Comment améliorer la santé génésique des jeunes de l'Afrique subsaharienne

SUR LA VOIE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

POPULATION REFERENCE BUREAU

PAR **KARIN RINGHEIM**
ET **JAMES GRIBBLE**

www.prb.org

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1
Figure 1. 15 pays sélectionnés dans ce dossier 2
Encadré. Les jeunes et les OMD 2
Tableau 1. Caractéristiques démographiques des pays présentés 3
Encadré. Concernant les données 4
Tableau 2. Revenu national brut, taux de croissance économique et pourcentage de la population vivant avec moins de 2,00 USD par jour 4

ÉDUCATION 5
Figure 2. Femmes ayant bénéficié d'une quelconque éducation formelle 5
Figure 3. Hommes ayant bénéficié d'une quelconque éducation formelle 6
Figure 4. Taux d'alphabétisation chez les jeunes 7
Figure 5. Égalité des sexes dans les inscriptions au niveau du secondaire 7
Figure 6. Jeunes ayant accès aux médias 8

EXPÉRIENCE SEXUELLE ET MARIAGE 9
Figure 7. Âge moyen de l'initiation sexuelle et du premier mariage, femmes de 20 à 24 ans 9
Figure 8. Femmes de 20 à 24 ans initiées sexuellement ou mariées avant 18 ans 10
Figure 9. Expérience sexuelle des femmes de 15 à 19 ans 11
Figure 10. Jeunes ayant eu des relations sexuelles avant 15 ans 12

VIH-SIDA 13
Figure 11. Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans 13
Figure 12. Utilisation de préservatifs lors des dernières relations sexuelles à haut risque 14
Figure 13. Jeunes connaissant trois modes de prévention du VIH 15
Figure 14. Comportement des jeunes relatif au test de dépistage du VIH 16

SANTÉ MATERNELLE ET MATERNITÉ 17
Figure 15. Femmes âgées de 18 ans qui sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant 17
Figure 16. Pays ayant enregistré une régression d'au moins 15 % des taux de natalité chez les adolescentes, ces vingt dernières années 18
Figure 17. Pays ayant enregistré une régression minime ou nulle des taux de natalité chez les adolescentes, ces vingt dernières années 18
Figure 18. Pourcentage de naissances non-planifiées chez les femmes de 15 à 19 ans 19
Figure 19. Nombre d'enfants idéal selon les adolescentes et les femmes plus âgées 20
Figure 20. Nombre d'enfants idéal selon les jeunes et les adultes, hommes et femmes 20
Figure 21. Présence d'une accoucheuse qualifiée lors de l'accouchement, femmes âgées de 15 à 19 ans 21
Figure 22. Taux de mortalité infantile par rapport à l'âge de la mère à la naissance 21
Encadré. Les risques des avortements effectués dans des conditions insalubres sont élevés pour les jeunes femmes 22

CONTRACEPTION 23
Figure 23. Utilisation actuelle de la contraception moderne chez les femmes mariées et non-mariées âgées de 15 à 19 ans 23
Figure 24. Combinaison de méthodes contraceptives chez les femmes non-mariées âgées de 15 à 19 ans 24
Encadré. Connaissance des méthodes contraceptives chez les jeunes femmes en Éthiopie 24
Figure 25. Combinaison de méthodes contraceptives chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans, en Afrique de l'Est 25
Figure 26. Combinaison de méthodes contraceptives chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans, en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest 25
Figure 27. Besoins insatisfaits de contraception chez les femmes mariées de 15 à 19 ans et de 30 à 34 ans 26

VIOLENCES ET PRATIQUES PRÉJUDICIABLES 27
Figure 28. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans ayant subi des violences physiques ou sexuelles 27
Figure 29. Jeunes convenant qu'un mari est fondé à frapper ou à battre son épouse pour au moins un motif spécifique 27
Figure 30. Prévalence de la mutilation génitale féminine ou excision 28

TRANCHES D'ÂGES, CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET OMD 29
Figure 31. Pyramide démographique, Mali, 2010 30
Figure 32. Pyramide démographique, Europe occidentale, 2010 30
Figure 33. Proportion de jeunes chômeurs et chômeuses âgés de 15 à 24 ans 31
Encadré. Dividende démographique 32

INVESTIR DANS LES JEUNES ET LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE : RECOMMANDATIONS 33

RÉFÉRENCES 35

REMERCIEMENTS 35

APPENDICE 36

PRB INFORMER AUTONOMISER PROGRESSER

USAID DU PEUPLE AMERICAIN

BRIDGE

Photo de couverture © 2006 Jane Brown/CCP, avec l'aimable autorisation de Photoshare.
Jeunes adolescents participant à une réunion communautaire du district de Choma, en Zambie.

Photo plat verso © 2005 Tamara Keller, avec l'aimable autorisation de Photoshare.
Des écolières au Kenya chantent une chanson sur le VIH-sida.

© 2010 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

INTRODUCTION

L'Afrique subsaharienne, l'une des régions du monde à la croissance la plus rapide, est confrontée aux plus grands défis mondiaux du développement et de la santé. Avec plus de 840 millions d'habitants et une croissance démographique de l'ordre de 2,4 % par an, d'ici 30 ans la population de l'Afrique subsaharienne aura doublé. La moitié des habitants de ces pays ont moins de 18 ans. Il est généralement reconnu que l'avenir de l'Afrique subsaharienne repose, dans une grande mesure, sur les investissements réalisés dans l'éducation, la santé et la création d'emplois pour les jeunes, ainsi que sur le passage sans difficulté des jeunes à un âge adulte productif et sain.[1]

Réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement

En 2000, 189 pays se sont engagés à réduire la pauvreté et nombre de ses facteurs connexes, et ce par la réalisation de huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Chaque objectif contient des cibles et des indicateurs spécifiques à atteindre d'ici 2015 et bon nombre d'entre eux ont trait aux jeunes. Ce plan sur 20 ans arrive à échéance d'ici cinq ans, et exige une attention nettement plus marquée sur les besoins d'éducation et de santé de cette vaste génération de jeunes, notamment en Afrique subsaharienne, qui est confrontée aux plus grands obstacles sur la voie des OMD.

Certes, les jeunes, où qu'ils résident dans le monde, partagent nombre de similarités, mais l'expérience de vie d'un jeune, homme ou femme, est aussi diversifiée que les cultures dont sont issus ces jeunes. En Afrique de l'Ouest, au Mali, une jeune femme est très susceptible de subir une excision à 5 ans. Elle n'ira probablement jamais à l'école. À 16 ans, elle sera sans doute mariée et mère d'un enfant, et ne doutera pas que son époux a le droit de la rouer de coups pour certaines « transgressions ». En Afrique australe, une jeune Zambienne est plus susceptible d'avoir été à l'école, mais elle a moins de possibilités d'emploi et court l'un des risques les plus élevés au monde d'une infection par le VIH. En revanche, une jeune femme d'Afrique de l'Est, une Rwandaise, est celle qui est la plus susceptible des trois d'être instruite et la moins susceptible d'être active sexuellement, mariée ou d'avoir un enfant. Elle aura peut-être un petit ami, mais elle est moins à même d'être enceinte à l'adolescence qu'une jeune fille aux États-Unis. Et elle est dix fois moins susceptible d'être séropositive que son homologue en Zambie.

* Cette brochure est axée sur les jeunes de 15 à 19 ans. Selon la définition de l'ONU, la population mondiale compte actuellement 1,2 milliard de jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Ces trois jeunes femmes ont des vies très différentes, mais elles ont les mêmes aspirations et ambitions en ce qui concerne santé, famille et travail. Grâce aux investissements des gouvernements dans la santé, l'éducation et la création d'emplois, puis aux engagements politiques quant aux aspirations des objectifs du Millénaire pour

© 2009 Arturo Sanabria avec l'aimable autorisation de Photoshare

Une jeune fille, à la suite d'un exposé sur le VIH, en Zambie.

le développement, ces jeunes femmes, qui font partie des 1,2 milliard de jeunes de la planète, peuvent réaliser leurs objectifs personnels et aider leurs pays à atteindre de meilleurs niveaux de développement économique et social*. Ces efforts favoriseront les progrès pour bon nombre des résultats des OMD ayant une incidence directe ou indirecte sur les jeunes [2].

Pourquoi s'axer sur les jeunes en Afrique subsaharienne ?

Non seulement l'Afrique subsaharienne est la région qui connaît la croissance la plus rapide au monde, mais en outre les jeunes femmes y sont confrontées à la double menace, à un degré sans équivalent dans le monde, d'une grossesse non-planifiée et du VIH [3]. Les jeunes hommes sont également confrontés à toutes sortes de problèmes, notamment celui de la détérioration environnementale dans leur pays.

FIGURE 1

15 pays sélectionnés dans ce dossier

L'accomplissement des objectifs personnels de ces jeunes, hommes et femmes, et du développement économique et social de leurs pays, dépend dans une grande mesure de leur capacité à éviter des conséquences non voulues. Le présent dossier a pour but de mieux faire comprendre aux décideurs, aux directeurs de programme et aux publics intéressés, en Afrique subsaharienne et dans le monde, les besoins et les vies des jeunes dans la région ainsi que la façon dont les investissements dans les jeunes peuvent amener à réaliser les OMD.

Les quinze pays dont le profil est dressé dans cette brochure (figure 1) sont parmi les plus peuplés du continent. Ils sont également relativement représentatifs de la diversité de l'ensemble de la région subsaharienne. Ce groupe comprend cinq pays d'Afrique de l'Ouest (Ghana, Libéria, Mali, Nigéria et Sénégal), neuf pays d'Afrique de l'Est (Éthiopie,

Les jeunes et les OMD

L'atteinte des OMD dépend en grande mesure des améliorations sanitaires, éducatives, économiques et du bien-être social des jeunes.

OMD	ACTIONS POUR LES JEUNES NÉCESSAIRES À L'ACCOMPLISSEMENT DE L'OMD
1er objectif : Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim.	Réduire la proportion de jeunes de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 USD par jour.
2ème objectif : Assurer l'éducation primaire pour tous.	Améliorer l'alphabétisation chez les jeunes de 15 à 24 ans.
3ème objectif : Promouvoir l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes.	Égaliser les inscriptions scolaires des garçons et des filles dans le primaire, le secondaire et le supérieur.
4ème objectif : Réduire la mortalité infantile.	Reporter l'âge de la première grossesse chez les adolescentes.
5ème objectif : Améliorer la santé maternelle.	Réduire la fécondité des adolescents et les besoins insatisfaits de contraception. Améliorer l'assistance de personnel qualifié lors des accouchements.
6ème objectif : Combattre le VIH-sida, le paludisme et autres maladies.	Réduire la prévalence du VIH chez les 15 à 24 ans. Augmenter l'utilisation uniforme des préservatifs.
7ème objectif : Assurer un environnement durable.	Améliorer l'existence des jeunes qui vivent dans les bidonvilles. Améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.
8ème objectif : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.	Réduire le chômage chez les 14 à 24 ans.

L'accès à l'éducation s'améliore également pour les jeunes hommes. Comme l'indique la figure 3, les opportunités pour les hommes sont généralement meilleures que pour les femmes, mais dans les pays où les hommes plus âgés se sont heurtés à un accès limité à la scolarisation, les hommes plus jeunes ont de meilleures opportunités.

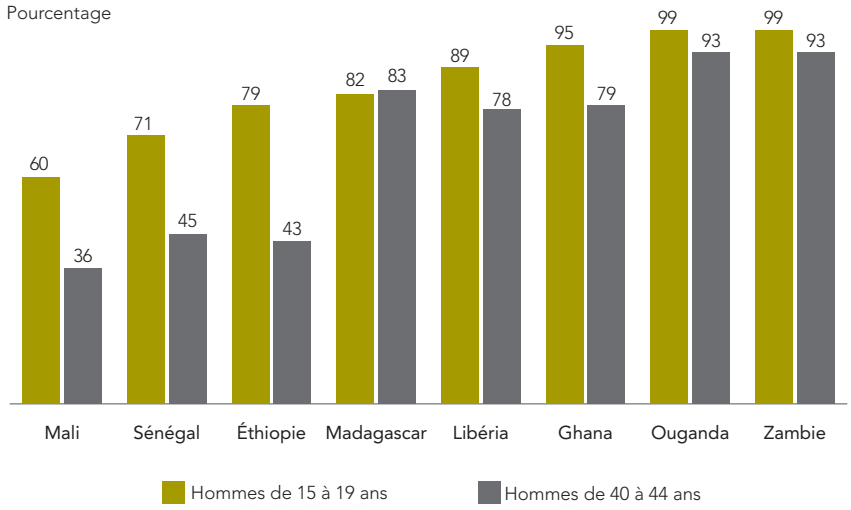
- Dans cinq des huit pays étudiés, au moins 75 % des hommes qui ont aujourd'hui entre 40 et 44 ans ont été scolarisés quand ils étaient plus jeunes, alors que 80 % des jeunes hommes aujourd'hui ont une certaine éducation formelle.
- Dans trois pays (Ghana, Ouganda et Zambie), au moins 95 % des jeunes hommes ont fréquenté l'école.
- Les niveaux d'instruction chez les hommes sont les plus faibles au Mali, à l'instar de ceux des jeunes femmes : seuls 60 % des jeunes hommes ont été scolarisés.

© 2005 Allen Eghrari avec l'aimable autorisation de Photoshare

Des filles vendent des œufs, des noix et autres produits, à un éventaire routier au Nigéria.

FIGURE 3

Hommes ayant bénéficié d'une quelconque éducation formelle



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

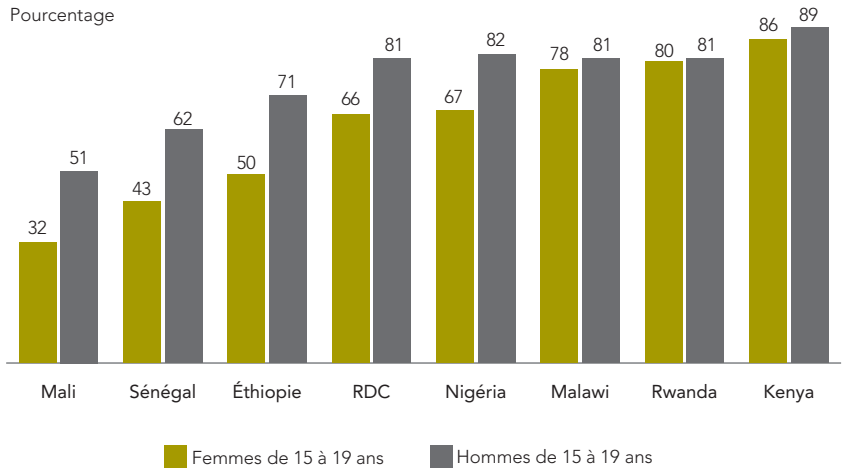
L'aptitude à la lecture et à l'écriture est cruciale pour un emploi qualifié

Ceux qui possèdent une certaine instruction formelle ne sont pas forcément alphabétisés. La figure 4 (page 7) indique le pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 19 ans alphabétisés, selon leur aptitude à lire ne serait-ce qu'une partie de phrase.

- Dans les huit pays étudiés, les jeunes femmes sont moins susceptibles de lire et d'écrire que les jeunes hommes. Toutefois, le niveau d'alphabétisation des jeunes hommes n'atteint 90 % dans aucun pays.
- Au Mali, au Sénégal, en Éthiopie, en RDC et au Nigéria, l'alphabétisation des jeunes femmes est nettement inférieure à celle des autres pays et est de 20 % supérieure chez les jeunes hommes par rapport aux jeunes femmes.
- L'alphabétisation au Malawi, au Rwanda et au Kenya est à 80 % ou davantage, et la différence entre les jeunes hommes et les jeunes femmes ne dépasse pas 3 points de pourcentage.

FIGURE 4

Taux d'alphabétisation chez les jeunes



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

© 2006 Greg S. Allgood avec l'aimable autorisation de Photoshare

Jeunes filles élèves, au Kenya, prenant part à une démonstration de purification de l'eau.

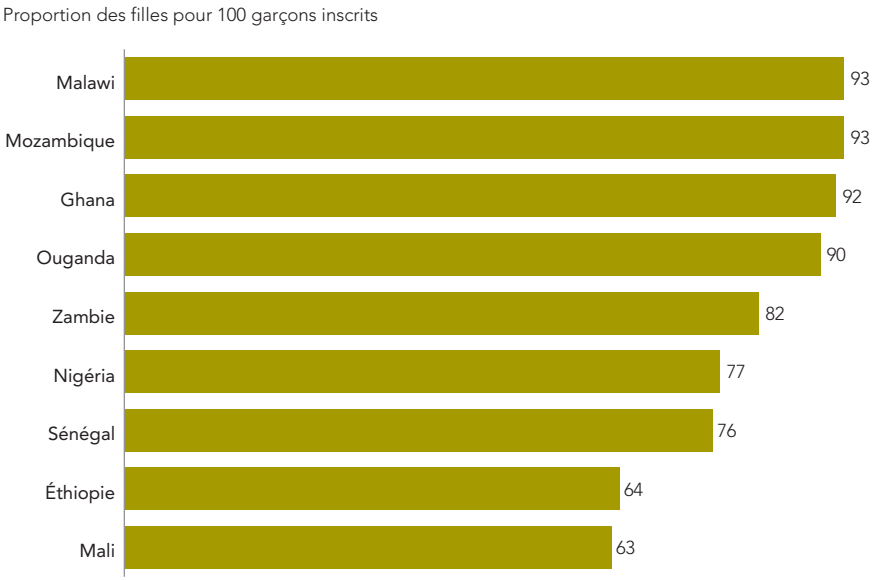
L'éducation secondaire des filles est essentielle pour le développement

La scolarisation complète des filles apporte des avantages économiques et sociaux sensibles. Les gains économiques pour les filles d'une scolarisation jusqu'au secondaire sont particulièrement importants. [6] Toutefois, dans tous les pays étudiés ici, les jeunes femmes inscrites dans le secondaire sont moins nombreuses que les jeunes hommes (cf. figure 5). Cette proportion hommes-femmes, c'est-à-dire le nombre de filles à l'école secondaire pour 100 garçons, indique un fossé profond et important qu'il convient de combler pour que le développement national puisse progresser.

- La proportion de filles inscrites par rapport aux garçons peut être des plus faibles : 63 filles pour 100 garçons, au Mali. L'Éthiopie et le Sénégal ont une meilleure proportion paritaire, mais les chiffres indiquent que les jeunes femmes accusent un certain retard par rapport aux jeunes hommes en arrivant au secondaire.
- Toutefois, au Malawi, la scolarisation dans le secondaire des filles et des garçons est quasi égale.
- Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'abandonner l'école au fur et à mesure des passages à la classe supérieure. Selon le schéma général, plus on avance dans les classes, plus le pourcentage de filles est faible.

FIGURE 5

Égalité des sexes dans les inscriptions au niveau du secondaire



Source : UNESCO, serveur de données sur le Web 20/20 et au-delà, 2009.

La réalisation des OMD passe par l'éducation, mais aussi par l'accès à l'information, l'aptitude à la comprendre et à s'en servir. Pourtant, en général, les jeunes femmes ont moins accès à l'information que les jeunes hommes (cf. figure 6). Sans un accès régulier aux journaux, à la radio ou à la télévision, les femmes sont susceptibles de rester non-informées sur la façon d'améliorer leur santé et celle de leurs familles.

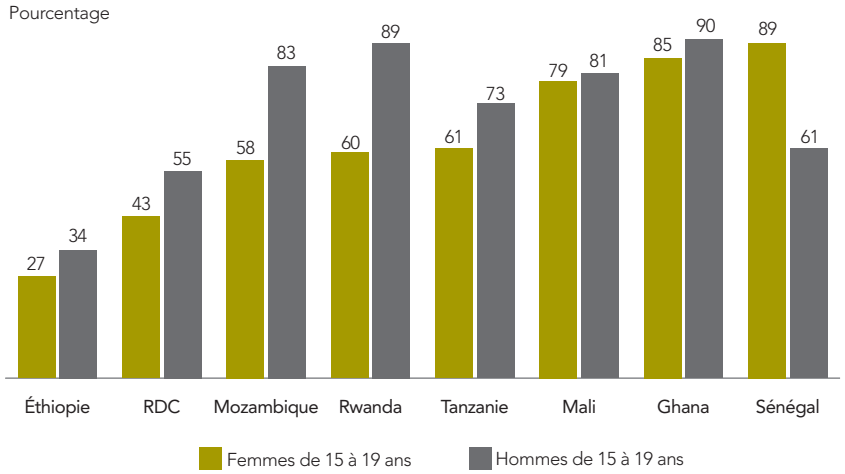
- Dans sept des huit pays étudiés, les jeunes femmes ont moins accès à l'information imprimée (journaux, livres et brochures de santé) que les jeunes hommes. Seul le Sénégal y donne un meilleur accès aux jeunes femmes (télévision, radio et journaux) qu'aux hommes du même âge.
- En Éthiopie, moins de 30 % des filles et de 35 % des garçons ont vu une émission de télévision, écouté une émission de radio et lu un journal dans la semaine précédant l'enquête. Cet accès limité est le résultat de la dispersion des populations principalement rurales.
- Au Rwanda, où la plupart des jeunes, hommes et femmes, ont fréquenté l'école, les jeunes femmes ont une exposition nettement moins régulière aux médias : 60 % des jeunes femmes y ont un accès régulier, contre près de 90 % des jeunes hommes.
- Le Ghana est le seul pays étudié où jusqu'à 90 % des jeunes hommes et 85 % des jeunes femmes ont accès régulièrement (hebdomadairement) aux médias.

© 2006 Jane Brown/CCP avec l'aimable autorisation de Photoshare

Des adolescentes célèbrent leur victoire dans un match de football au cours du lancement d'un programme d'autonomisation des filles au Malawi.

FIGURE 6

Jeunes ayant accès aux médias



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

Pour réaliser leurs OMD, ces pays doivent améliorer l'accès à l'éducation et à l'information. Les filles instruites ont moins d'enfants, investissent davantage dans la santé et l'éducation de leurs enfants et sont plus susceptibles de contribuer aux moyens de subsistance de leur famille.[7] Bien que les jeunes femmes soient plus instruites que leurs mères, elles restent en retard par rapport aux jeunes hommes, notamment dans le secondaire. Les jeunes femmes sont également moins alphabétisées, ce qui restreint leur possibilité d'obtention d'un emploi qualifié. En raison de leur accès médiatique restreint, les jeunes femmes ont moins accès à l'information sur la santé génésique, la planification familiale et la prévention du VIH. Au vu de ces résultats, des méthodes novatrices sont nécessaires pour toucher les adolescents et adolescentes, notamment dans les régions isolées et rurales où les filles et les femmes ne peuvent se déplacer seules.

EXPÉRIENCE SEXUELLE ET MARIAGE

L'expérience sexuelle et le choix du moment du mariage chez les jeunes en Afrique subsaharienne ont une incidence sur l'OMD 3 concernant l'égalité entre les sexes et l'égalité d'instruction des garçons et des filles. La réalisation de l'OMD 3 est également essentielle à celle de l'OMD 5 (améliorer la santé maternelle) et de l'OMD 6 (réduire la propagation du VIH). Chaque but est plus susceptible d'être atteint si les jeunes diffèrent leur initiation sexuelle et attendent pour se marier et avoir des enfants d'avoir atteint leur maturité.

Le mariage précoce est courant, souvent involontaire et en contravention avec les accords internationaux

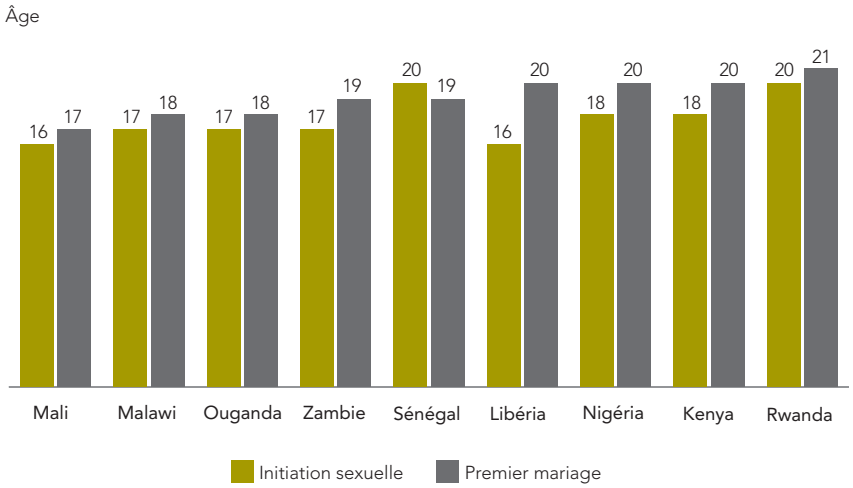
Les jeunes filles deviennent souvent sexuellement actives à un jeune âge dans ces pays, dans le cadre du mariage ou juste avant. La norme internationale de l'âge légal du mariage des filles se situe à 18 ans, mais dans bon nombre de ces pays, l'âge légal est fixé à 16 ans et les filles sont souvent mariées à un bien plus jeune âge. La figure 7 présente les données sur l'âge moyen à l'initiation sexuelle et au premier mariage pour les femmes de 20 à 24 ans, au moment de l'enquête.

- Dans la plupart des pays étudiés, l'âge moyen de l'initiation sexuelle des femmes se situe entre 16 et 18 ans et l'âge moyen du premier mariage entre 18 et 20 ans.
- Pour les hommes, l'intervalle entre l'initiation sexuelle et le mariage est plus long : en moyenne, l'initiation se tient entre 15 et 20 ans, et le mariage entre 22 et 26 ans (données non indiquées).

Le laps de temps entre l'initiation sexuelle et le mariage comporte des incidences pour la santé des jeunes. Plus cet intervalle s'allonge, plus les jeunes ont besoin d'informations et de services de planification familiale ainsi que de santé génésique.

FIGURE 7

Âge moyen de l'initiation sexuelle et du premier mariage, femmes de 20 à 24 ans



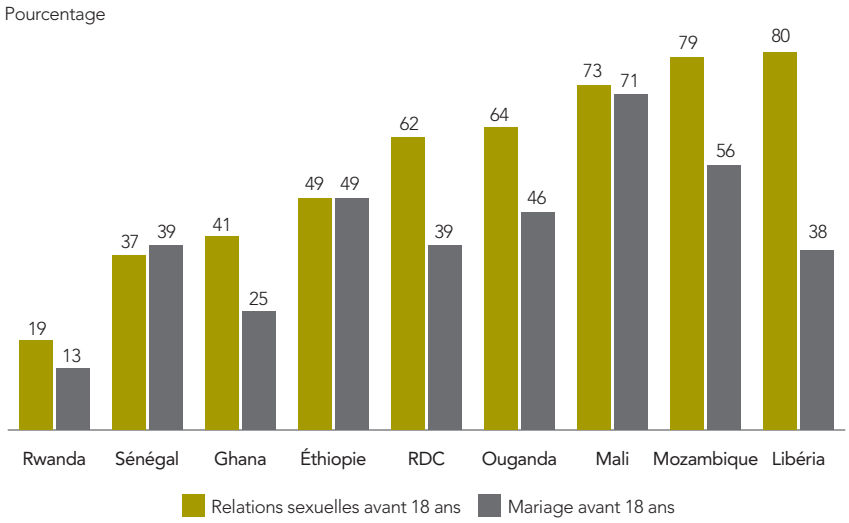
Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

Le mariage d'enfants est le plus courant dans les zones rurales, chez les pauvres et ceux qui sont peu instruits. Plus une fille est instruite, moins elle est susceptible de se marier durant l'enfance[8]. La figure 8 indique le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans au moment de l'enquête, initiées sexuellement ou mariées avant 18 ans.

- Dans cinq des huit pays étudiés, 60 % au minimum des femmes avaient été initiées sexuellement avant 18 ans. Au Mali, au Sénégal et en Éthiopie, l'initiation sexuelle s'est presque toujours produite dans le cadre du mariage.
- Le mariage d'enfants est particulièrement courant au Mali, où plus de 70 % des femmes sont mariées avant 18 ans. En revanche, seuls 13 % des Rwandaises sont mariées avant 18 ans.
- Dans certains pays, par exemple le Libéria, l'écart entre l'initiation sexuelle et le mariage est important, ce qui indique que les femmes ont une initiation sexuelle longtemps avant le mariage et courent longtemps un risque de grossesse imprévue hors du mariage.

FIGURE 8

Femmes de 20 à 24 ans initiées sexuellement ou mariées avant 18 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

© 2008 Paul Jeffrey avec l'aimable autorisation de Photoshare

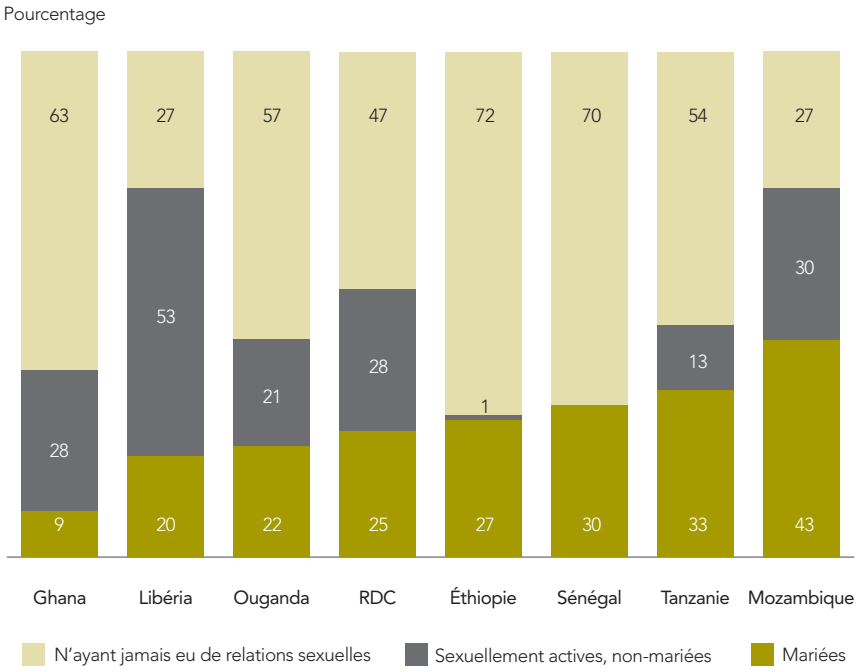
Une jeune femme plante du riz dans le cadre d'un projet d'agriculture communautaire en RDC.

Dans la région, l'expérience sexuelle des jeunes femmes varie selon leur situation matrimoniale, comme l'indique la figure 9.

- Les relations sexuelles dans le mariage vont de 9 à 43 %, comme indiqué au bas de chaque colonne. Pour bon nombre de ces jeunes femmes, un mariage précoce mène à des relations sexuelles précoces.
- Les relations sexuelles en dehors du mariage (indiqué au milieu de chaque colonne) vont de quasi-zéro (Sénégal) à 53 % au Libéria.
- Le plus grand pourcentage de jeunes femmes qui ne sont pas sexuellement actives, indiqué en haut de chaque colonne, se trouve en Éthiopie et au Sénégal.

FIGURE 9

Expérience sexuelle des femmes de 15 à 19 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

L'expérience et les besoins des adolescents et adolescentes sont variés

Étant donné la variété de l'expérience des adolescents, il convient de les toucher par une gamme d'informations et de services de santé sexuelle et génésique avant leur initiation sexuelle, à titre de jeunes non-mariés sexuellement actifs ou de personnes et de couples mariés.

© 2009 Arturo Sanabria avec l'aimable autorisation de Photoshare

Une jeune Zambienne et ses enfants, à l'issue d'une consultation de planification familiale à Lusaka.

Les effets préjudiciables des relations sexuelles précoces, qu'elles soient au sein d'un mariage précoce ou en dehors, ont une incidence directe sur plusieurs OMD. Le mariage et la procréation précoces sont une quasi-garantie de l'abandon de la scolarité des jeunes femmes. Cet élément ralentit la réalisation de la cible de l'OMD 3 - réaliser l'égalité de scolarisation entre les deux sexes – et met les filles et leurs enfants en position de net désavantage. En outre, une initiation sexuelle précoce aggrave le risque de grossesse non-planifiée, d'interruption de grossesse nuisible à la santé, de VIH-sida et d'infections sexuellement transmissibles.

L'application des normes internationales du mariage est le premier pas pour mettre fin aux mariages précoces et à ses conséquences néfastes. Parallèlement, les investissements dans les programmes visant à modifier les normes sociales sexistes et améliorer la condition des femmes sont essentiels pour réaliser les OMD liés à la santé et à l'égalité entre les sexes.

Comme l'indique la figure 10, l'âge moyen de l'initiation sexuelle peut dissimuler, dans certains pays, le pourcentage important de jeunes qui la vivent bien avant 15 ans. Les adolescents se protègent rarement lors des premières relations sexuelles et les plus jeunes adolescents courent un plus grand risque de maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH, que leurs aînés.

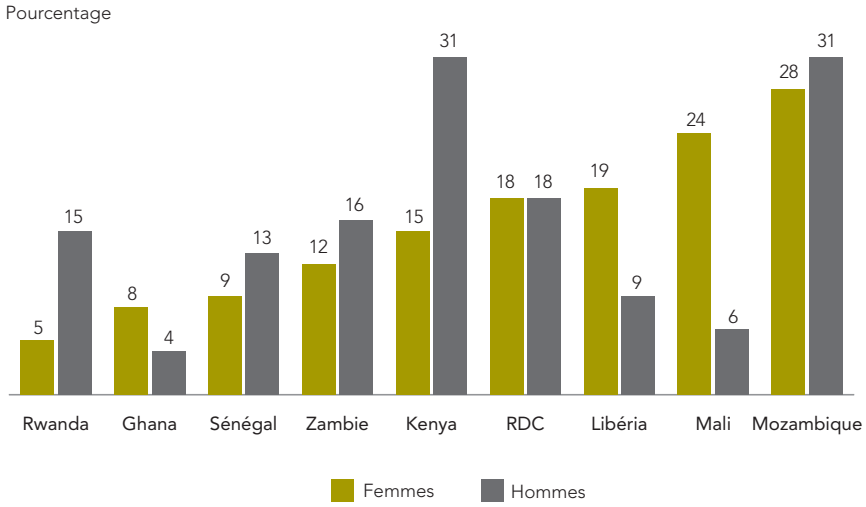
- Au Mali, 24 % des femmes ont leur première relation sexuelle avant 15 ans, la plupart dans le contexte d'un mariage d'enfants.
- En RDC et au Libéria, près d'un cinquième des jeunes femmes ont leurs premières relations sexuelles avant 15 ans. Dans ces pays, les relations sexuelles sont plus susceptibles de se dérouler avant le mariage.
- Les pourcentages les plus élevés, pour les hommes et les femmes, se situent au Mozambique, où 28 % des femmes et 31 % des hommes ont leurs premières relations sexuelles avant 15 ans.

© 2009 Alexandria Smith avec l'aimable autorisation de Photoshare

Une jeune Ougandaise et sa mère descendent vers la vallée avec leur moisson.

FIGURE 10

Jeunes ayant eu des relations sexuelles avant 15 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008/9

VIH-SIDA

Stopper et inverser la transmission du VIH-sida : principal objectif de l'OMD 6. En Afrique subsaharienne, où vivent les deux-tiers des 33 millions de personnes vivant avec le VIH, l'épidémie du sida a modifié presque tous les aspects de la vie : près des trois-quarts des décès du VIH en 2008 se sont produits en Afrique subsaharienne.[9] Dans toute la région, 60 % des séropositifs sont des femmes et les nouveaux cas de VIH se produisent principalement chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes.

Les jeunes en Afrique subsaharienne, notamment les femmes, courent le plus grand risque de contracter le VIH

Les relations sexuelles entre générations, entre une adolescente non-mariée et un homme de dix ans plus âgé qu'elle, ne sont pas inhabituelles dans la région. Selon les EDS, quelque 20 % des filles de 15 à 19 ans en Ouganda, et 25 % au Nigéria ont eu un partenaire plus âgé au cours de l'année précédente. Ces relations sont souvent fondées sur des besoins économiques et elles exposent les jeunes femmes à de graves risques de santé, y compris le VIH.[11]

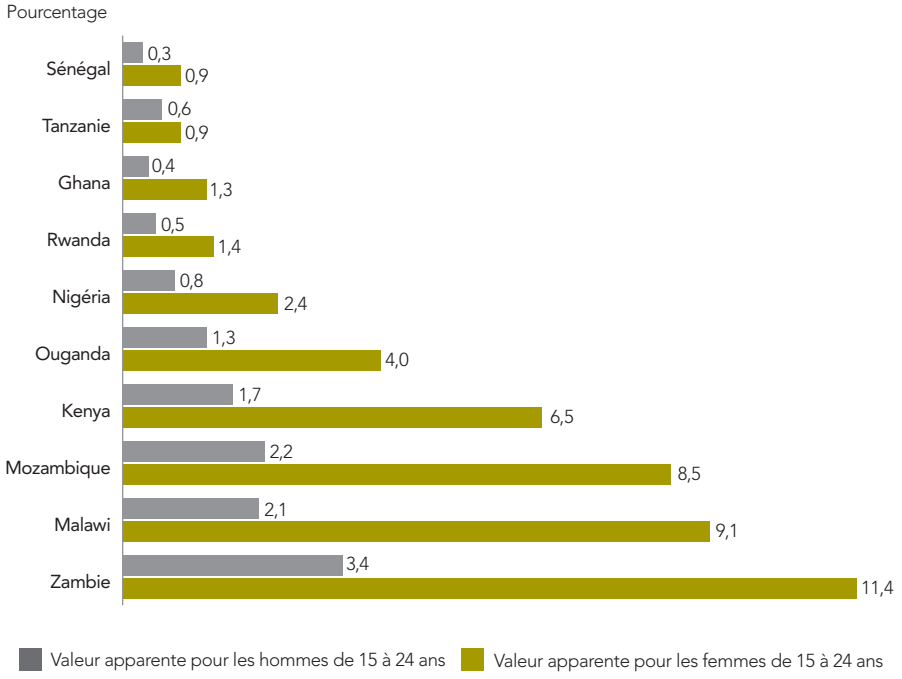
Certains des pays étudiés dans cette brochure sont profondément touchés par le VIH, par exemple le Malawi, le Mozambique et la Zambie, ainsi que ceux où la prévalence du VIH chez les groupes d'âge de 15 à 49 ans reste inférieure à 1 %, par exemple Madagascar et le Sénégal.

La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans est un indicateur servant à suivre les progrès de l'OMD 6. La figure 11 indique la valeur apparente de la prévalence estimée chez les jeunes femmes et les jeunes hommes, ce dans toute la région.

- Les jeunes femmes y sont, en général, trois fois plus susceptibles que les hommes du même âge d'être infectées par le VIH (3,2 % contre 1,1 %).[11] Cette proportion est relativement uniforme quelle que soit la prévalence du VIH dans le pays en question.
- Sur les cinq pays étudiés de plus forte prévalence (Ouganda, Kenya, Mozambique, Malawi et Zambie), plus de 2 % de tous les jeunes sont séropositifs. Ces cinq pays se trouvent en Afrique de l'Est, l'une des deux régions les plus touchées par l'épidémie, l'autre étant l'Afrique australe.
- Selon l'ONUSIDA en 2009, l'épidémie se stabiliserait dans la plupart des pays de la région, en dépit d'un très haut niveau d'infection. La Zambie et la Tanzanie sont parmi les quelques pays où l'on signale, ces dernières années, une chute de l'incidence.

FIGURE 11

Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans



Source : Calculs fondés sur l'ONUSIDA, 2009.

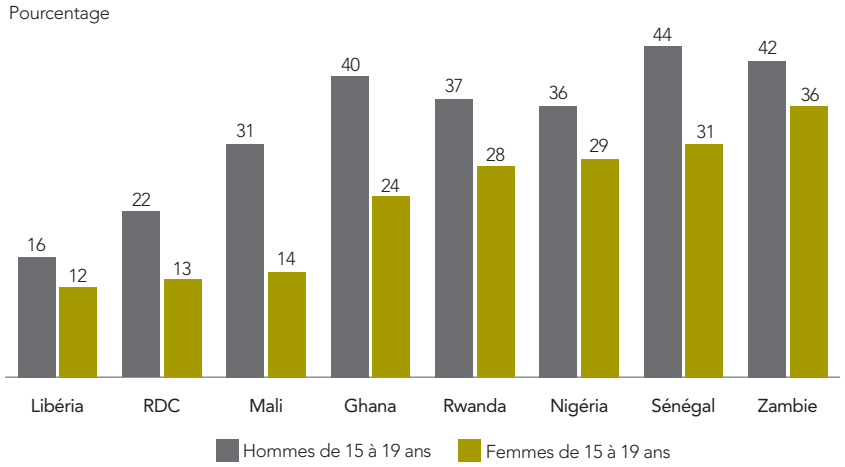
L'utilisation de préservatifs est cruciale pour enrayer l'épidémie du VIH chez les jeunes

L'utilisation de préservatifs dans les relations sexuelles à haut risque reste un autre indicateur de mesure des progrès réalisés pour l'OMD 6. Les partenaires sexuellement actifs qui ne sont pas dans une relation monogame avec un partenaire non-infecté sont vivement engagés à utiliser des préservatifs avec tout partenaire fortuit. Ce type de relation sera considéré à haut risque. Pour réaliser des progrès au niveau de cet indicateur, il faudra que les rôles affectés aux sexes changent, pour que les jeunes femmes aient la capacité de négocier l'utilisation de préservatifs. La figure 12 présente les données de huit pays sur l'utilisation des préservatifs lors des dernières relations sexuelles à haut risque chez les jeunes femmes et les jeunes hommes.

- Parmi ces pays, les jeunes Zambiennes signalent la plus fréquente utilisation de préservatifs lors des dernières relations sexuelles à haut risque. Alors que l'utilisation de préservatifs reste faible, son augmentation aurait contribué à la régression de la prévalence notée en Zambie.
- En dépit de cette faible prévalence relative du VIH, la rare utilisation de préservatifs au cours des relations sexuelles à haut risque au Libéria présuppose que l'épidémie pourrait s'accélérer rapidement.
- Dans les huit pays étudiés, les jeunes femmes qui utilisent des préservatifs sont moins nombreuses que les jeunes hommes. Cela reflète peut-être l'incapacité des jeunes femmes à négocier l'utilisation de préservatifs, particulièrement s'il s'agit d'actes sexuels pour des raisons économiques ou alimentaires, ou sous coercition ou par la force.
- Dans les huit pays, moins de la moitié des jeunes hommes signalent avoir utilisé des préservatifs lors de leurs dernières relations sexuelles à haut risque, c'est-à-dire qu'ils sous-estimeraient leurs risques d'infection par le VIH.

FIGURE 12

Utilisation de préservatifs lors des dernières relations sexuelles à haut risque



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

© 2006 David Colwell avec l'aimable autorisation de Photoshare

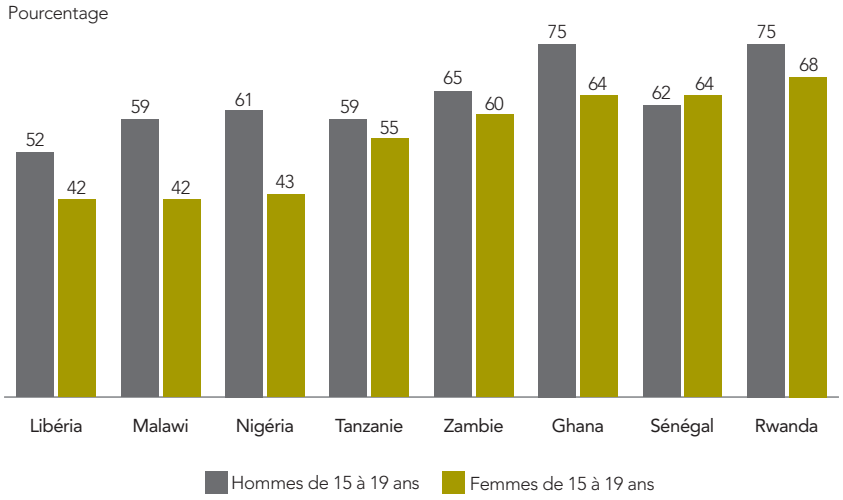
Des écolières zambiennes dans un sketch sur le troc sexuel, où une fille rencontre un garçon plus âgé qui a une voiture.

Les jeunes sont aujourd'hui quasiment tous au courant de l'existence du VIH et du sida. Mais les jeunes sont assez rarement bien informés sur les modes de transmission du VIH. Les personnes interrogées lors de l'EDS selon lesquelles l'utilisation de préservatifs permettrait d'empêcher la transmission du VIH, ainsi que la fidélité sexuelle à un partenaire non-infecté et l'abstinence sexuelle, sont considérées comme possédant des « informations exhaustives » sur la prévention du VIH. La figure 13 présente le pourcentage de jeunes ayant indiqué trois moyens de prévention de la transmission du VIH.

- Dans sept des huit pays étudiés, les jeunes hommes comprennent mieux les moyens de prévention que les jeunes femmes. La différence entre les deux groupes est plus sensible (17 % ou plus) au Nigéria et au Malawi. Au Sénégal, davantage de jeunes femmes sont mieux informées sur cette prévention que les jeunes hommes, mais cette différence est minime.
- Au Malawi, pays de forte prévalence, la connaissance des moyens de prévention du VIH était l'une des plus faibles de tous les pays présentés. Pour réaliser l'OMD 6 au Malawi, il est indispensable d'améliorer les connaissances des jeunes sur les modalités de prévention.

FIGURE 13

Jeunes connaissant trois modes de prévention du VIH



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008 et Statcompiler.

© 2008 Bob Msangi/avec l'aimable autorisation de Photoshare

Un jeune commerçant, en Tanzanie, écoute une émission de radio sur le VIH-sida.

Connaître son statut de séropositivité aiderait les jeunes à modifier leur comportement

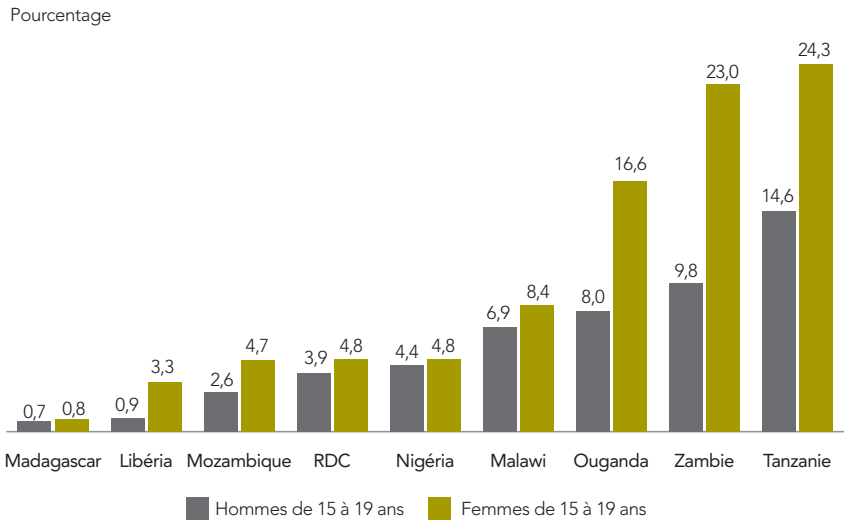
Le risque de VIH dans les pays de forte prévalence a encouragé des campagnes de sensibilisation pour inciter ceux qui sont sexuellement actifs, y compris les jeunes, à passer un test de dépistage du VIH.

Les jeunes s'inquiètent souvent de la protection du secret de la vie privée et de voir des informations confidentielles communiquées à leurs parents. La figure 14 présente les données sur le pourcentage de jeunes hommes et femmes qui ont passés un test de dépistage du VIH.

- Dans la plupart des pays, moins de 5 % des jeunes ont été testés, y compris dans les pays de forte prévalence, notamment au Mozambique, où une intensification des tests de dépistage est absolument nécessaire.
- Ce n'est qu'en Tanzanie et en Zambie, deux pays où la prévalence du VIH connaît une certaine régression, que plus de 20 % des jeunes femmes ont passé un test de dépistage. Il est essentiel que les jeunes au comportement sexuel risqué fassent l'objet d'un dépistage régulier.
- Dans le droit fil de leur plus grande vulnérabilité au VIH, les jeunes femmes des pays étudiés sont plus susceptibles de demander un test de dépistage que les jeunes hommes.

FIGURE 14

Comportement des jeunes relatif au test de dépistage du VIH



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

Il est essentiel que les jeunes, hommes et femmes, qui font un test de dépistage, reviennent dans les établissements de dépistage pour y obtenir leurs résultats. À Madagascar, presque tous les jeunes hommes interrogés sont revenus chercher leurs résultats, contre 25 % seulement des jeunes femmes. En revanche, plus de 80 % des jeunes Ougandais des deux sexes ont reçu les résultats de leur dépistage.

Pour réaliser l'OMD 6, il est essentiel d'apporter des informations et des services aux jeunes. Quelle que soit la prévalence nationale, les jeunes doivent réellement comprendre les modes de transmission du VIH pour pouvoir éviter l'infection. Les jeunes femmes doivent avoir l'assurance et les compétences nécessaires pour négocier l'utilisation de préservatifs, et les jeunes hommes doivent reconnaître l'importance d'une utilisation uniforme de préservatifs, pour leur propre santé et celle de leurs partenaires. L'intégration du dépistage du VIH dans les services de santé génésique encouragera davantage de jeunes à demander un dépistage, dans un environnement moins stigmatisant que dans un établissement réservé au VIH.[12] Pour contrecarrer l'épidémie de VIH-sida dans la région, il est essentiel de changer les normes nocives issues de préjugés qui tolèrent les relations sexuelles entre générations et rendent les jeunes femmes plus vulnérables à l'échange d'actes sexuels à des fins financières ou alimentaires.

© 2006 Ashley Pinsent avec l'aimable autorisation de Photoshare

Éducateurs-homologues sur le VIH, à Dar-es-Salam (Tanzanie).

SANTÉ MATERNELLE ET MATERNITÉ

L'OMD 5 vise à réduire la mortalité maternelle et à réaliser l'accès pour tous à la santé génésique d'ici 2015. Les indicateurs de cible comprennent le taux de prévalence des contraceptifs, le taux de natalité chez les adolescents et les besoins insatisfaits de planification familiale. La procréation comporte des risques pour les mères adolescentes et leurs nourrissons, et la réalisation de l'OMD 5 dépend entièrement de la satisfaction des besoins contraceptifs des adolescents, du différé de la première naissance, des soins prénataux et d'une présence soignante qualifiée à la naissance, ainsi que de la prévention d'avortements à risque.

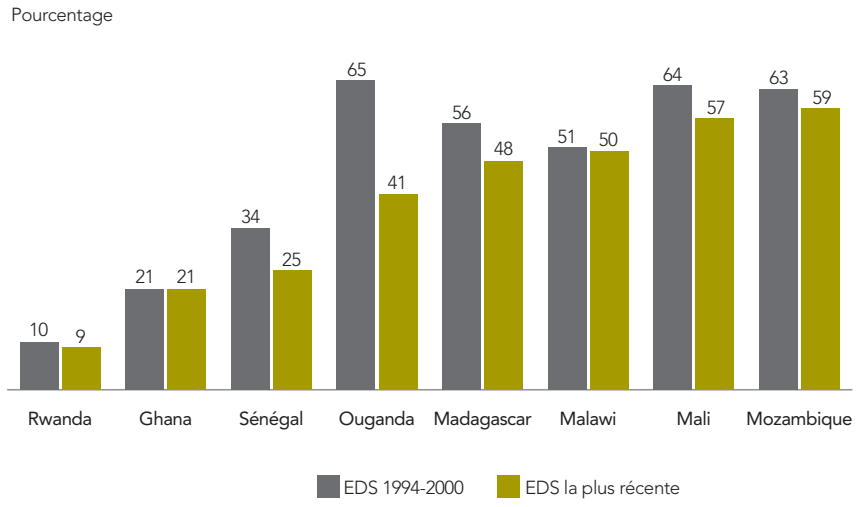
Les taux de natalité chez les adolescentes ont régressé au cours du temps dans certains pays

La maternité à l'adolescence est courante en Afrique subsaharienne et se produit principalement dans le cadre du mariage. Si les jeunes femmes mariées n'ont pas recours à la contraception, le mariage précoce est souvent suivi d'une grossesse précoce. La figure 15 présente le pourcentage de jeunes femmes déjà mères avant leur 18ème anniversaire.

- La maternité précoce est dans l'ensemble plus faible dans l'EDS la plus récente qu'elle ne l'était dans les années 1990 ; dans cinq pays, 40 % au moins des jeunes femmes de 18 ans sont déjà mères ou sont enceintes de leur premier enfant.
- Au Mozambique et au Mali, près de 60 % des jeunes femmes de 18 ans sont mères ou sont sur le point de l'être.
- En revanche, moins de 10 % des Rwandaises de 18 ans sont soit enceintes soit déjà mères. Comme l'indique la figure 8 (page 10), 19 % seulement des jeunes femmes de moins de 18 ans sont sexuellement actives.

FIGURE 15

Femmes âgées de 18 ans qui sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2008/9.

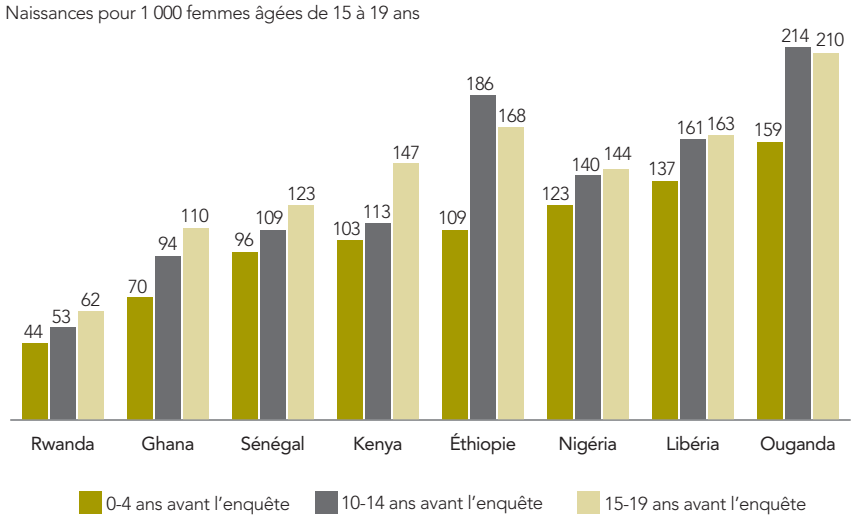
La maternité précoce diminue nettement dans la moitié seulement de ces pays

Les taux de natalité chez les adolescentes sont un indicateur de l'OMD 5 ; il est donc utile de situer les changements et où ils se produisent au fil du temps. La figure 16 présente une comparaison des taux de natalité spécifiques pour les 15 à 19 ans dans les pays où la régression est nette, et la figure 17 présente, elle, les pays où la régression enregistrée ces vingt dernières années est minime ou nulle. Les taux de natalité concernent trois périodes : la plus récente (0 à 4 ans avant l'enquête), 10 à 14 ans et 15 à 19 ans avant l'enquête actuelle.*

- Un taux de natalité de plus de 100 naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans indiquerait qu'en cinq ans, une majorité d'adolescentes, dans tous les pays sauf trois, auront donné naissance avant leur 20ème anniversaire.
- Deux de ces exceptions, le Ghana et le Rwanda, ont aujourd'hui des taux de natalité chez les adolescentes proches des niveaux les plus bas signalés dans les pays développés.
- En revanche, comme on le voit à la figure 17, les taux de natalité à Madagascar ont augmenté sensiblement ces dix dernières années ; au Mozambique la progression est sensible et en Tanzanie, les taux de natalité chez les adolescentes sont presque les mêmes qu'il y a vingt ans.
- Les naissances chez les jeunes de 15 à 19 ans sont les plus nombreuses au Mali et au Mozambique et environ quatre fois plus élevées que chez les adolescentes au Rwanda.

FIGURE 16

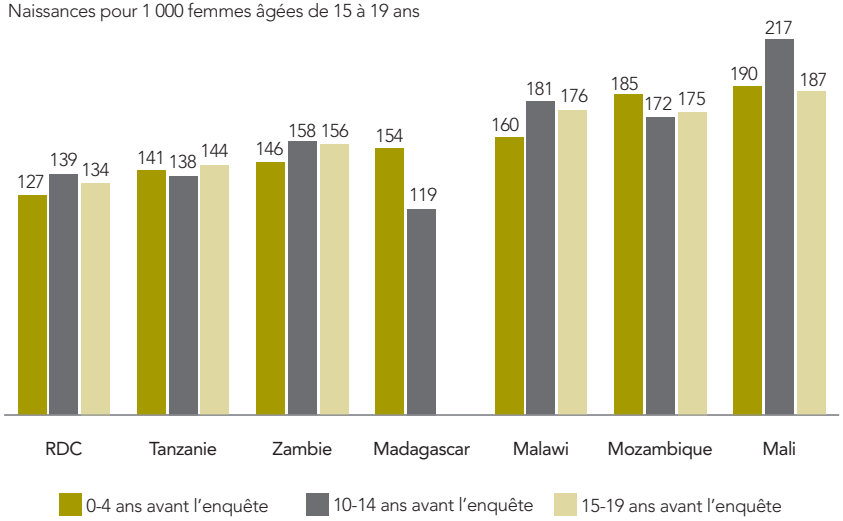
Pays ayant enregistré une régression d'au moins 15 % des taux de natalité chez les adolescentes, ces vingt dernières années



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008/9.

FIGURE 17

Pays ayant enregistré une régression minime ou nulle des taux de natalité chez les adolescentes, ces vingt dernières années



N.B. : Les données des 15 à 19 ans avant l'enquête ne sont pas disponibles pour Madagascar.
Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

* Il existe de légères différences entre la fécondité actuelle des adolescentes, fondée sur les naissances au cours des trois années précédant l'enquête, et la fécondité conjoncturelle signalée aux figures 16 et 17 (signalée en tranches progressives de 5 ans). Le taux de fertilité actuel des adolescentes au Rwanda est de 40 naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans, par rapport à 44 naissances pour les cinq dernières années.

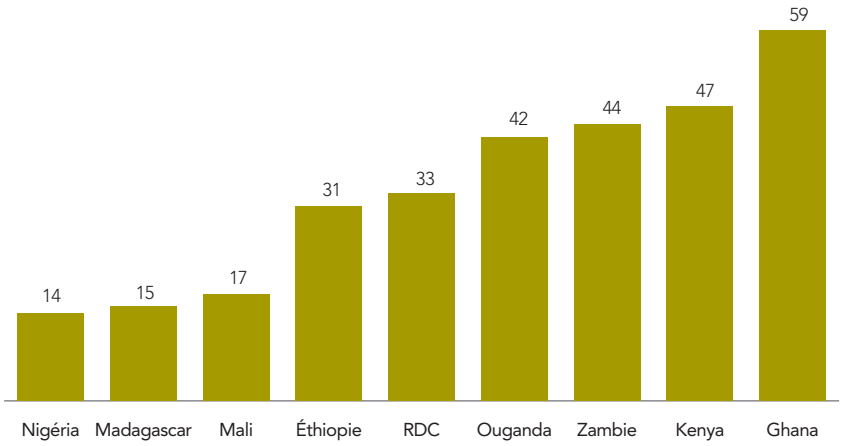
Les grossesses non-planifiées et mal calculées sont courantes

Bon nombre de naissances chez les adolescentes sont imprévues ou souhaitées plus tard. Dans l'ensemble, les grossesses imprévues sont les plus nombreuses en Afrique, notamment en Afrique de l'Est. Cette variation du taux de grossesses non-planifiées s'explique par les différences d'utilisation et de disponibilité de contraceptifs modernes en Afrique de l'Est et de l'Ouest.[13] La figure 18 présente le pourcentage de naissances imprévues (soit non-désirées soit mal calculées) chez les femmes de 15 à 19 ans, et prouve que les adolescentes sont mères plus tôt ou plus souvent qu'elles ne le souhaitent.

- Au Ghana, l'un des rares pays où l'utilisation de contraceptifs chez les adolescentes est restée statique ces dernières années, près de 60 % des adolescentes signalent que leur dernière grossesse était non-planifiée.
- Selon plus de 40 % des mères adolescentes au Kenya, en Ouganda et en Zambie, et plus de 30 % en RDC et en Éthiopie, leur grossesse était non-planifiée. La plupart des grossesses imprévues sont mal calculées plutôt que non-désirées, ce qui signifierait qu'il existe, pour ces jeunes femmes, un besoin contraceptif non satisfait, pour espacer ou différer leur prochaine grossesse.
- La plupart des grossesses au Nigéria, à Madagascar et au Mali sont souhaitées, reflétant des normes sociales et de mariage précoce favorisant la maternité précoce.

FIGURE 18

Pourcentage de naissances non-planifiées chez les femmes âgées de 15 à 19 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

© 2005 Felix Masi/Voiceless Children avec l'aimable autorisation de Photoshare

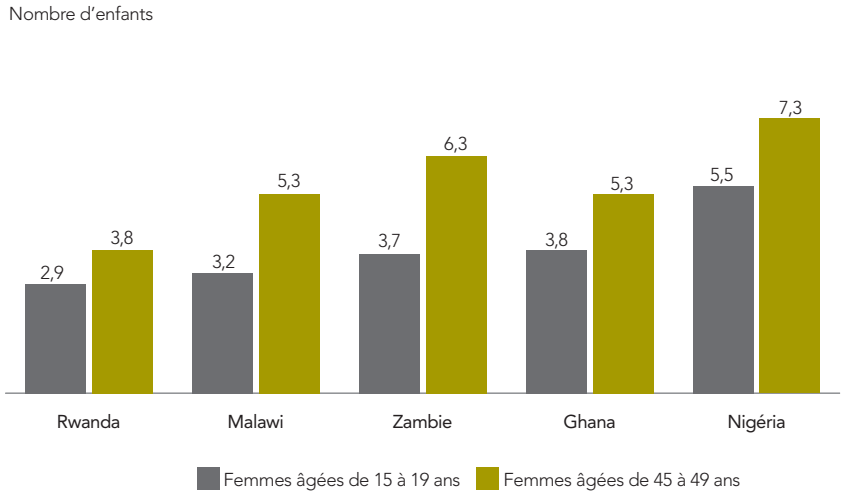
Ce jeune père est l'un des rares jeunes hommes de son village au Kenya à avoir assumé ses responsabilités paternelles à un jeune âge.

Les jeunes femmes souhaitent moins d'enfants que leurs mères

À l'exception du Ghana et du Kenya, dans les pays étudiés dans cette brochure, les femmes ont entre 5 et 6 naissances au cours de leur vie. La figure 19 compare le nombre moyen idéal d'enfants souhaité par les femmes de 15 à 19 ans à celui des femmes de 45 à 49 ans, et la figure 20 présente, elle, les pays avec les données concernant la taille d'une famille idéale selon les hommes. Le nombre d'enfants souhaités est en général plus élevé chez les populations des zones rurales.

FIGURE 19

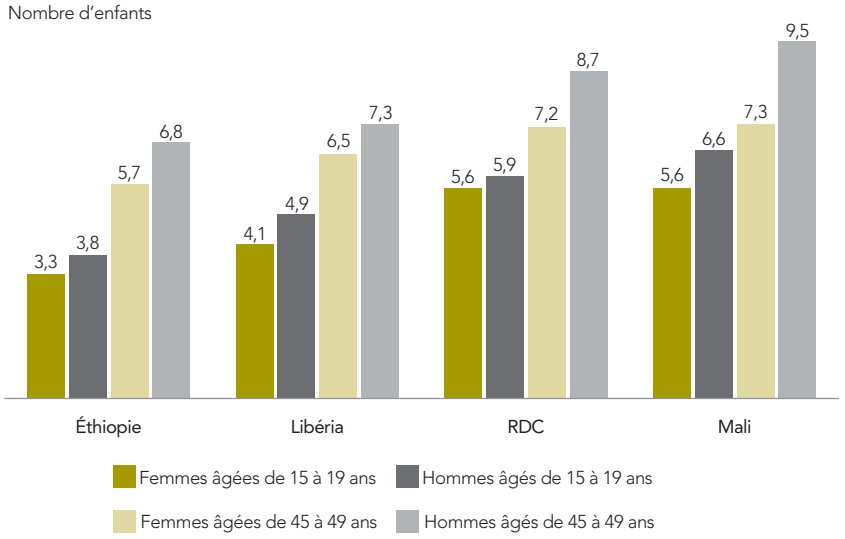
Nombre d'enfants idéal selon les adolescentes et les femmes plus âgées



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

FIGURE 20

Nombre d'enfants idéal selon les jeunes et les adultes, hommes et femmes



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

- Dans presque tous les pays, le nombre d'enfants idéal a chuté chez les femmes plus jeunes, notamment au Malawi et en Zambie, où les femmes âgées de 45 à 49 ans souhaitaient entre cinq et six enfants, alors que les femmes de 15 à 19 ans en souhaitent trois ou quatre.
- Le nombre d'enfants souhaité est uniformément plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais leur nombre est nettement moins élevé pour les jeunes hommes que pour les hommes plus âgés.
- Au Mali, par exemple, les jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans déclarent qu'ils souhaitent un enfant de plus que les femmes de la même tranche d'âge, mais trois enfants de moins que leurs aînés n'en souhaitaient.
- Alors que le nombre d'enfants idéal diminue chez les jeunes générations, l'accès à la planification familiale permettra aux jeunes femmes et hommes d'éviter des grossesses mal calculées et des naissances non-planifiées afin de ne pas avoir plus d'enfants qu'ils ne souhaitent en avoir.

Les adolescentes sont deux fois plus susceptibles que les femmes adultes (vingt ans et plus) de décéder de leur maternité

Les jeunes femmes qui donnent naissance avant leur 20ème anniversaire courent davantage de risques de complications provenant de leur grossesse et de leur accouchement que les femmes plus âgées. Ces risques sont accrus si leur accouchement n'est pas accompagné par une sage-femme formée à cet effet. La figure 21 présente les données sur le pourcentage d'accouchements de jeunes mères suivis par des sages-femmes qualifiées.

- En Éthiopie, où la plupart des habitants vivent dans les zones rurales, moins de 10 % des accouchements d'adolescentes étaient suivis par des accoucheuses qualifiées. En outre, en Éthiopie, les adolescentes sont moins susceptibles que les femmes plus âgées de recevoir des soins prénataux de qualité : c'est-à-dire d'être informées sur les signes de complications de grossesse, d'être pesées ou de se faire prendre la tension.[14]
- La RDC est le seul de ces pays où la fréquence de la présence d'une accoucheuse qualifiée est de près de 80 % pour les accouchements des femmes âgées de 15 à 19 ans.

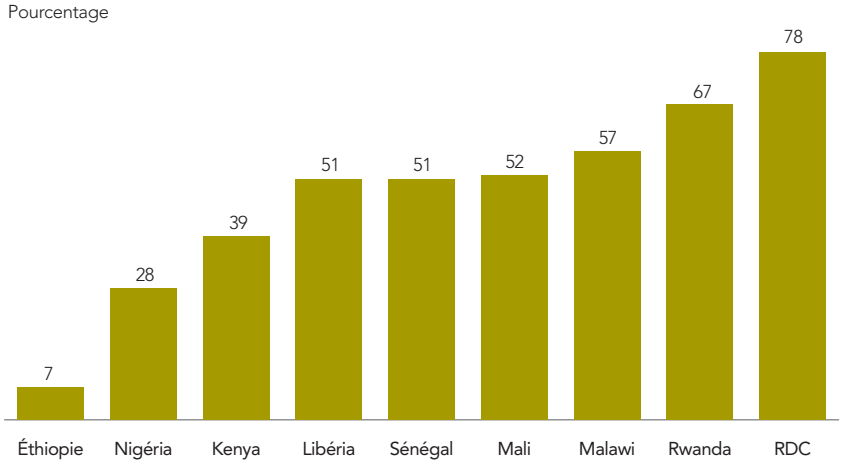
Les taux de conception élevés chez les adolescentes dans ces pays contribuent aux taux de mortalité maternelle les plus élevés du monde. Chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, la mortalité maternelle est de 600 pour 100 000 naissances vivantes en Éthiopie, au Libéria, au Malawi et au Rwanda, et supérieure à 400 dans la plupart des autres pays. Bien que les taux de mortalité maternelle ne soient pas disponibles pour les femmes âgées de 15 à 19 ans, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont les principales causes de décès des filles de ce groupe d'âge. Les femmes en Afrique subsaharienne courent un risque d'un sur 22 pendant toute leur vie de décéder de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Les décès maternels chez les femmes âgées de 15 à 19 ans sont deux fois plus fréquents que chez les femmes de vingt ans et plus.[15]

Les nourrissons de mères adolescentes courent également de plus grands risques

Le lien entre l'âge de la mère au moment de l'accouchement et la survie du nourrisson est illustré à la figure 22.

FIGURE 21

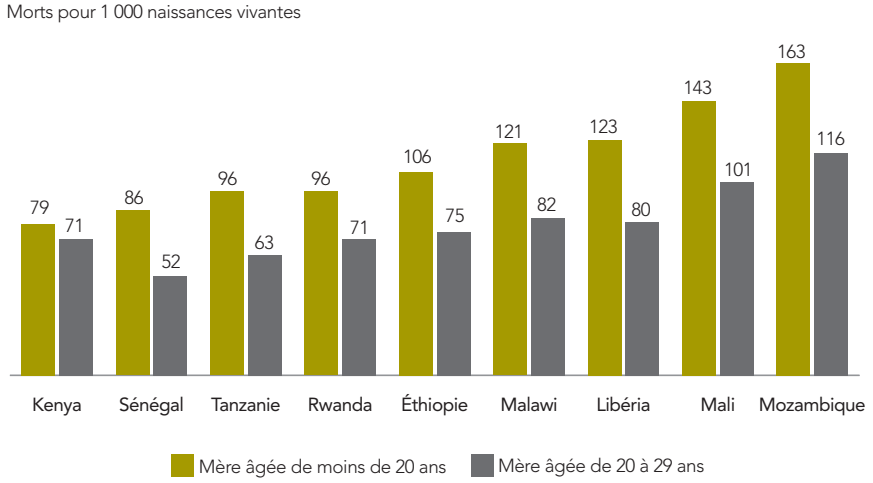
Présence d'une accoucheuse qualifiée lors de l'accouchement, femmes âgées de 15 à 19 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008/9.

FIGURE 22

Taux de mortalité infantile par rapport à l'âge de la mère à la naissance



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008/9.

Les nourrissons dont les mères ont moins de 20 ans sont plus susceptibles de décéder avant leur premier anniversaire que les nourrissons nés de mères ayant entre 20 et 29 ans. Dans la plupart de ces pays, au moins un nourrisson sur 10 dont la mère a moins de 20 ans décède avant son premier anniversaire.

- Au Mozambique, un nourrisson sur six dont la mère a moins de 20 ans décède.
- Même au Rwanda, où la mortalité infantile a chuté de 35 % de 2005 à 2008, les décès de nourrissons restent de 25 % supérieurs chez les femmes de moins de 20 ans par rapport aux mères plus âgées.[16]
- Selon de nouvelles recherches fondées sur les données des EDS, les premiers-nés de jeunes mères sont plus susceptibles de souffrir de rachitisme, d'insuffisance pondérale et d'anémie. Les enfants nés de mères âgées de 15 à 18 ans sont une fois et demie plus susceptibles de décéder avant leur 5ème anniversaire que ceux dont les mères ont entre 24 et 27 ans.[17]

Pour réaliser l'OMD 4 : Réduire la mortalité en bas âge et faire régresser la mortalité infantile de 1990 des deux tiers d'ici 2015. Une stratégie importante consiste à encourager et à responsabiliser les jeunes femmes pour qu'elles diffèrent leur première grossesse jusqu'à leur maturité physique et sociale. Garder les filles à l'école, améliorer l'accès à la contraception moderne et modifier les normes sociales et spécifiques envers les jeunes filles qui encouragent la maternité précoce permettraient d'amorcer les progrès pour atteindre l'OMD 4.

© 2007 Emmanuel 'Dipo Ololorin avec l'aimable autorisation de Photoshare

Une mère adolescente, au Nigéria, tient son nourrisson dont le poids est insuffisant dans la position de la mère kangourou pour le garder au chaud jusqu'à ce qu'il puisse maintenir sa propre température corporelle.

Les risques des avortements effectués dans des conditions insalubres sont élevés pour les jeunes femmes

En Afrique subsaharienne, où la mortalité maternelle est des plus élevées, les complications des avortements effectués dans de mauvaises conditions sanitaires entraînent le plus fort taux de décès des suites d'avortement au monde. Dans le monde, le taux des décès maternels dus à des avortements à risques est de 13 %, mais il représente un décès maternel sur cinq en Afrique de l'Est, et jusqu'à un tiers des décès maternels dans certains pays africains.[1] Le traitement de ces complications dépasse les capacités de systèmes de santé déjà inadéquats et détourne des ressources sanitaires très limitées d'autres domaines essentiels.[2]

- Soixante pour cent de tous les avortements dans des conditions dangereuses sont réalisés sur des femmes âgées de 25 ans et moins.
- Soixante dix pour cent des femmes hospitalisées pour des complications d'avortements dans des conditions insalubres ont moins de 20 ans.[3]
- Quatre-vingt dix-neuf pour cent de tous les avortements en Afrique sont réalisés dans des conditions insalubres, d'où des taux d'hospitalisation pour complications deux fois plus élevés en Afrique qu'en Asie.
- Les adolescentes non-mariées qui craignent que leurs parents ne découvrent leur grossesse hors mariage sont plus particulièrement susceptibles de ne pas s'adresser à un médecin. Alors même qu'elles sont conscientes des dangers qu'elles courent (hémorragie, infection, stérilité ou décès), étant désespérées elles prendront le risque d'un avortement nuisible à la santé.

L'avortement est interdit, quel que soit le motif, dans 14 pays africains, y compris la RDC, Madagascar et le Sénégal. Il n'est légal que pour sauver la vie de la mère au Kenya, au Malawi, au Mali, au Nigéria, en Tanzanie et en Ouganda. Au Ghana, au Libéria et en Zambie, l'avortement est autorisé pour protéger la santé mentale de la mère. L'Éthiopie a libéralisé sa législation sur l'avortement en 2005, autorisant l'avortement en cas de viol, d'inceste ou d'infirmité du fœtus, et pour les adolescentes qui ne sont pas en mesure d'élever un enfant.[4]

Références

1 Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (New York: Guttmacher Institute, 2009).

2 David Grimes et al., "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic," *Lancet* 368, no 9550 (2006):1908-19.

3 Iqbal Shah, "Age-Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions," *Reproductive Health Matters* 12, no. 24 (2004).

4 Guttmacher Institute, *Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Africa*, and *Facts on Abortion in Kenya, In Brief* (New York: Guttmacher Institute, 2009).

CONTRACEPTION

L'OMD 5 vise à réduire la mortalité maternelle et à assurer l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015. Les cibles de cet objectif comprennent l'augmentation de la prévalence des contraceptifs et la réduction des besoins non satisfaits dans ce domaine. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, l'activité sexuelle des jeunes femmes entraîne trop souvent des grossesses non-planifiées, des complications et des décès en raison d'avortements effectués dans des conditions insalubres. La satisfaction des besoins insatisfaits de contraception et la création d'une demande informée de services de planification familiale constituent des stratégies critiques pour permettre aux jeunes femmes sexuellement actives, qu'elles soient mariées ou non, de s'épanouir pleinement. Si elles peuvent éviter les grossesses non-planifiées et choisir le moment et l'espacement de leurs grossesses, elles pourront – ainsi que leurs sociétés – jouir des avantages d'une maternité différée et d'une fécondité moindre.

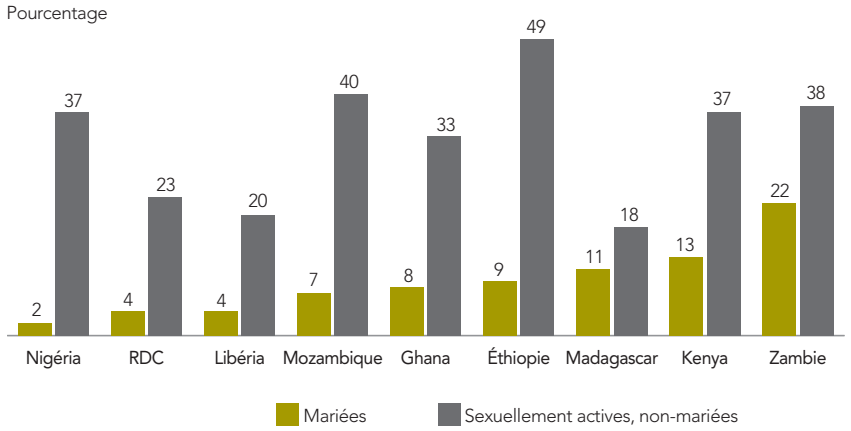
Les jeunes femmes mariées utilisent rarement de contraceptifs, bien que bon nombre d'entre elles souhaitent éviter une grossesse

Ces dernières décennies, la plupart des jeunes femmes ont été informées de l'existence d'au moins une méthode moderne de contraception (pilule anticonceptionnelle, contraceptifs injectables et implants, DIU, stérilisation féminine et masculine, préservatifs et méthodes vaginales modernes, par exemple diaphragmes et spermicides).[18] Toutefois, comme l'indique la figure 23, en Afrique subsaharienne, les jeunes femmes, notamment celles qui sont mariées, ne sont pas susceptibles d'utiliser des méthodes modernes.

- Dans six des neuf pays étudiés, moins de 10 % des adolescentes mariées utilisent une méthode moderne. Citons les facteurs associés à cette faible utilisation des contraceptifs par les adolescentes mariées : manque de connaissance de la contraception, capacité décisionnelle restreinte concernant les contraceptifs et les grossesses, manque d'expérience pour l'obtention de services de planification familiale.[19]
- L'utilisation de la contraception moderne par les femmes non-mariées sexuellement actives est nettement supérieure à celle des femmes mariées, y compris dans les pays où le pourcentage de femmes non-mariées sexuellement actives est important, par exemple le Kenya, le Mozambique, le Nigéria et la Zambie.
- Dans les pays où presque toutes les adolescentes qui sont sexuellement actives sont mariées, par exemple en Éthiopie, les taux de contraception plus élevés chez les femmes non-mariées s'appliquent à un pourcentage relativement infime de femmes.

FIGURE 23

Utilisation actuelle de la contraception moderne chez les femmes mariées et non-mariées âgées de 15 à 19 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

L'utilisation de contraceptifs et la combinaison de méthodes varient selon les régions

La figure 24 présente une image plus précise de l'utilisation des contraceptifs chez les femmes non-mariées sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans. Bien que dans presque toute la région, il n'est pas socialement accepté d'avoir des enfants en dehors du mariage, la plupart des jeunes femmes sexuellement actives non-mariées n'utilisent aucune forme de planification familiale pour éviter une grossesse non-planifiée.

- Dans six des pays étudiés, les préservatifs sont la forme la plus fréquente de contraception chez les adolescentes non-mariées. Pour ces femmes, il est plus facile de trouver et d'acheter des préservatifs que d'avoir recours à des méthodes proposées en dispensaire. Les jeunes femmes semblent également comprendre l'importance des préservatifs pour la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmises. Mais ce n'est que dans trois pays (Mozambique, Nigéria et Zambie) qu'environ 30 % des femmes sexuellement actives non-mariées utilisent des préservatifs.
- En RDC, au Nigéria, à Madagascar et au Ghana, de nombreuses femmes ont recours à des méthodes traditionnelles au lieu de méthodes modernes, dont les préservatifs.

En RDC, les méthodes traditionnelles représentent environ 50 % de l'amalgame de méthodes de planification familiale.

Connaissance des méthodes contraceptives chez les jeunes femmes en Éthiopie

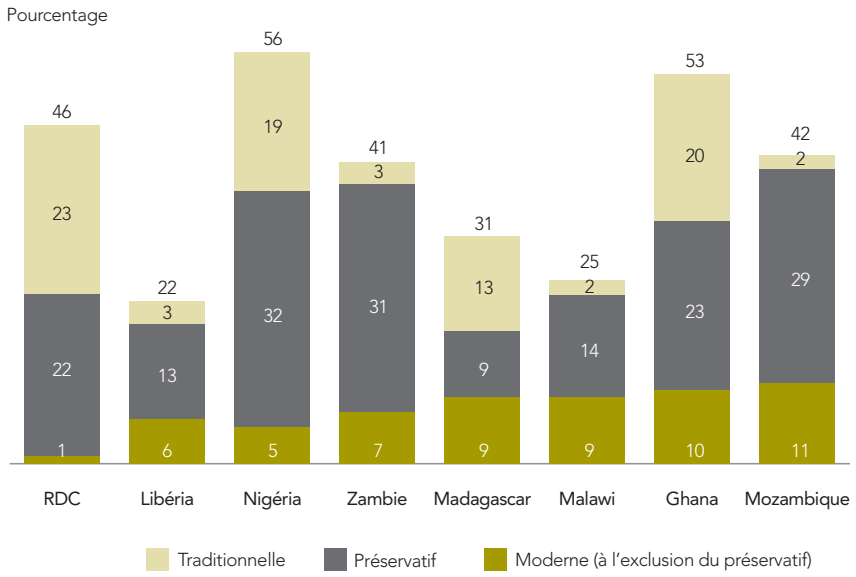
Chez les jeunes Éthiopiennes âgées de 15 à 19 ans, la connaissance des contraceptifs a nettement augmenté de 2000 à 2005 et leur utilisation a doublé entre les deux enquêtes. Toutefois, plus de trois femmes sexuellement initiées âgées de 15 à 24 ans (et mariées pour la plupart) n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive.[1] Ces jeunes femmes devront être mieux informées sur la planification familiale et y avoir un meilleur accès pour atteindre le nombre très réduit d'enfants qu'elles souhaitent.

Références

1 Zhushi Moore et al., *Trends in Youth Reproductive Health in Ethiopia, 2000 & 2005* (Calverton, MD: ICF Macro, 2008).

FIGURE 24

Combinaison de méthodes contraceptives chez les femmes non-mariées âgées de 15 à 19 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

© 2008 Samaila Yusuf avec l'aimable autorisation de Photoshare

Des volontaires formées abordent les idées fausses sur la planification familiale et l'importance du rythme et de l'espacement sains des grossesses pour les adolescentes et les mères plus âgées, dans l'état de Kano, au Nigéria.

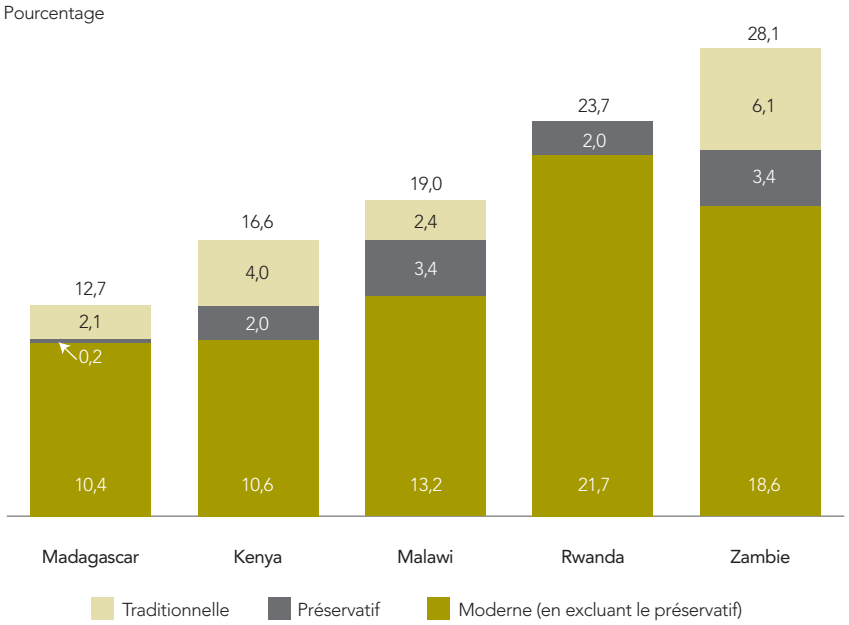
Les méthodes de contraception sont moins utilisées par les jeunes femmes mariées en Afrique de l'Ouest

La combinaison des méthodes utilisées par les adolescentes mariées se trouve aux figures 25 et 26, par région. La prévalence des contraceptifs et les types de méthodes varient sensiblement selon les régions.

- Dans l'ensemble, les taux d'utilisation de contraceptifs modernes chez les adolescentes mariées en Afrique de l'Est sont plus élevés que pour celles en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest.
- L'utilisation de méthodes modernes, à l'exclusion des préservatifs, dans les pays sélectionnés d'Afrique de l'Est va de 10 % à Madagascar à 22 % au Rwanda. En revanche, le taux d'utilisation de la contraception moderne, à l'exclusion des préservatifs, chez les adolescentes mariées dans les pays d'Afrique Centrale et d'Afrique de l'Ouest va de moins de 1 % en RDC à 6 % au Ghana.
- Les taux d'utilisation des préservatifs chez les femmes mariées restent bien inférieurs à 5 % dans tous les pays. La faible utilisation des préservatifs représenterait l'inaptitude des jeunes femmes à en négocier l'utilisation, particulièrement dans le cadre du mariage.

FIGURE 25

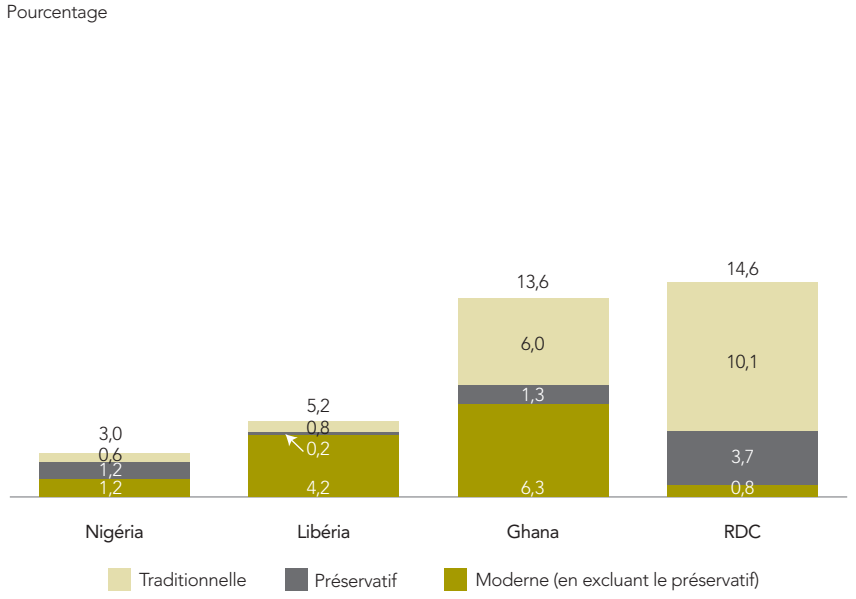
Combinaison de méthodes contraceptives chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans, en Afrique de l'Est



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

FIGURE 26

Combinaison de méthodes contraceptives chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans, en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

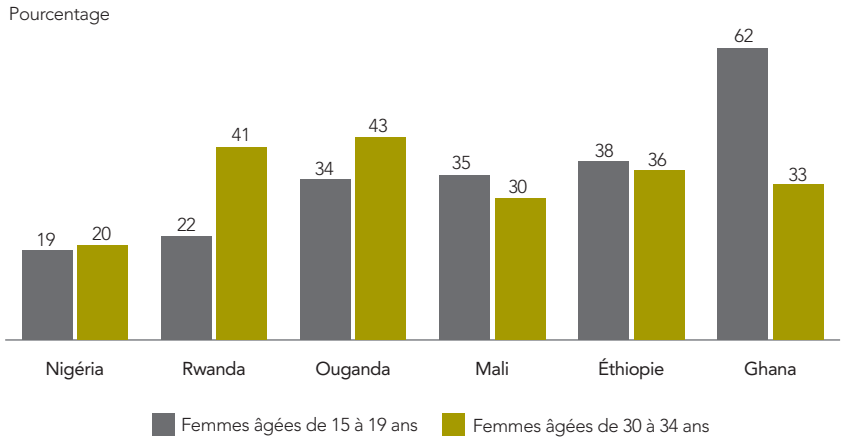
La réduction des besoins insatisfaits chez les jeunes est essentielle pour réaliser les OMD 4, 5 et 6

Le besoin insatisfait de planification familiale se définit comme étant le pourcentage de femmes qui ne souhaitent pas d'autres enfants ou veulent différer leur prochaine grossesse de deux ans au minimum, mais ne se servent pas de méthode de contraception pour réaliser ce souhait. Selon les estimations, 215 millions de femmes dans le monde ont un besoin insatisfait de méthode efficace de contraception.[20] Comme indiqué à la figure 27, ce besoin insatisfait est élevé chez les femmes mariées de 15 à 19 ans et de 30 à 34 ans.

- Chez les femmes mariées de 15 à 19 ans, le besoin insatisfait va de 19 % au Nigéria à 62 % au Ghana.
- Le besoin insatisfait est plus élevé chez les plus jeunes femmes mariées en Éthiopie et au Mali, et notamment au Ghana, qu'il ne l'est chez les femmes de 30 à 34 ans mariées.
- Le faible niveau de besoin insatisfait au Nigéria, associé à une faible utilisation de contraceptifs chez les adolescentes mariées, indiquerait que de nombreuses jeunes femmes mariées souhaitent une grossesse ou répondent aux normes culturelles d'une grossesse au début du mariage.

FIGURE 27

Besoins insatisfaits de contraception chez les femmes mariées de 15 à 19 ans et de 30 à 34 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

Bien que l'utilisation d'une méthode moderne de contraception par les jeunes femmes mariées soit faible, nombre d'entre elles indiquent qu'elles ne souhaitent pas tomber enceintes. Le besoin insatisfait chez les adolescentes est entraîné par l'absence d'information et la crainte de la réprobation sociale, plutôt que des maris, et par l'inquiétude sur les effets secondaires des contraceptifs, ou les effets sanitaires. Pour réaliser les cibles de l'OMD 5, réduire les besoins insatisfaits et améliorer la santé maternelle, les programmes de santé génésique doivent s'assurer de la disponibilité d'une gamme de méthodes modernes pour répondre aux différents besoins des clientes, notamment ceux des adolescentes.[21]

© 2009 Shandy Fox avec l'aimable autorisation de Photoshare

Une jeune mère et son nourrisson, au Mozambique, à la porte de l'hôpital local, Casa de Espera (Maison de l'attente).

VIOLENCES ET PRATIQUES PRÉJUDICIABLES

Les jeunes femmes sont très susceptibles d'être victimes de violences spécifiques

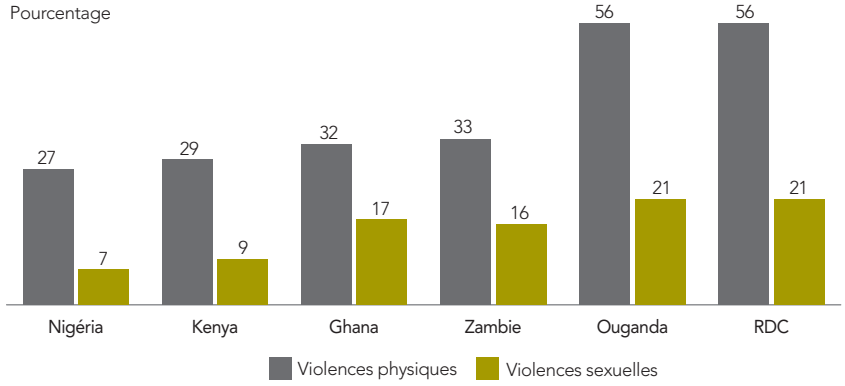
La réalisation de l'OMD 3 de promotion de l'égalité entre les sexes et de l'autonomie des femmes passe par la modification des normes et des comportements basés sur l'appartenance à un sexe qui entravent la participation intégrale des femmes à la société. L'une des mesures profondes de l'inégalité entre les sexes reste la fréquence de la violence contre les femmes et des pratiques préjudiciables à leur égard. L'ampleur de ces violences est de plus en plus reconnue comme étant un important problème de santé mondial. Selon la recherche réalisée par l'Organisation mondiale de la santé, dans 10 pays, la majorité des femmes ont subi au cours de leur vie des violences physiques ou sexuelles (ou les deux) de la part d'un partenaire intime.[22] Les jeunes femmes de 15 à 19 ans couraient davantage de risques dans tous les pays sauf deux.

La figure 28 indique que des violences physiques et sexuelles sont couramment vécues par les jeunes femmes dans les six pays étudiés.

- Plus de la moitié des jeunes femmes ont subi des violences physiques en Ouganda et en RDC, et plus d'une jeune femme sur cinq a subi des violences sexuelles.
- Les violences au cours de la grossesse sont reliées à l'insuffisance de poids à la naissance et à d'autres facteurs de risques de conséquences néfastes sur la grossesse et la santé. Les femmes courent particulièrement des risques de violences au cours d'une grossesse non-planifiée.

FIGURE 28

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans ayant subi des violences physiques ou sexuelles



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

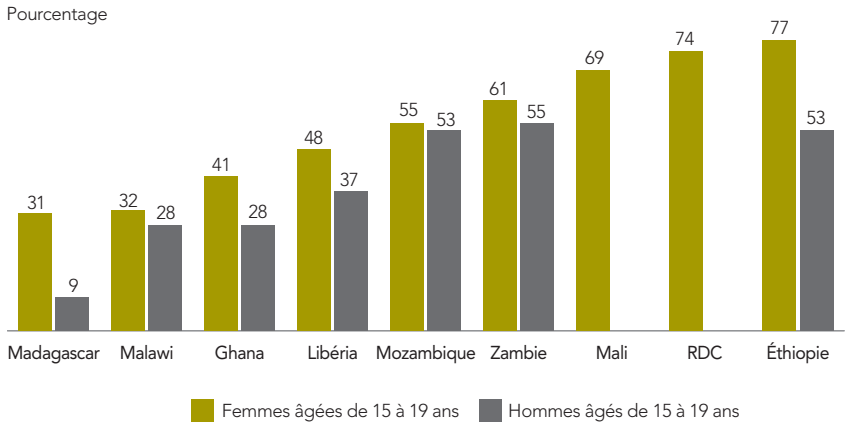
Les violences contre les femmes sont culturellement acceptées par les hommes et les femmes

La figure 29 indique que les comportements violents contre les femmes sont souvent une norme culturelle enracinée et à laquelle souscrivent les hommes et les femmes.

- Dans ces pays, les femmes de 15 à 19 ans sont plus susceptibles que les hommes du même âge de convenir qu'un mari est fondé à frapper ou à battre son épouse pour un ou plusieurs motifs spécifiques, tels que d'avoir brûlé la nourriture, s'être querellée avec lui, être sortie sans le lui avoir dit, s'être mal occupée des enfants ou lui avoir refusé des relations sexuelles.
- Près de 80 % des jeunes femmes en Éthiopie conviennent d'un ou de plusieurs motifs justifiant pour un mari de battre son épouse.
- À Madagascar, trois fois plus de jeunes femmes que de jeunes hommes estiment que de battre une épouse est justifié par un ou plusieurs motifs.

FIGURE 29

Jeunes convenant qu'un mari est fondé à frapper ou à battre son épouse pour au moins un motif spécifique



N.B. : Les données concernant les hommes ne sont pas disponibles pour le Mali ou la RDC.
Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

L'excision féminine est largement pratiquée dans certains pays

La mutilation génitale féminine/excision des femmes (MGF/E) est reconnue mondialement comme étant une pratique culturelle préjudiciable qui contrevient aux droits humains des filles et est liée à des résultats néfastes pour la santé des femmes, notamment au cours de la grossesse et de l'accouchement. Tous les ans, plus de 3 millions de filles, dont la majorité vit en Afrique subsaharienne, sont confrontées au risque de mutilation.

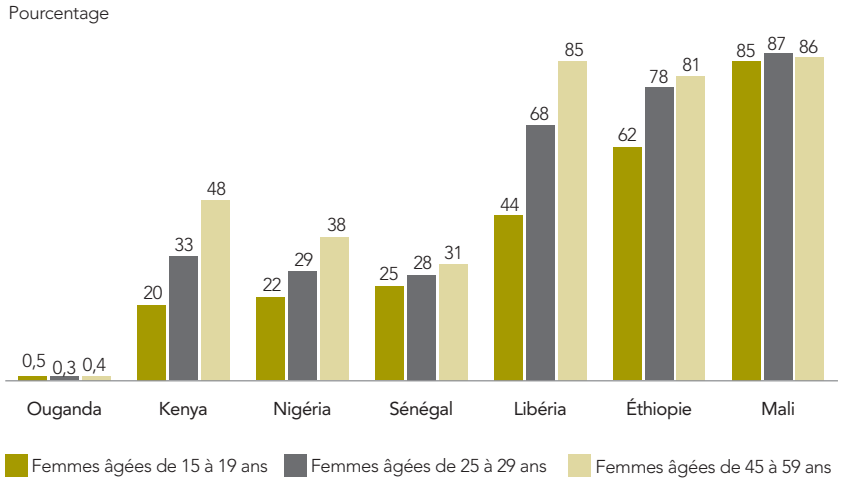
La figure 30 présente la prévalence de la MGF/E dans différents groupes d'âge, dans sept pays. La MGF/E se déroule d'ordinaire à la préadolescence, le pourcentage de femmes de 19 ans qui ne l'ont pas subie est une indication de la diminution, ou pas, de cette pratique par rapport aux femmes plus âgées.

- La MGF/E a presque disparu en Ouganda, où moins d'un pour cent de jeunes femmes signalent l'avoir subie. En revanche, 85 % des jeunes Maliennes ont subi une excision en dépit des efforts pour son éradication qui se poursuivent depuis plus d'une décennie.
- Au Kenya, au Nigéria, au Libéria et en Éthiopie, moins de jeunes femmes de 15 à 19 ans ont subi la MGF/E par rapport aux femmes plus âgées. Au Sénégal, où elle se déroule surtout à la petite enfance, tout comme au Mali, sa prévalence régresse plus lentement que dans les quatre autres pays.

La réalisation de l'OMG 3 dépend de l'élimination des inégalités profondément enracinées entre les hommes et les femmes. Pour mettre fin à ces pratiques préjudiciables et progresser sur la voie de normes sociales équitables, les programmes et les écoles doivent très tôt modifier les attentes culturelles quant aux filles et renforcer les relations plus équitables entre les garçons et les filles. Les hommes et les femmes devront être sensibilisés au fait que l'absence de violence est un droit fondamental de la personne. De la même façon, les parents bien intentionnés pour lesquels la MGF/E permet de préparer leurs filles au mariage doivent comprendre que cette pratique est une violation des droits des filles et des femmes.

FIGURE 30

Prévalence de l'excision féminine



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

© 2005 Netsanet Assaye avec l'aimable autorisation de Photoshare

Ces jeunes Éthiopiennes sourient car elles sont la première génération de filles de leur village à ne pas devoir subir d'excision. Leurs mères n'ont pas été disposées à la leur faire subir car elles ont compris les conséquences de cette pratique au cours de leur propre vie.

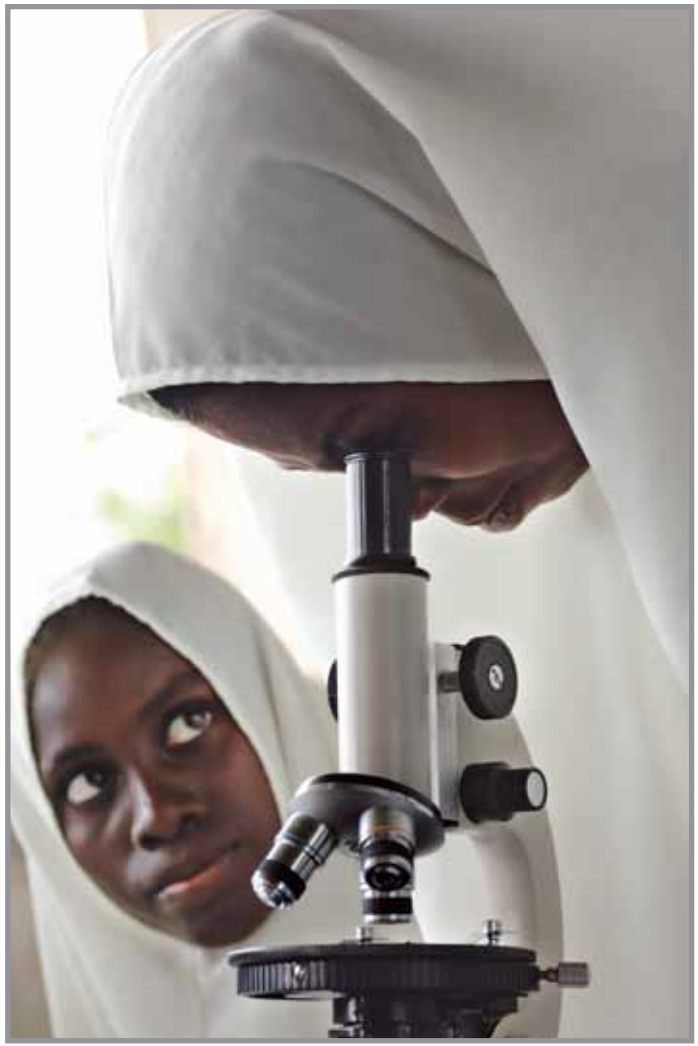
TRANCHES D'ÂGES, CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET OMD

La jeunesse des pays d'Afrique subsaharienne présente à la fois un obstacle et une opportunité de réalisation des OMD

L'accomplissement des OMD exigera une attention focalisée sur la satisfaction des besoins des jeunes. Le présent dossier souligne quelques-uns des défis de santé et de développement auxquels sont confrontées les adolescentes en Afrique subsaharienne. Pour la région dans son ensemble, la réalisation des OMD est directement liée à l'atténuation de sa fécondité élevée et de sa croissance démographique rapide, ainsi qu'à la difficulté de répondre aux besoins de santé et d'éducation de vastes populations, notamment des jeunes.

Ces pays se caractérisent par des profils d'âge extrêmement jeunes, une croissance soutenue de la population d'âge actif et une urbanisation rapide.[23] Au fur et à mesure de leur croissance démographique, davantage d'enfants et de jeunes ont besoin de services de santé, de logements, d'éducation et d'emplois. La plupart des femmes dans ces pays commencent leur maternité à un jeune âge et ont cinq enfants ou plus ; certaines perdent jusqu'à un enfant sur cinq avant qu'il n'atteigne son cinquième anniversaire.

Les jeunes en Afrique travaillent principalement dans l'agriculture, où ils constituent jusqu'à 65 % de la main-d'œuvre totale.[24] La croissance démographique rapide exerce des pressions accrues sur des ressources foncières limitées et dépasse les capacités nationales de création d'un nombre suffisant d'emplois hors agriculture pour les jeunes. Le chômage des jeunes représente une occasion manquée de tirer parti du potentiel d'une « prime » démographique : une avancée unique pour le progrès économique qui n'est possible que lorsqu'il existe une proportion positive de travailleurs par rapport à ceux d'âge non-productif.



© 2007 Zahur Ramji avec l'aimable autorisation de la galerie photo de l'USAID

Deux jeunes femmes participent à un centre aéré de sciences pour les filles, à Zanzibar (Tanzanie), visant à améliorer les résultats scolaires en maths, en sciences et en anglais.

Comme l'indiquent les pyramides démographiques, le profil des tranches d'âges est significatif. La figure 31 représente la pyramide démographique du Mali qui, à de nombreux égards, est typique du profil de la région.

- Le taux de croissance annuel du Mali est de 2,4 %. Sa population sera multipliée par deux en moins de 30 ans.
- La forme de la pyramide, avec sa population importante d'enfants de 0 à 5 ans, signifie qu'en dépit d'une éventuelle chute de fécondité rapide, le nombre d'enfants déjà nés qui auront eux-mêmes des enfants d'ici quelques années entraînera une croissance démographique rapide pendant de nombreuses années.

Un nombre croissant de personnes exige des investissements croissants ne serait-ce que pour maintenir un niveau donné de santé, d'éducation et d'emploi. Les progrès dans ces domaines exigeront un engagement pour éliminer le mariage des enfants, la maternité précoce, améliorer l'accès des jeunes à l'information et aux média, et changer les attitudes ainsi que les normes concernant les rôles respectifs des hommes et des femmes.

La pyramide du Mali est l'inverse de celle de l'Europe occidentale. La figure 32 présente la configuration des âges d'une région où la croissance démographique a pratiquement stoppé. L'Europe occidentale est confrontée à des problèmes de vieillissement rapide de sa population, mais son profil permet des investissements pour l'amélioration de la qualité de vie d'un nombre stable de citoyens.

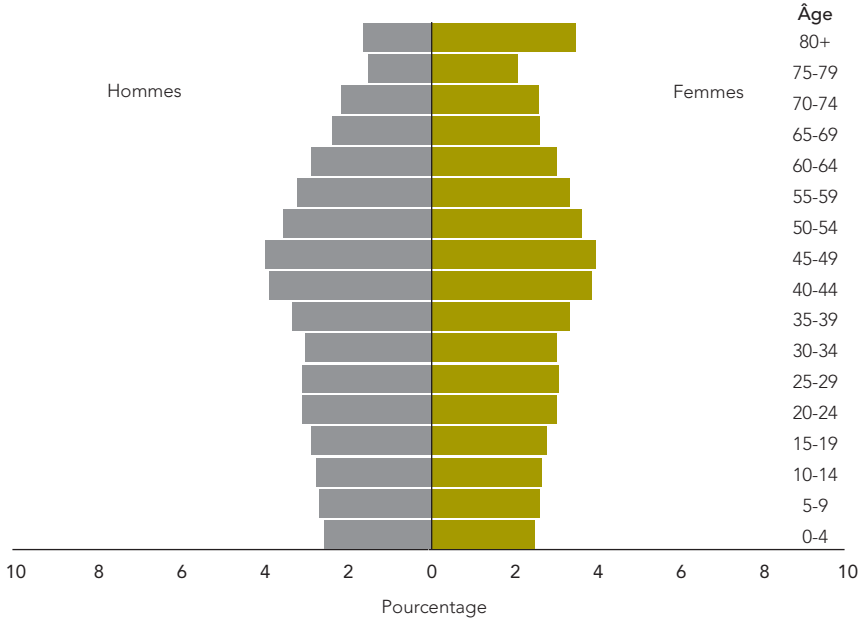
FIGURE 31

Pyramide démographique, Mali, 2010

Source : Division de la Population de l'ONU, *Perspectives de la population mondiale : Révision 2008* (2009), variante moyenne.

FIGURE 32

Pyramide démographique, Europe occidentale, 2010



Source : Division de la Population de l'ONU, *Perspectives de la population mondiale : Révision 2008* (2009), variante moyenne.

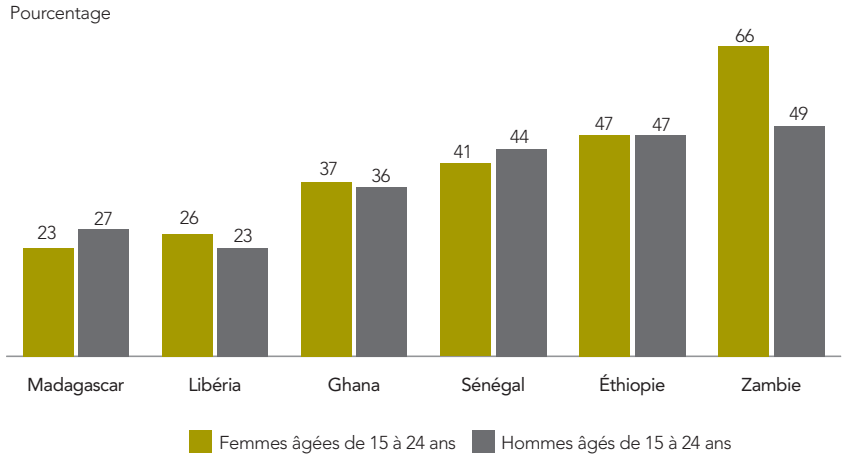
L'OMD 1 concerne le plein emploi productif pour tous, y compris les femmes et les jeunes

Les perspectives d'emploi pour les jeunes, tout particulièrement ceux dont les niveaux d'éducation et de compétences sont faibles, sont entravées par la concurrence féroce pour les emplois à laquelle est confrontée cette cohorte de jeunes, la plus nombreuse de tous les temps. En Afrique subsaharienne, jusqu'à trois chômeurs sur cinq sont des jeunes. Le chômage et le sous-emploi des jeunes peuvent provoquer une instabilité sociale et politique, comme on l'a vu récemment en Ouganda où des manifestations violentes et destructrices, menées surtout par des jeunes, se sont déroulées en 2008.[25]

De nombreux jeunes trouvent un emploi à temps partiel, mais le sous-emploi est beaucoup plus courant chez les jeunes que chez les adultes.[26] La part du chômage des jeunes dans le chômage total se trouve à la figure 33.

FIGURE 33

Proportion de jeunes chômeurs et chômeuses âgés de 15 à 24 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2003-2008.

- En Éthiopie et en Zambie, près de la moitié des chômeurs sont des jeunes hommes de 15 à 24 ans.
- Dans cinq des six pays étudiés, les jeunes femmes et les jeunes hommes représentent une part équivalente de chômeurs. En Zambie, les jeunes chômeuses représentent deux tiers de toutes les chômeuses.
- La part moins importante de chômage des jeunes à Madagascar et au Libéria indique que le chômage y est plus important chez les adultes plus âgés.

© 2007 Gilbert Awekofua/Straight Talk Foundation avec l'aimable autorisation de Photoshare

Une adolescente casse des cailloux dans une carrière du nord de l'Ouganda. À l'instar de centaines d'autres, elle a abandonné son village par peur d'être enlevée par les rebelles du front Lords Resistance Army (LRA) qui, depuis vingt ans, ont contraint plus de 20 000 enfants à devenir des rebelles armés et des esclaves sexuels.

Pour accomplir l'OMD 1 et éradiquer l'extrême pauvreté, les jeunes doivent avoir de meilleures possibilités d'assurer leurs moyens d'existence. Les femmes sont particulièrement concentrées dans l'agriculture et dans le secteur informel, non réglementé et mal rémunéré ; l'OMD 3 (promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes, et émancipation des femmes) exige l'accroissement de la part des femmes dans les emplois rémunérés dans le secteur non agricole. Les investissements dans la création d'emploi sont essentiels pour mettre fin à la pauvreté. Les investissements nationaux dans la santé et l'éducation aboutiront à une main-d'œuvre plus qualifiée, associés à des politiques d'investissement qui stimulent la création d'emplois ; les jeunes seront alors en mesure d'appuyer les progrès du développement économique et social national.

© 2004 Julia Lebetkin avec l'aimable autorisation de Photoshare

Le projet des Enfants des rues de Kumasi, au Ghana, parraine la scolarisation et l'apprentissage professionnel des jeunes des rues et autres jeunes à risques. Les adolescents rient quand ce bénévole leur demande s'ils ont un petit ami ou une petite amie.

Dividende démographique

Dans de nombreux pays étudiés dans ce dossier, il existe déjà, ou il existera bientôt, une proportion favorable des âges actifs (en général de 15 à 59 ans) par rapport à ceux qui sont à leur charge (en général, les enfants et les personnes âgées). Dans des conditions idoines, cela pourra produire une opportunité économique de court terme, mais notable, revenant à un « dividende démographique ». Une main-d'œuvre relativement plus importante offre un créneau pour accélérer le développement économique, économiser des fonds sur la santé et les autres services sociaux, améliorer la qualité de l'éducation et investir davantage dans la technologie et les compétences pour renforcer l'économie. Ce créneau s'achève lorsque la main-d'œuvre vieillit et qu'un nombre relativement moindre de travailleurs est disponible pour soutenir un nombre croissant de personnes âgées.

Certes, près d'un tiers de la croissance économique des économies qui se développent le plus rapidement en Asie de l'Est est attribuable à ce dividende et à l'augmentation parallèle de l'épargne et de l'accumulation des richesses, mais les pays d'Afrique subsaharienne pourraient connaître une prime démographique à condition que leurs jeunes soient instruits, qu'ils aient des compétences professionnelles, des emplois productifs, qu'ils épargnent et investissent leurs revenus intelligemment.[1] Cette prime démographique dépend également de systèmes de santé publique solides pour améliorer la santé et la survie infantile, de la disponibilité et de l'utilisation de la planification familiale, de la chute du taux de natalité, de l'amélioration du taux de scolarité et de la qualité de l'éducation, et d'une économie stable qui encourage la croissance et la création d'emplois. Une population jeune non instruite et sans compétences n'entraînera pas de dividende démographique et pourrait saper la stabilité nationale et la sécurité économique.

Les décideurs doivent mieux comprendre la relation entre la structure des âges de la population, le développement économique et les résultats positifs des programmes de santé génésique : dans les communautés qui ont un meilleur accès à la planification familiale et aux services de santé reproductive, les familles sont plus riches, et les enfants sont en meilleure santé et mieux instruits.

Source :

Luc Christiaensen et al., *Capturing the Demographic Bonus in Ethiopia: Gender, Development and Demographic Actions* (Washington, DC : Banque mondiale, 2007).

INVESTIR DANS LES JEUNES ET LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU MILLÉNAIRE : RECOMMANDATIONS

Dans l'axe de 2015 et des OMD, le présent dossier souligne les conditions d'existence des jeunes en Afrique subsaharienne et la façon dont les investissements en leur faveur pourront permettre de réaliser les OMD. La pyramide des âges très jeune en Afrique subsaharienne est particulièrement importante pour les jeunes qui arrivent à l'âge de procréer et d'occuper un emploi productif. La concurrence pour les emplois, les terres agricoles et les ressources environnementales est intense ; les décideurs doivent donc étudier la façon de desservir et de satisfaire les besoins des jeunes tout en contribuant aux cibles des OMD.

Éduquer tous les jeunes et particulièrement les filles. L'amélioration de l'accès des filles à l'éducation est essentielle pour réaliser tous les OMD et devrait constituer une priorité prédominante des politiques de développement international.[27] Pour mettre fin aux taux élevé d'abandons scolaires des adolescentes, il faut éduquer les parents au sujet de l'importance de l'éducation des filles pour leur avenir, s'assurer que les écoles et les gouvernements protègent leur sécurité physique lorsqu'elles sont à l'école, s'y rendent et en reviennent, leur donner accès à des installations d'hygiène et à des toilettes privées, et mettre fin au harcèlement spécifique de la part des professeurs et des élèves hommes. La relation entre une meilleure instruction des filles et une meilleure santé des femmes et des enfants est claire. Les investissements destinés à accroître les inscriptions scolaires et la qualité de l'éducation, notamment dans le secondaire, permettront d'atténuer la fécondité à l'avenir et de ralentir la croissance démographique, et offrent de nombreux avantages pour les générations présentes et futures.

Apporter une éduction sexuelle exhaustive. Tous les enfants et les jeunes ont besoin des informations et des compétences qu'apporte un enseignement scientifiquement exact, exhaustif, ainsi qu'approprié pour leur âge et leur culture, sur les relations sexuelles et affectives. Des programmes d'éducation sexuelle efficaces réduisent les informations erronées et améliorent les connaissances appropriées, renforcent les compétences permettant de différer l'initiation sexuelle et de négocier les pratiques sexuelles sans risques, et encouragent l'adoption de valeurs et d'attitudes positives. Des programmes d'éducation sexuelle bien conçus permettraient d'améliorer la communication entre les jeunes et leurs parents, d'aboutir à des changements positifs du comportement et de contribuer sensiblement à l'OMD 3 pour autonomiser les femmes, à l'OMD 5 pour réduire la mortalité maternelle et réaliser l'accès à la santé reproductive pour tous, et à l'OMD 6 pour lutter contre le VIH-sida.[28]

Garantir des services de santé reproductive conviviaux pour les jeunes. Les investissements dans les services de santé reproductive correspondant aux besoins des jeunes, hommes et femmes, sont essentiels pour atteindre les OMD 3, 4, 5 et 6. De nombreux jeunes hésitent à se prévaloir des services de santé car ils craignent l'absence de discrétion et des prestataires critiques. Si les services de santé reproductive et de planification familiale étaient plus attirants pour les jeunes, leurs besoins de contraception pourraient être satisfaits, ce qui permettrait la prévention des naissances non-planifiées et des avortements, tout en permettant à de nombreuses jeunes femmes de parfaire leur éducation et d'obtenir un emploi productif.

Étant donné le besoin insatisfait important de contraception et le risque particulièrement élevé de VIH, la nécessité de services exhaustifs et intégrés de santé reproductive ainsi que de soins du VIH-sida, notamment pour les jeunes, est manifeste en Afrique subsaharienne. L'alliance de ces services constitue une stratégie viable qui servira mieux les besoins des jeunes et les progrès du développement national. Des services intégrés et conviviaux pour les jeunes sont nécessaires dans toute la région, pour apporter commodité, discrétion et des services de santé génésique peu onéreux ou gratuits, y compris les tests et les consultations-conseil pour le VIH, à l'attention des jeunes.

Mettre fin aux pratiques discriminatoires et préjudiciables. Les OMD reposent, pour la plupart, sur la nécessité de promouvoir l'égalité entre les sexes, de mettre fin à la violence et d'éliminer les pratiques, y compris la MGF/E, préjudiciables pour les filles et les femmes et qui limitent leurs capacités à réaliser leur potentiel. Le pourcentage important de jeunes femmes qui estiment que les hommes sont fondés à les battre indique que la violence contre les femmes est enracinée dans nombre de cultures. Les programmes éducatifs et de communication, au niveau communautaire, en faveur de la modification des comportements, sont nécessaires pour remettre en question ces convictions et comportements enracinés chez les hommes et les femmes.

Le mariage des enfants est une violation des accords internationaux sur les droits de la personne. Le mariage des enfants nuit gravement aux perspectives d'avenir des jeunes filles et entrave le développement national. Les gouvernements devraient mettre en place et appliquer des lois et des politiques dans le droit fil de la norme internationale d'un âge minimum du mariage à 18 ans, et éduquer les parents sur les risques du mariage et de la maternité précoces.

Amplifier les opportunités économiques pour les jeunes. L'OMD 1 souligne l'omniprésence de la pauvreté extrême et la nécessité de l'éliminer. Dans la plupart des pays étudiés, les jeunes hommes et les jeunes femmes sont pauvres, vivent avec moins de 2 USD par jour et représentent un pourcentage important des chômeurs et des populations sous-employées. La plupart des jeunes employés travaillent dans l'agriculture et sont confrontés à la diminution des superficies arables et des exploitations agricoles. Des investissements internationaux sont nécessaires pour renforcer les compétences et les capacités des jeunes hommes et des jeunes femmes pour trouver des emplois productifs dans d'autres secteurs et dans leurs propre pays. Ces investissements contribueront à la prospérité individuelle, familiale, communautaire et des économies nationales, ainsi qu'à la stabilité et à la sécurité de la région et du monde.

© 2009 Erberto Zani avec l'aimable autorisation de Photoshare

Les jeunes, hommes et femmes, prêtent main-forte à la construction d'un système hydraulique sur la plus haute montagne de Mafi Seva, une région du Ghana.

Pour réussir dans l'économie mondiale compétitive d'aujourd'hui, et pour prospérer dans leur propre pays, les jeunes en Afrique subsaharienne doivent bénéficier de l'attention et des investissements, qu'ils méritent, de leurs propres gouvernements et des donateurs internationaux. La création d'un meilleur avenir pour les jeunes en Afrique subsaharienne bénéficiera également à chacun d'entre nous.

RÉFÉRENCES

1 Banque mondiale, *Le développement et la prochaine génération : rapport sur le développement mondial, 2007* (Washington, DC : Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2006) ; et Caroline Zwiker et Karin Ringheim, *Commitments: Youth Reproductive Health, the World Bank and the Millennium Development Goals* (Washington, DC: Global Health Council, 2004).

2 Banque mondiale, *Le développement et la prochaine génération : rapport sur le développement mondial, 2007*.

3 Susheela Singh et al., *Adding it Up* (New York: FNUAP et Guttmacher Institute, 2009).

4 Population Reference Bureau et African Population and Health Research Center, *Fiche de données 2008 sur la population de l'Afrique* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008).

5 Ruth Levine et al., *Girls Count: A Global Investment and Action Agenda* (Washington DC: Center for Global Development, 2009).

6 George Psacharopoulos et Harry Patrinos, "Returns to Investment in Education: A Further Update," *Education Economics* 12, no. 2 (2004): 111-34.

7 Banque mondiale, *Le développement et la prochaine génération : rapport sur le développement mondial, 2007*.

8 UNICEF, *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice, a Statistical Exploration* (New York: UNICEF, 2005).

9 ONUSIDA, *Sub-Saharan Africa Fact Sheet* (Genève : ONUSIDA, 2009).

10 Enquêtes démographiques et de santé : Nigéria, 2003 et Ouganda, 2004-5, telles que présentées dans *Addressing Cross-Generational Sex: A Desk Review of Research and Programs*, par Ruth Hope (Washington DC: Population Reference Bureau, 2007).

11 ONUSIDA, *Rapport 2008 sur l'épidémie mondiale de sida* (Genève : ONUSIDA, 2008).

12 Karin Ringheim et al., *Supporting the Integration of Family Planning and HIV Services* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009).

13 Singh et al., *Adding it Up*.

14 Zhuzhi Moore et al., *Trends in Youth Reproductive Health in Ethiopia, 2000 and 2005* (Calverton, MD: ICF Macro, 2008).

15 ICF Macro, *Enquêtes démographiques et de santé, 1997-2004* ; et UNICEF, *Progress of Nations, 2000* (New York: UNICEF, 2000).

16 Singh et al., *Adding it Up*.

17 David Canning, Jocelyn Finlay et Emre Ozaltin, "Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts, Harvard School of Public Health, Annex I," dans *Start With a Girl*, ed. Miriam Temin et Ruth Levine (Washington, DC: Center for Global Development, 2009).

18 Singh et al., *Adding it Up*.

19 Singh et al., *Adding it Up*.

20 Singh et al., *Adding it Up*.

21 John Cleland et al., "Family Planning: The Unfinished Agenda," *Lancet* 368, no. 9549 (2006): 1810-27 ; et USAID, "Family Planning for Married Adolescent Girls," *Global Health Technical Briefs*, consultés en ligne à www.maqweb.org/techbriefs/tb25.maradol.pdf, le 31 mars 2010.

22 Organisation mondiale de la santé (OMS), *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women* (Genève : OMS, 2005).

23 PAI, *Family Planning in Sub-Saharan Africa: Reducing Risks in the Era of AIDS* (Washington, DC: PAI, 2006).

24 Organisation internationale du travail (OIT), *Tendances de l'emploi en Afrique* (Genève : OIT 2007).

25 Mona Herbert, "Population Growth and Youth in Rural Areas: The Case of Uganda," présentation aux briefings sur le développement rural de Bruxelles, Développement ACP-UE, décembre 2009.

26 Banque mondiale, *Indicateurs du développement de l'Afrique 2008/9 : Jeunesse et emploi en Afrique* (Washington, DC : Banque mondiale, 2008).

27 Wolfgang Lutz, "Toward a Better Consensus on Population: Adding the Quality Dimension," présentation aux briefings sur le développement rural de Bruxelles, Développement ACP-UE, décembre 2009 ; et Stan Bernstein et Charlotte Juul Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (New York: UN Millennium Project, 2006).

28 UNESCO, ONUSIDA, FNUAP, UNICEF et OMS, *International Technical Guidance on Sexuality Education, Vol 1: The Rationale for Sexuality Education, 2009* (Genève : UNESCO, 2009). Le site Web du groupe de travail interagences sur la jeunesse propose des ressources sur ce sujet sur http://info.k4health.org/youthwg/prog_areas/sex-education.shtml.

REMERCIEMENTS

Karin Ringheim est conseillère principale en politiques aux Programmes internationaux du Population Reference Bureau. James Gribble est vice-président des Programmes internationaux au PRB. Nous souhaitons exprimer nos remerciements au Bureau des affaires de population et de la santé génésique (Office of Population and Reproductive Health) de l'USAID et aux spécialistes de la santé génésique Gloria Coe, Carmen Coles et Jenny Troung en raison de leur dévouement à la cause de la jeunesse et de leurs nombreuses contributions au présent dossier. Nous remercions Carolina Hall, assistante de programme aux Programmes internationaux du PRB, qui a assuré la collecte des données requises pour les graphiques que contient le présent recueil ; Anne Cross, de ICF Macro, de son aide qui a permis l'obtention de nouvelles données ; Kata Fustos, stagiaire des services de communications du PRB, de son aide pour vérifier la validité de ces données ; et Ellen Carnevale, vice-présidente des communications et du marketing au PRB.

Ce dossier a bénéficié d'un financement de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), au titre du Projet BRIDGE (Accord de coopération GPO-A-00-03-00004-00).

APPENDICE

AGENCES CHARGÉES DE L'EXÉCUTION DES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

Ministère du Plan et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé, République démocratique du Congo 2007* (Calverton, MD : Ministère du Plan et ICF Macro, 2008).

ÉTHIOPIE

Agence centrale de la statistique et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé pour l'Éthiopie 2005* (Addis Abeba, Éthiopie, et Calverton, MD : Agence centrale de la statistique et ICF Macro, 2006).

GHANA

Services statistiques du Ghana (GSS), Services de santé du Ghana (GHS) et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2008 du Ghana* (Accra, Ghana : GSS, GHS et ICF Macro, 2009).

KENYA

Bureau central des statistiques, Ministère de la Santé et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2003 du Kenya* (Calverton, MD : ICF Macro, 2004).

Kenya, Bureau national des statistiques, Conseil national de lutte contre le sida, Programme national de lutte contre le sida et les IST, Services des laboratoires nationaux de santé publique, Institut médical de recherche médicale du Kenya, Agence nationale de coordination pour la population et le développement, et MEASURE DHS, *Enquête démographique et de santé 2008-2009 du Kenya, rapport préliminaire* (Calverton, MD : ICF Macro, 2009).

LIBÉRIA

Institut de la statistique et des services de géoinformation du Libéria (LISGIS), Ministère de la Santé et de la protection sociale, Programme national de lutte contre le sida, et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2007 du Libéria* (Monrovia, Libéria : Institut de la statistique et des services de géoinformation et ICF Macro, 2008).

MADAGASCAR

Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé de Madagascar 2003-2004* (Calverton, MD : INSTAT et ICF Macro, 2005).

MALAWI

Office national de la statistique (NSO) Malawi et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2004 au Malawi* (Calverton, MD : NSO et ICF Macro, 2005).

MALI

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC), et ICF Macro, *Enquête Démographique de Santé du Mali 2006* (Calverton, MD : CPS/DNSI et ICF Macro, 2007).

MOZAMBIQUE

Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde et MEASURE DHS+/ORC Macro, *Mocambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2003* (Maputo, Mozambique : INE et Ministério da Saúde, 2005).

NIGÉRIA

Commission nationale de la Population (NPC) et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2008* (Abuja, Nigéria : NPC et ICF Macro, 2009).

RWANDA

Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2005 du Rwanda* (Calverton, MD : INSR et ICF Macro, 2006).

Ministère de la Santé (MINISANTÉ), Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR), et ICF Macro, *Enquête intermédiaire sur les indicateurs démographiques et de santé, Rwanda 2007-2008* (Calverton, MD : MINISANTÉ, INSR, et ICF Macro, 2009).

SÉNÉGAL

Salif Ndiaye et Mohamed Ayad, *Enquête démographique et de santé 2005 du Sénégal* (Calverton, MD : Centre de recherche pour le développement humain (Sénégal) et ICF Macro, 2006).

Salif Ndiaye et Mohamed Ayad, *Enquête nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009* (Calverton, MD : Centre de recherche pour le développement humain (Sénégal) et ICF Macro, 2000).

TANZANIE

Bureau national de la statistique (NBS) et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2004-2005 de la Tanzanie* (Dar-es-Salaam, Tanzanie : Bureau national de la statistique et ICF Macro, 2005).

Commission tanzanienne sur le sida (TACAIDS), Commission de Zanzibar sur le sida (ZAC), Bureau national de la statistique (NBS), Office du statiticien en chef du gouvernement (OCGS), et ICF Macro, *Enquête 2007-2008 sur les indicateurs du VIH-sida et du paludisme en Tanzanie* (Dar-es-Salaam, Tanzanie : TACAIDS, ZAC, NBS, OCGS et ICF Macro, 2008).

OUGANDA

Bureau de la statistique de l'Ouganda (UBOS) et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2006 de l'Ouganda* (Calverton, MD : UBOS et ICF Macro, 2007).

ZAMBIE

Office central de la statistique (CSO), Ministère de la Santé, Centre de recherches sur les maladies tropicales, Université de Zambie, et ICF Macro, *Enquête démographique et de santé 2007 de Zambie* (Calverton, MD : CSO et ICF Macro, 2009).

Comment améliorer la santé génésique des jeunes de l'Afrique subsaharienne

SUR LA VOIE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009

TÉLÉPHONE : + 1 202 483 1100
TÉLÉCOPIEUR : + 1 202 328 3937
COURRIEL : popref@prb.org