569,9	2,6	40	4,3		5,56						153 / 148		
Bénin	6,7	15,6	2,6	43	4,5	1,5	5,66	60	1 030	10,3	1,6	5 390	166 / 146	377	63
Burkina Faso	13,0	42,4	3,0	17	5,1	2,8	6,68	31	1 020		3,0	7 306	165 / 155		42
Côte d'Ivoire	16,6	27,6	1,6	44	3,0	1,1	4,73	47	1 470	14,7	4,4	3 276	182 / 164	433	81
Gambie	1,4	2,9	2,7	31	4,4	4,4	4,70	44	1 730		2,1	801	140 / 128		61

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2003)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2001)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2001)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Ghana	20,9	39,5	2,2	36	3,1	1,9	4,11	44	1 980		8,0	16 997	99 / 88	400	73
Guinée	8,5	19,6	1,6	28	3,1	4,6	5,82	35	1 980	9,5	2,3	6 915	175 / 176		46
Guinée-Bissau	1,5	4,7	2,9	32	4,8	2,8	7,10	25	710		1,9	574	221 / 198		59
Libéria	3,4	9,8	4,0	46	6,8	3,3	6,80				5,2	2 433	238 / 221		
Mali	13,0	46,0	3,0	31	5,1	2,0	7,00	24	810	13,7	6,3	11 804	184 / 178		65
Mauritanie	2,9	7,5	3,0	59	5,1	2,8	5,79	40	1 680	11,7	5,8	1 965	163 / 150		36
Niger	12,0	53,0	3,6	21	6,0	2,1	8,00	16	770	22,3	1,8	2 827	207 / 213		59
Nigéria	124,0	258,5	2,5	45	4,4	1,2	5,42	42	830		0,0	39 199	133 / 133	710	62
Sénégal	10,1	21,6	2,4	48	4,0	2,9	4,97	51	1 560	13,6	2,6	12 084	116 / 108	324	78
Sierra Leone	5,0	10,3	3,8	37	6,3	5,0	6,50	42	480		2,6	1 120	321 / 293		57
Togo	4,9	10,0	2,3	34	4,2	1,0	5,33	51	1 420	11,6	1,5	1 601	145 / 128	338	54
ASIA	3 823,4	5 222,1	1,3	38	2,7		2,55					383 548	68 / 73		
ASIE ORIENTALE (7)	1 512,3	1 590,1	0,7	43	2,6		1,78						36 / 44		
Chine	1 304,2	1 395,2	0,7	37	3,2	6,3	1,83	70	4 260	6,1	3,1	12 305	39 / 47	905	76
Hong Kong SAR, Chine (8)	7,0	9,4	1,1	100	1,2	5,0	1,00		26 050		4,3		5 / 5	2 319	
Japon	127,7	109,7	0,1	79	0,4	1,0	1,32	100	27 430	21,3	2,6	(130 674) ²²	5 / 4	4 136	
Mongolie	2,6	3,8	1,3	57	1,3	0,5	2,42	93	1 800		3,6	2 147	88 / 83		57
République de Corée	47,7	46,4	0,6	83	1,3	2,1	1,41	98	18 110	18,3	1,6	0	8 / 6	4 119	92
République pop. dém. de Corée	22,7	25,0	0,5	61	1,2	3,4	2,02				8,0	354	61 / 55	2 071	100
ASIE DU SUD-EST	543,2	767,2	1,4	38	3,3		2,55						61 / 49		
Cambodge	14,1	29,6	2,4	18	5,5	2,4	4,77	34	1 520	3,2	2,0	16 727	115 / 99		31
Indonésie	219,9	293,8	1,3	42	3,6	2,8	2,35	56	2 940	3,2	0,9	32 589	59 / 46	706	78
Malaisie	24,4	39,6	1,9	58	2,9	0,5	2,90	96	8 340	11,2	3,6	206	15 / 11	2 126	39
Myanmar	49,5	64,5	1,3	28	2,9	3,2	2,86	56		1,6	2,7	3 135	137 / 118	262	72
Philippines	80,0	127,0	1,8	59	3,2	3,0	3,18	56	4 360	14,3	1,6	45 132	40 / 30	554	86
République dém. pop. lao	5,7	11,4	2,3	20	4,6	4,2	4,78	21	1 610	6,5	2,2	2 490	144 / 137		35
Singapour	4,3	4,5	1,7	100	1,7	6,0	1,36				1,3	0	4 / 4	6 120	100
Thaïlande	62,8	77,1	1,0	20	2,1	1,7	1,93		6 550	12,5	2,1	2 841	31 / 19	1 212	84
Viet Nam	81,4	117,7	1,3	25	3,1	7,2	2,30	70	2 130	7,3	1,3	17 240	52 / 37	471	75
ASIE DU SUD	1 563,2	2 463,9	1,7	30	2,6		3,25						89 / 98		
Afghanistan	23,9	69,5	3,9	22	5,7	1,8	6,80				0,6	1 928	278 / 283		13
Bangladesh	146,7	254,6	2,0	26	4,3	9,0	3,46	13	1 680	7,3	1,4	83 566	85 / 90	142	98
Bhoutan	2,3	5,3	3,0	7	5,9	12,2	5,02	15	1 530		3,7	1 431	82 / 78		62
Inde	1 065,5	1 531,4	1,5	28	2,3	3,2	3,01	42	2 450	7,2	7,5	77 910	78 / 90	494	83
Iran (République islamique d')	68,9	105,5	1,2	65	2,4	1,1	2,33	86	6 230	10,3	0,6	1 539	39 / 39	1 771	93
Népal	25,2	50,8	2,2	12	5,1	7,2	4,26	12	1 450	14,2	4,2	17 342	91 / 106	343	88
Pakistan	153,6	348,7	2,4	33	3,5	3,3	5,08	20	1 920		0,9	22 992	121 / 135	463	90
Sri Lanka	19,1	21,2	0,8	23	2,4	4,6	2,01	94	3 560		1,8	3 139	30 / 16	437	76
ASIE OCCIDENTALE	204,7	400,8	2,1	65	2,5		3,45					47 102	60 / 53		
Arabie saoudite	24,2	54,7	2,9	87	3,6	0,5	4,53	91			4,2	0	26 / 23	5 081	95
Émirats arabes unis	3,0	4,1	1,9	87	2,2	0,5	2,82	96		8,5	2,5	8	17 / 14	10 175	
Iraq	25,2	57,9	2,7	67	2,7	0,4	4,77	54			2,6	326	112 / 103	1 190	80
Israël	6,4	10,0	2,0	92	2,2	0,4	2,70	99		21,2	5,1	0	9 / 9	3 241	
Jordanie	5,5	10,2	2,7	79	3,0	1,4	3,57	97	4 080	13,7	6,0	11 570	28 / 26	1 061	97
Koweït	2,5	4,9	3,5	96	2,6	2,1	2,66	98			2,7	9	13 / 13	10 529	
Liban	3,7	4,9	1,6	90	1,9	0,4	2,18	89	4 640	10,5	1,9	1 902	22 / 17	1 169	100

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2003)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2001)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population / ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2001)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Oman	2,9	6,8	2,9	77	4,0	11,4	4,96	91		11,4	2,3	17 739	26 / 20	4 046	38
République arabe syrienne	17,8	34,2	2,4	52	3,3	0,8	3,32	76	3 440	12,9	1,6	840	28 / 25	1 137	80
Territoire palestinien occupé	3,6	11,1	3,6	67	4,1		5,57	97				4 772	27 / 21		93
Turquie (10)	71,3	97,8	1,4	66	1,9	0,8	2,43	81	6 640	17,6	3,6	2 799	56 / 43	1 181	83
Yémen	20,0	84,4	3,5	25	5,3	5,6	7,01	22	770			7 136	100 / 95	201	70
EUROPE	726,3	631,9	-0,1	74	0,3		1,38						12 / 10		
EUROPE ORIENTALE	300,3	221,7	-0,5	68	-0,5		1,18					21809 21²³	20 / 16		
Bulgarie	7,9	5,3	-0,8	70	-0,9	0,1	1,10		5 950	15,2	3,0	74	21 / 17	2 299	100
Hongrie	9,9	7,6	-0,5	65	-0,1	0,2	1,20		12 570	17,7		0	12 / 10	2 448	99
Pologne	38,6	33,0	-0,1	63	0,3	0,5	1,26	99	9 280	26,5	4,2	113	11 / 10	2 328	
République tchèque	10,2	8,6	-0,1	67	0,0	0,3	1,16	99	14 550	12,5	4,3	0	6 / 6	3 931	
Roumanie	22,3	18,1	-0,2	55	0,1	0,3	1,32	99	6 980	19,9	1,9	1 697	28 / 22	1 619	57
Slovaquie	5,4	4,9	0,1	58	0,4	0,3	1,28		11 610	10,8	5,3	0	10 / 10	3 234	100
EUROPE SEPTENTRIONALE (11)	94,8	100,1	0,2	84	0,2		1,61						7 / 6		
Danemark	5,4	5,3	0,2	85	0,2	0,1	1,77	100	27 950	23,4	6,6	(4 460)	7 / 6	3 643	
Estonie	1,3	0,7	-1,1	69	-1,1	0,1	1,22		10 020	24,5	2,8	67	13 / 9	3 303	
Finlande	5,2	4,9	0,2	59	0,1	0,1	1,73	100	25 180	17,3	2,5	(19 766)	5 / 4	6 409	100
Irlande	4,0	5,0	1,1	59	1,4	0,4	1,90	100	27 460	13,3	2,2	(4 240)	7 / 7	3 854	
Lettonie	2,3	1,3	-0,9	60	-0,6	0,2	1,10	100	7 870	23,6	3,3	51	19 / 16	1 541	
Lituanie	3,4	2,5	-0,6	69	0,0	0,2	1,25		7 610	61,4	1,6	48	13 / 10	2 032	
Norvège	4,5	4,9	0,4	75	0,7	0,3	1,80	100	30 440	29,2	6,7	(59 957)	6 / 5	5 704	
Royaume-Uni	59,3	66,2	0,3	90	0,3	0,2	1,60		24 460	14,0	5,9	(169 602)	7 / 6	3 962	
Suède	8,9	8,7	0,1	83	-0,1	0,1	1,64	100	24 670	23,5	6,5	(73 142)	5 / 4	5 354	100
EUROPE MÉRIDIONALE (12)	146,4	125,6	0,1	67	0,4		1,32						10 / 9		
Albanie	3,2	3,7	0,7	43	2,1	2,2	2,28		3 880		2,1	1 363	37 / 31	521	97
Bosnie-Herzégovine	4,2	3,6	1,1	43	2,2	0,3	1,30	100			3,1	189	17 / 14	1 096	
Croatie	4,4	3,6	-0,2	58	0,8	0,2	1,65	100	8 440		1,0	0	10 / 8	1 775	
Espagne	41,1	37,3	0,2	78	0,3	0,2	1,15		20 150	18,8	5,4	(6 208)	7 / 6	3 084	
Grèce	11,0	9,8	0,1	60	0,5	0,4	1,27		17 860	16,0	2,3		8 / 7	2 635	
Italie	57,4	44,9	-0,1	67	0,1	0,3	1,23		24 340	21,2	8,3	(24 921)	7 / 6	2 974	
Macédoine (ex-République yougoslave de)	2,1	2,2	0,5	59	0,4	0,4	1,90	97	4 860		5,3		19 / 18		
Portugal	10,1	9,0	0,1	66	1,9	0,5	1,45	98	17 270	20,5	5,8	(400)	9 / 8	2 459	
Serbie et Monténégro	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,6	1,65	99			2,9	3 478	17 / 14	1 289	98
Slovénie	2,0	1,6	-0,1	49	-0,1	0,2	1,14	100	18 160		6,8	0	8 / 7	3 288	
EUROPE OCCIDENTALE (13)	184,9	184,5	0,2	83	0,3		1,58						6 / 6		
Allemagne	82,5	79,1	0,1	88	0,2	0,2	1,35	100	25 530	17,8	0,8	(96 398) ²⁵	6 / 6	4 131	
Autriche	8,1	7,4	0,0	67	0,2	0,3	1,28	100	27 080	25,1	5,6	(870)	6 / 5	3 524	100
Belgique	10,3	10,2	0,2	97	0,2	0,2 ²⁴	1,66	100	28 210	17,0	6,2	(15 768)	6 / 6	5 776	
France	60,1	64,2	0,5	76	0,6	0,1	1,89	99	25 280	18,0	5,0	(12 360)	6 / 6	4 366	
Pays-Bas	16,1	17,0	0,5	90	0,5	0,6	1,72	100	26 440	15,4	0,9	(170 077)	7 / 6	4 762	100
Suisse	7,2	5,8	0,0	68		1,1	1,41		31 320	23,2	6,0	(16 074)	7 / 5	3 704	100
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	543,2	767,7	1,4	76	1,9		2,53					155 279	45 / 36		
CARAÏBES (14)	38,7	45,8	0,9	63	1,6		2,39						62 / 53		
Cuba	11,3	10,1	0,3	76	0,5	0,4	1,55	100		34,7	8,0	455	12 / 8	1 180	91
Haïti	8,3	12,4	1,3	36	3,3	5,6	3,98	27	1 450		4,2	11 419	119 / 104	256	58
Jamaïque	2,7	3,7	0,9	57	1,8	1,9	2,36	95	3 650	16,2	6,0	5 066	28 / 21	1 524	92

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2003)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démographique (2000-2005)	% de population urbaine (2001)	Taux de croissance urbaine (2000-2005)	Population / ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2001)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers \$É.-U.)	Mortalité enfants de moins de 5 ans (M/F)	Consommation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Porto Rico	3,9	3,7	0,5	76	1,3	1,4	1,89					0	14 / 11		
République dominicaine	8,7	11,9	1,5	66	2,4	0,9	2,71	99	5 870		4,3	6 742	58 / 48	932	86
Trinidad-et-Tobago	1,3	1,2	0,3	75	1,0	0,9	1,55	99	9 080	16,2	2,6	331	21 / 16	6 660	
AMÉRIQUE CENTRALE	142,3	211,8	1,7	69	2,0		2,76						41 / 34		
Costa Rica	4,2	6,5	1,9	60	2,9	1,7	2,28	98	8 080	14,9	1,5	419	14 / 11	861	96
El Salvador	6,5	9,8	1,6	62	3,5	2,6	2,88	90	4 500	2,0	1,8	5 057	38 / 31	651	81
Guatemala	12,3	26,2	2,6	40	3,4	3,0	4,41	41	3 850	4,9	3,4	7 578	58 / 51	628	92
Honduras	6,9	12,6	2,3	54	4,0	1,6	3,72	55	2 450		6,0	12 998	53 / 43	469	89
Mexique	103,5	140,2	1,5	75	1,7	0,9	2,50	86	8 770	11,7	1,9	16 214	37 / 31	1 567	88
Nicaragua	5,5	10,9	2,4	57	3,3	0,4	3,75	65		20,5	2,3	11 888	50 / 40	542	77
Panama	3,1	5,1	1,8	57	2,0	1,0	2,70	90	5 720	15,8	5,3	318	31 / 23	892	90
AMÉRIQUE DU SUD (15)	362,3	510,1	1,4	80	1,9		2,45						45 / 35		
Argentine	38,4	52,8	1,2	88	1,4	0,1	2,44	98	11 690	12,5	4,7	1 045	26 / 21	1 660	94
Bolivie	8,8	15,7	1,9	63	3,0	1,6	3,82	59	2 380	13,3	4,9	16 682	77 / 67	592	83
Brésil	178,5	233,1	1,2	82	1,9	0,4	2,21	92	7 450	12,5	3,4	10 602	52 / 39	1 077	87
Chili	15,8	21,8	1,2	86	1,5	1,1	2,35	100	9 420	13,9	2,5	108	15 / 12	1 604	93
Colombie	44,2	67,5	1,6	76	2,3	1,9	2,62	86	5 984		1,9	1 259	35 / 30	681	92
Équateur	13,0	18,7	1,5	63	2,4	1,2	2,76	99	3 070	4,3	1,8	6 600	60 / 49	647	85
Paraguay	5,9	12,1	2,4	57	3,6	0,9	3,84	71	4 400	10,9	3,0	2 201	51 / 39	715	78
Pérou	27,2	41,1	1,5	73	2,1	1,8	2,86	56	4 680	8,0	2,8	20 085	57 / 47	489	80
Uruguay	3,4	4,1	0,7	92	0,9	0,3	2,30	100	8 710	8,2	5,1	107	18 / 13	923	98
Venezuela	25,7	41,7	1,9	87	2,1	0,7	2,72	95	5 890		2,7	459	25 / 20	2 452	83
AMÉRIQUE DU NORD (16)	325,7	447,9	1,0	78	1,2		2,05						8 / 8		
Canada	31,5	39,1	0,8	79	1,1	0,0	1,48	100	27 870		6,6	(37 441)	7 / 6	8 156	100
États-Unis d'Amérique	294,0	408,7	1,0	77	1,2	0,0	2,11	99	34 870	17,9	5,8	(658 614)	8 / 9	8 148	100
OCÉANIE	32,2	45,8	1,2	74	1,5		2,34						34 / 35		
AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE	23,6	30,1	0,9	90	1,3		1,75						8 / 6		
Australie (17)	19,7	25,6	1,0	91	1,4	0,0	1,70	100	25 780	15,9	6,0	(14 673)	8 / 6	5 744	100
Mélanésie (18)	7,5	14,0	2,1	24	3,5		3,91						70 / 75		
Nouvelle-Zélande	3,9	4,5	0,8	86	0,9	0,1	2,01	95	19 130	19,9	6,2	(2 308)	8 / 6	4 864	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,7	11,1	2,2	18	3,7	4,3	4,09	53	2 150	11,1	3,6	6 955	81 / 88		42
PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (19)															
Arménie	3,1	2,3	-0,5	67	0,2	0,9	1,15	97	2 880	4,0	3,2	1 876	22 / 17	542	
Azerbaïdjan	8,4	10,9	0,9	52	0,6	1,1	2,10	88	3 020	24,8	0,7	1 473	41 / 38	1 454	76
Bélarus	9,9	7,5	-0,5	70	-0,2	0,2	1,20	100	8 030		4,7	19	17 / 12	2 432	100
Fédération de Russie	143,2	101,5	-0,6	73	-0,6	0,1	1,14	99	8 660		3,8	6 369	23 / 18	4 218	99
Géorgie	5,1	3,5	-0,9	57	-0,1	1,0	1,40	96	2 860		3,4	1 448	25 / 18	533	77
Kazakhstan	15,4	13,9	-0,4	56	-0,3	0,1	1,95	99	6 370		4,2	3 047	68 / 48	2 594	91
Kirghizistan	5,1	7,2	1,4	34	1,2	0,9	2,64	98	2 710		2,6	1 518	50 / 42	497	77
Ouzbékistan	26,1	37,8	1,5	37	1,4	1,4	2,44	96	2 470		2,6	1 444	56 / 48	2 027	89
République de Moldova	4,3	3,6	-0,1	41	0,0	0,4	1,40		2 420	1,3	3,0	1 514	26 / 21	671	92
Tadjikistan	6,2	9,6	0,9	28	0,7	2,4	3,06	71	1 150		1,0	369	78 / 67	470	60
Turkménistan	4,9	7,5	1,5	45	2,3	0,9	2,70	97	4 580		4,6	684	74 / 61	2 627	
Ukraine	48,5	31,7	-0,8	68	-0,8	0,2	1,15	100	4 150		2,9	2 436	20 / 15	2 820	98

Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés

Suivi des objectifs de la CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation		Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Chiffre total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M / F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M / F	Taux brut de scolarisation secondaire M / F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque Méthodes modernes		Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M / F
Antilles néerlandaises	13	73,3 / 79,2	20	119 / 103	88 / 99	44			
Bahamas	18	63,9 / 70,3	34	92 / 89	85 / 83	60	62	60	2,65 / 3,05
Bahreïn	14	72,5 / 75,9	69	103 / 103	98 / 105	18	62	31	
Barbade	11	74,5 / 79,5	0	110 / 110	101 / 102	43	55	53	
Belize	31	69,9 / 73,0	139	130 / 126	71 / 77	86	47	42	1,09 / 2,00
Brunéi Darussalam	6	74,2 / 78,9	32	106 / 102	109 / 116	26			
Cap-Vert	30	67,0 / 72,8	96	140 / 137		82	53	46	
Chypre	8	76,0 / 80,5	0	97 / 97	93 / 94	10			
Comores	67	59,4 / 62,2	547	92 / 80	23 / 18	59	21	11	
Djibouti	102	44,7 / 46,8	774	46 / 35	13 / 17	64			
Fidji	18	68,1 / 71,5	99	111 / 110		54	41	35	
Guadeloupe	7	74,8 / 81,7	5			19	44	31	
Guam	10	72,4 / 77,0	12			70			
Guinée équatoriale	101	47,8 / 50,5	774	126 / 115	43 / 19	192			1,41 / 2,75
Guyana	51	60,1 / 66,3	167	122 / 118		67	31	28	3,25 / 4,00
Îles Salomon	21	67,9 / 70,7	97			52			
Islande	3	77,6 / 81,9	10	102 / 102	105 / 113	19			
Luxembourg	5	75,1 / 81,4	24	101 / 101	92 / 97	9			
Maldives	38	67,8 / 67,0	153	131 / 131	53 / 57	53			
Malte	7	75,9 / 80,7	0	106 / 107	89 / 89	12			
Martinique	7	75,8 / 82,3	4			30	51	38	
Micronésie (26)	21	70,3 / 74,0				53			
Nouvelle-Calédonie	7	72,5 / 77,7	10			31			
Polynésie (27)	21	68,9 / 73,4				39			
Polynésie française	9	70,7 / 75,8	20			45			
Qatar	12	70,5 / 75,4	15	105 / 104	86 / 92	20	43	32	
Réunion	8	71,2 / 79,3	78			32	67	62	
Samoa	26	66,9 / 73,4	15	105 / 101	73 / 79	44			
Suriname	26	68,5 / 73,7	112	127 / 126	80 / 94	42			1,20 / 1,50
Timor-Leste (Rép. démocr. de)	124	48,7 / 50,4	630			27			
Vanuatu	29	67,5 / 70,5	32	113 / 121	31 / 26	52			

Indicateurs retenus pour les pays / territoires les moins peuplés

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en milliers) 2003	Population prévue (en milliers) 2050	% de population urbaine (2001)	Taux de croissance de la population urbaine (2000-2005)	Pop. / ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant PPA en \$É-U (2001)	Mortalité des moins de 5 ans M / F
Antilles néerlandaises	221	249	69,3	1,1	0,1	2,05			17 / 11
Bahamas	314	395	88,9	1,6	1,0	2,29			27 / 21
Bahreïn	724	1 270	92,5	2,0	1,2	2,66	98		20 / 16
Barbade	270	258	50,5	1,4	0,6	1,50	91		13 / 11
Belize	256	421	48,1	2,2	0,8	3,15	77	5 350	43 / 42
Brunéi Darussalam	358	685	72,8	2,5	0,4	2,48	98		8 / 6
Cap-Vert	463	812	63,5	3,9	2,4	3,30	89	4 870	45 / 26
Chypre	802	892	70,2	1,2	0,5	1,90	100		8 / 8
Comores	768	1 816	33,8	4,6	4,1	4,90	62	1 610	96 / 87
Djibouti	703	1 395	84,2	1,3		5,70		2 120	185 / 168
Fidji	839	969	50,2	2,5	1,1	2,88		5 140	21 / 23
Guadeloupe	440	467	99,6	0,8	0,6	2,10			11 / 8
Guam	163	248	39,5	3,0		2,88			13 / 10
Guinée équatoriale	494	1 177	49,3	4,9	1,4	5,89	5	5 640	181 / 164
Guyana	765	507	36,7	1,4	0,3	2,31		3 750	81 / 60
Îles Salomon	477	1 071	20,2	6,0	5,5	4,42	85	1 680	31 / 30
Islande	290	330	92,7	0,8	3,3	1,95		29 830	5 / 4
Luxembourg	453	716	91,9	1,6	0,2 ²⁴	1,73	100	48 080	7 / 7
Maldives	318	819	28,0	4,6	26,3	5,33	90	4 520	41 / 56
Malte	394	402	91,2	0,7	0,7	1,77	98		9 / 8
Martinique	393	413	95,2	0,8	0,8	1,90			9 / 8
Micronésie (26)	526	863	28,6	3,6		3,40			26 / 25
Nouvelle-Calédonie	228	382	78,1	3,2		2,45			9 / 10
Polynésie (27)	635	912	40,4	1,9		3,16			26 / 26
Polynésie française	244	355	52,6	1,6		2,44			11 / 11
Qatar	610	874	92,9	1,7	0,3	3,22	98		17 / 13
Réunion	756	1 014	72,1	2,2	0,6	2,30			11 / 9
Samoa	178	254	22,3	1,4		4,12	76	5 450	34 / 29
Suriname	436	459	74,8	1,3	1,2	2,45	95	3 310	35 / 23
Timor-Leste (Rép. démocr. de)	778	1 433	7,5	4,7	7,6	3,85			186 / 179
Vanuatu	212	435	22,1	4,2					

Notes relatives aux indicateurs

Les appellations utilisées dans la présente publication n'impliquent aucune prise de position de la part du Fonds des Nations Unies pour la population quant au statut juridique des pays, territoires ou régions ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les données concernant les petits pays ou régions, généralement ceux dont la population ne dépassait pas 200 000 habitants en 1990, ne figurent pas comme telles dans le présent tableau. Elles ont été comprises dans les chiffres concernant la population de leur région.

- (*) Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, le Japon, l'Europe et l'Australie-Nouvelle-Zélande.
- (+) Les régions en développement comprennent toutes les régions d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie (sauf le Japon), la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.
- (‡) Pays les moins avancés, conformément à la nomenclature type de l'Organisation des Nations Unies.
- (1) Y compris le Territoire britannique de l'océan Indien et les Seychelles.
- (2) Y compris Agalesa, Rodrigues et Saint-Brandon.
- (3) Y compris Sao Tomé-et-Principe.
- (4) Appelé antérieurement le Zaïre.
- (5) Y compris le Sahara occidental.
- (6) Y compris Sainte-Hélène, l'île de l'Ascension et Tristan da Cunha.
- (7) Y compris Macao.
- (8) Depuis le 1^{er} juillet 1997, Hong Kong fait partie de la Chine, où il constitue une région administrative à régime spécial.
- (9) Ce pays est compris dans l'ensemble des pays développés, mais non dans les évaluations concernant la région géographique.
- (10) La Turquie est incluse dans l'Asie occidentale pour des raisons géographiques. Dans d'autres classifications, elle fait partie de l'Europe.
- (11) Y compris les îles anglo-normandes, les îles Féroé et l'île de Man.
- (12) Y compris l'Andorre, Gibraltar, le Saint-Siège et Saint-Marin.
- (13) Y compris le Liechtenstein et Monaco.
- (14) Y compris Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les îles Vierges britanniques, les îles Caïmanes, Dominique, Grenade, Montserrat, les Antilles néerlandaises, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, les îles Turques et Caïques et les îles Vierges américaines.
- (15) Y compris les îles Falkland (Malvinas) et la Guyane française.
- (16) Y compris les Bermudes, le Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- (17) Y compris l'île Christmas, les îles Cocos (Keeling) et l'île Norfolk.
- (18) Y compris la Nouvelle-Calédonie et Vanuatu.
- (19) Les États successeurs de l'ex-URSS sont incorporés aux régions existantes.
- L'Europe orientale englobe le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine. L'Asie occidentale englobe l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie. L'Asie du Sud englobe le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan.
- (20) Total régional, à l'exclusion de la sous-région dont les données figurent séparément ci-après.
- (21) Ces sous-régions composent la région « États arabes et Europe » de l'UNFPA.
- (22) Les évaluations sont fondées sur les rapports des années précédentes. On attend une mise à jour des données.
- (23) Le total de l'Europe orientale comprend quelques États balkaniques d'Europe méridionale et quelques États baltes d'Europe septentrionale.
- (24) Ce chiffre comprend la Belgique et le Luxembourg.
- (25) Des informations plus récentes donnent à penser que ce chiffre était peut-être plus élevé. Il en sera tenu compte dans de futures publications.
- (26) Y compris les États fédérés de Micronésie, Guam, Kiribati, les îles Mariannes septentrionales, les îles Marshall, Nauru et les îles du Pacifique (Palaos).
- (27) Y compris les Samoa américaines, les îles Cook, l'île Johnston, Pitcairn, Samoa, les îles Tokélaou, Tonga, les îles Midway, Tuvalu et les îles Wallis-et-Futuna.

Notes techniques

Une fois de plus, les tableaux statistiques publiés dans le rapport sur *L'État de la population mondiale* font une place spéciale aux indicateurs permettant de mesurer le progrès réalisé vers les objectifs quantitatifs et qualitatifs adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et vers les objectifs du Millénaire pour le développement (MDG) concernant la réduction de la mortalité, l'accès à l'éducation, l'accès aux services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, et la prévalence du VIH/sida parmi les jeunes. Plusieurs changements ont été apportés à d'autres indicateurs, comme on l'a noté ci-après. A mesure que le suivi de la CIPD et des MDG favorisera la mise au point de systèmes améliorés de surveillance, différentes mesures seront insérées, en fonction de leur disponibilité, dans les rapports ultérieurs. Un meilleur suivi des contributions financières des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du secteur privé devrait également permettre de mieux rendre compte à l'avenir des dépenses et des ressources liées à la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD et à la réalisation des MDG. On trouvera ci-après, par catégorie, la source des indicateurs et les raisons qui ont présidé à leur choix.

Suivi des objectifs de la CIPD

INDICATEURS DE MORTALITÉ

Mortalité infantile, espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance. Source : Division de la population (ONU). 2003. *World Population Prospects : The 2002 Revision*. New York, ONU. Tableaux fournis par la Division de la population. Ces indicateurs mesurent les niveaux de mortalité, respectivement pendant la première année de vie (qui est la plus délicate sur le plan du développement) et sur toute la durée de la vie.

Ratio de mortalité maternelle. Source : « Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA » (à paraître). Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes, qui sont imputables aux suites d'une grossesse ou d'un accouchement et aux complications connexes. Il est difficile d'atteindre à la précision, mais les ordres de grandeur fournissent des indications. En dessous de 50, les évaluations ne sont pas arrondies ; de 50 à 100, elles sont arrondies à la tranche de 5 la plus proche ; de 100 à 1 000, elles le sont à la tranche de 10 la plus proche ; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Plusieurs évaluations s'écartent des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les évaluations se fondent sur les chiffres communiqués, chaque fois que possible, avec l'aide de méthodes visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Voir la source pour des détails sur l'origine de certaines évaluations nationales. Évaluations et méthodologies sont régulièrement révisées par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, des établissements universitaires et d'autres organismes, et elles seront révisées, le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. En raison des changements intervenus dans les méthodes, les

évaluations antérieures concernant les niveaux de 1995 peuvent n'être pas strictement comparables avec les présentes évaluations.

INDICATEURS D'ÉDUCATION

Taux bruts de scolarisation primaire des garçons et des filles, taux bruts de scolarisation secondaire des garçons et des filles. Tableaux fournis par l'Institut de statistique de l'UNESCO, Montréal. Les taux bruts de scolarisation indiquent le nombre d'étudiants inscrits à un niveau donné du système éducatif pour 100 individus qui appartiennent au groupe d'âge correspondant à ce niveau. Ces taux bruts ne sont pas corrigés pour tenir compte des individus qui ont dépassé l'âge correspondant au niveau en raison d'une scolarité tardive ou interrompue ou d'un redoublement de classe.

Analphabétisme chez les hommes et les femmes adultes. Source : Tableaux fournis par l'Institut de statistique de l'UNESCO. Les définitions de l'analphabétisme varient selon les pays ; trois définitions largement acceptées sont utilisées. Dans la mesure du possible, les données se réfèrent à la proportion des personnes incapables de lire et d'écrire, en le comprenant, un texte simple et concis concernant la vie quotidienne. L'analphabétisme des adultes (taux d'analphabétisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans) tient compte à la fois des niveaux de scolarisation récents et de la scolarité passée. Les indicateurs d'éducation ci-dessus ont été mis à jour en utilisant les évaluations de la Division de la population (ONU) tirées de *World Population Prospects (The 2000 Revision)*. New York, ONU. Les données relatives à l'éducation sont les évaluations pour l'année la plus récente de la période 1998-2000 pour laquelle elles soient disponibles.

Pourcentage des enfants scolarisés qui terminent la cinquième année d'enseignement primaire. Source : Tableau de l'Institut de statistique de l'UNESCO : *School Life Expectancy, Percentage of Repeaters and Survival Rate in Primary Education by Country and Gender*. Les données sont les plus récentes qui soient disponibles pour la période 1998-2000. Treize pays ont communiqué leurs données jusqu'à la quatrième année d'enseignement primaire (voir source initiale).

INDICATEURS DE SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Source : Tableaux fournis par la Division de la population (ONU). Il s'agit d'un indicateur du fardeau de la fécondité qui pèse sur les femmes pendant leur jeunesse. Etant donné qu'il indique le nombre moyen de naissances par femme chaque année, on pourrait le multiplier par cinq pour connaître approximativement le nombre de naissances pour 1 000 jeunes femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de 20 ans. Cette mesure n'indique pas dans sa totalité le nombre réel de grossesses d'adolescentes, car seules les naissances vivantes sont prises en considération. L'indicateur ne tient pas compte de la mortinatalité, ni des avortements spontanés ou provoqués.

Prévalence de la contraception. Source : Division de la population (ONU). 2003. *Base de données sur l'utilisation des contraceptifs* (mise à jour en juin 2003). New York : ONU. Ces données, qui sont tirées d'enquêtes par sondage, évaluent la proportion de femmes mariées

(y compris les femmes vivant en concubinage) qui utilisent actuellement soit une méthode quelconque de contraception, soit une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les injectables, les implants hormonaux, les préservatifs masculins et les méthodes mécaniques utilisées par les femmes. Ces chiffres sont comparables en gros, mais pas complètement, d'un pays à l'autre, en raison des différences concernant l'époque à laquelle les enquêtes ont été menées et le détail des questions qui ont été posées. Contrairement à la pratique des années précédentes, toutes les données nationales et régionales se rapportent à des femmes âgées de 15 à 49 ans. Toutes les données ont été recueillies en 1995 ou après cette date. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées.

Taux de prévalence du VIH/sida (15-24 ans), M/F. Source : ONUSIDA, 2002. *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida*. Genève, ONUSIDA. Ces données proviennent de rapports établis par les systèmes de surveillance, ainsi que d'évaluations modèles. Les données fournies pour les hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans représentent, pour chaque sexe, la moyenne des évaluations haute et basse faites pour chaque pays. L'année de référence est 2001. Les différences entre taux masculins et féminins traduisent la vulnérabilité physiologique et sociale de chaque sexe à la maladie et sont en partie fonction de la différence d'âge entre les partenaires sexuels.

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES

Population totale en 2003, population prévue en 2050, taux annuel moyen de croissance démographique pour la période 2000-2005.

Source : Tableaux fournis par la Division de la population (ONU). Ces indicateurs présentent les chiffres actuels, les chiffres prévus dans l'avenir et l'accroissement annuel de la population des différents pays dans le présent.

Pourcentage de la population urbaine, taux d'accroissement de la population urbaine. Source : Division de la population (ONU). 2002. *World Urbanization Prospects : The 2001 Revision: Data Tables and Highlights* (ESA/P/WP.173). New York : ONU. Ces indicateurs reflètent la proportion de la population nationale vivant dans les zones urbaines et le taux d'accroissement de cette population prévu pour la période 2000-2005.

Population agricole par hectare de terre arable et cultivée en permanence. Source : Données fournies par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (provenant du Service statistique sur le développement de la FAO), à partir de données concernant la population agricole sur la base de la population totale communiquées par la Division de la population (ONU). 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU. Cet indicateur a trait au chiffre de la population agricole par rapport à la superficie des terres se prêtant à la production agricole. Il tient compte des changements intervenus tant dans la structure des économies nationales (proportion de la main-d'oeuvre travaillant dans l'agriculture) que dans les techniques de mise en valeur des sols. Des valeurs élevées peuvent être liées à un souci prédominant de rendre les terres productives et à la fragmentation des exploitations

agricoles. Toutefois, l'indicateur tient compte également des différences en matière de niveau de développement et de politique d'utilisation des sols. Les données se réfèrent à l'année 2000.

Taux total de fécondité (période 2000-2005). Source : Tableaux fournis par la Division de la population (ONU). Cette mesure indique le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant qu'elle est en âge d'en avoir, si elle avait le nombre d'enfants correspondant au taux estimé pour les différents groupes d'âge pendant la période spécifiée. Les pays peuvent atteindre le niveau prévu à des moments différents de cette période.

Naissances avec assistance qualifiée. Source : Base de données mondiales de l'UNICEF : Skilled Attendant at Delivery (sur le site Web de l'UNICEF). Les données relatives aux pays développés ne sont pas disponibles. Cet indicateur est fondé sur des rapports nationaux, concernant la proportion de naissances bénéficiant de la présence « d'un personnel de santé qualifié ou d'une assistance qualifiée : de médecins (spécialistes ou non-spécialistes) et/ou de personnes ayant une formation de sage-femme qui soient capables de diagnostiquer et gérer des complications obstétricales aussi bien que des accouchements normaux ». Les données relatives aux pays développés traduisent le niveau plus élevé de leur performance sous ce rapport. Comme il est admis que les données couvrent l'ensemble du pays considéré, il se peut que les statistiques officielles ne tiennent pas pleinement compte de l'incomplétude des données (et de la couverture) concernant les groupes de population marginalisés, ainsi que de l'impact des retards dans le transport des patientes. Les évaluations sont les plus récentes qui soient disponibles.

Revenu national brut par habitant. Source : Chiffres pour 2001 dus à la Banque mondiale. 2002. *World Development Indicators* en direct. Washington, DC : Banque mondiale. Cet indicateur, antérieurement dénommé produit national brut (PNB) par habitant, mesure la production totale de biens et de services destinés à la consommation qui sont produits ou fournis par les résidents et les non-résidents, sans égard au fait qu'ils peuvent être affectés au remboursement de créances vis-à-vis de nationaux ou d'étrangers, par rapport au chiffre de la population. Il s'agit d'un indicateur de la productivité économique d'un pays. Il se distingue du produit intérieur brut (PIB) en ce qu'il tient compte des revenus provenant de l'étranger et imputables au travail et au capital de résidents, ainsi que des paiements analogues faits à des non-résidents, et en ce qu'il incorpore différents ajustements techniques, dont ceux ayant trait aux variations des taux de change dans le temps. Cette mesure prend aussi en considération la différence du pouvoir d'achat des monnaies en incluant les ajustements de parité du pouvoir d'achat (PPA) du « PNB réel ». Certains chiffres relatifs au PPA sont basés sur des modèles de régression ; d'autres sont extrapolés à partir des dernières évaluations du Programme de comparaison international ; pour les détails, prière de se reporter à la source initiale.

Dépenses du gouvernement central en matière d'éducation et de santé. Source : Banque mondiale. 2003. *World Development Indicators* en direct. Washington, D.C. : Banque mondiale. Ces indicateurs reflètent la priorité accordée aux secteurs éducatif et sanitaire par un pays à travers la part des dépenses publiques qui y est affectée. Ils ne tiennent pas compte des différences dans la répartition des allocations de fonds dans un secteur donné, par exemple

l'éducation primaire ou les services de santé primaires, par rapport à d'autres niveaux des secteurs éducatif et sanitaire, différences qui peuvent être extrêmement marquées. Le fait que la répartition des responsabilités administratives et budgétaires entre gouvernement central et pouvoirs locaux, ainsi que le rôle des secteurs public et privé, varient selon les pays rend difficile une comparaison directe. Les évaluations communiquées s'entendent en pourcentage du PIB par habitant pour l'éducation et en pourcentage du PIB total pour la santé. On ne saurait trop recommander une grande prudence dans les comparaisons entre pays, également, parce que le prix des intrants diffère selon les contextes et les secteurs. Les données se réfèrent aux plus récentes évaluations couvrant la période 1998-2001.

Assistance étrangère en matière de population. Source : FNUAP. 2002. Flux de ressources financières pour les activités en matière de population en 2000. New York : FNUAP. Ce chiffre indique le montant de l'assistance extérieure qui a été affecté en 1999 aux activités de population dans chaque pays. Les fonds d'origine étrangère sont disponibles par le canal d'organismes multilatéraux et bilatéraux d'assistance et celui d'organisations non gouvernementales. Les pays donateurs sont indiqués, le montant de leur contribution figurant entre parenthèses. Les Rapports fourniront à l'avenir d'autres indicateurs de manière à offrir une meilleure base de comparaison et d'évaluation des flux de ressources, en provenance de différentes sources nationales et internationales, destinés à appuyer les programmes de population et de santé en matière de reproduction. Les totaux régionaux indiqués comprennent les projets au niveau national et les activités régionales (qui ne figurent pas ailleurs dans le tableau).

Mortalité des enfants de moins de 5 ans. Source : Division de la population (ONU), tabulation spéciale fondée sur les données de l'ONU, 2003. *World Population Prospects : The 2002 Revision*. New York : ONU. Cet indicateur a trait à l'incidence de la mortalité des nourrissons et des enfants en bas âge. Il reflète donc l'impact des maladies et d'autres causes de décès des nourrissons, des enfants en bas âge et des jeunes enfants. Les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants âgés d'un à quatre ans, qui rendent compte des différentes causes et de la fréquence de la mortalité à cet âge, sont des mesures démographiques plus couramment retenues. La mesure est donc plus sensible que la mortalité infantile au tribut prélevé par les maladies de l'enfance, y compris celles qui peuvent être évitées par une meilleure alimentation et des programmes de vaccination. La mortalité des enfants de moins de 5 ans indique le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. Les évaluations portent sur la période 2000-2005.

Consommation d'énergie par habitant. Source : Banque mondiale, 2003. *World Development Indicators* en direct. Washington, DC : Banque mondiale. Cet indicateur reflète la consommation annuelle d'énergie primaire marchande (charbon, lignite, pétrole, gaz naturel et hydroélectricité, électricité nucléaire et électricité géothermique) en kilogrammes d'équivalent-pétrole par habitant. Il indique le niveau de développement industriel, la structure de l'économie et les modes de consommation. Les changements qui surviennent avec le temps peuvent refléter les changements intervenus dans le volume et l'importance relative des différentes

activités économiques et les changements intervenus dans l'efficacité des modes d'utilisation de l'énergie (y compris l'augmentation ou la diminution des gaspillages). Les données portent sur l'année 2000.

Accès à l'eau salubre. Source : Calculs établis d'après les données relatives à l'amélioration des sources d'approvisionnement en eau dans les zones urbaines et rurales, qui sont fournies dans les bases de données de l'UNICEF pour la fin de la décennie (UNICEF End Decade Databases : Water and per cent urban data from United Nations Population Division - voir ci-dessus). Cet indicateur donne le pourcentage de la population ayant accès à une quantité suffisante d'eau salubre située à une *distance raisonnable* de l'habitation de l'utilisateur. Les mots en italique renvoient aux définitions retenues par chaque pays. L'indicateur est à mettre en relation avec le degré d'exposition aux risques de santé, notamment à ceux qui sont imputables à un assainissement insuffisant. Les données correspondent aux évaluations faites pour l'année 2000.

Équipe de rédaction

L'état de la population mondiale 2003

Directeurs de la publication : Stan Bernstein et William A. Ryan

Assistante de rédaction : Phyllis Brachman

Recherche éditoriale : Ann Erb-Leoncavallo, Margaret E. Greene, Karen Hardee, Don Hinrichsen, Janet Jensen, Mia MacDonald,

Alex Marshall, Judith Senderowitz, Micol Zarb

Stagiaire : Jeni Incontro

Production : Prographics, Inc., Annapolis, Maryland
(États-Unis d'Amérique)

Photos

Couverture

© William A. Ryan/UNFPA
Afghanistan, juillet 2003. Une étudiante d'une école de filles récemment ouverte, gérée par l'Afghan Institute of Learning, acquiert des talents professionnels qui lui assureront un revenu.

Table des matières

© Jonathan Silvers
Depuis la disparition de ses deux parents, morts du sida en 1999, Sarah, 15 ans, lutte pour élever son jeune frère et sa jeune soeur dans le nord de la Zambie. Elle ne fréquente l'école que quelques heures par semaine.

Chapitre premier

© Jonathan Silvers
Yasmine, 16 ans, a quitté l'école dès la troisième année d'études. Elle a passé la moitié de sa vie à vendre des fleurs dans les rues de Dhaka (Bangladesh).

Chapitre 2

© Mark Edwards/Still Pictures
Une classe d'éducation sexuelle pour filles, dans un village de l'État d'Haryana (Inde).

Chapitre 3

© Jorgen Schytte/Still Pictures
En Ouganda, des écoliers entendent parler du VIH/sida.

Chapitre 4

© Rick Maiman/
Fondation David et Lucile Packard
Des jeunes au Mexique.

Chapitre 5

© Mark Edwards/Still Pictures
À Gaborone (Botswana), des adolescentes mères avec leurs bébés.

Chapitre 6

© Ian Berry/Magnum Photos
Des étudiantes tunisiennes se réunissent au dehors après un cours d'informatique.

Chapitre 7

© Jorgen Schytte/Still Pictures
Des adolescents à Zomba City (Malawi).

Page 60

© Steve McCurry/Magnum Photos
Une guide de village à Niamey (Niger).



Fonds des Nations Unies pour la population

220 East 42nd Street, 23rd Floor

New York, NY 10017

États-Unis d'Amérique

www.unfpa.org



Fonds des Nations Unies pour la population
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 (États-Unis d'Amérique)
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-671-9
F/9 500/2003 No de vente : F.03.III.H.1

Imprimé sur papier recyclé.

