

Les faits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans le monde en développement

CONTEXTE

- Aider les adolescentes à protéger leur santé revêt une importance prioritaire pour la santé publique. Outre les avantages offerts aux jeunes, l'investissement accru dans la santé sexuelle et reproductive des adolescentes contribue aux objectifs plus larges du développement, surtout en ce qui concerne l'amélioration de la condition générale des femmes et, à long terme, la lutte contre la pauvreté des familles.
- Dans tous les pays en développement, le mariage et la maternité précoces sont les plus courants parmi les femmes pauvres et parmi celles peu instruites, ces deux facteurs étant eux-mêmes étroitement liés¹.
- Qu'elles soient célibataires ou mariées, la plupart des adolescentes sont pauvres ou sans ressources monétaires propres—tantôt parce que toujours à l'école, tantôt parce que mariées et dénuées de tout contrôle ou presque sur le revenu du ménage, sans emploi ou maigrement rémunérées¹.
- La connaissance inadéquate de la contraception et de la manière d'obtenir des services de santé, le risque élevé de violence sexuelle² et la faible indépendance quant à la décision du moment des naissances ou à la pratique de la contraception³ expliquent aussi la vulnérabilité particulière de nombreuses adolescentes dans les pays en développement.
- De plus, dans la plupart du monde en développement, les adolescentes non mariées doivent souvent faire face à la désapprobation ou à la condamnation de la société si elles sont sexuellement actives^{4,5}.

OÙ LES ADOLESCENTES VIVENT

- On estime respectivement à 260 et 280 millions le nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 19 ans dans les pays en développement⁶.
- Quelque 70% des adolescentes vivent dans les régions d'Afrique subsaharienne (45 millions), d'Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est (113 millions) et d'Amérique latine et Caraïbes (45 millions). Ce document se concentre sur ces régions. L'Océanie, l'Afrique du Nord, l'Asie de l'Est et l'Asie de l'Ouest en sont omises faute de couverture adéquate par les Enquêtes démographiques et de santé et autres études nationales similaires.
- Les adolescentes représentent environ un cinquième de la totalité des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) de ces régions: 23% en Afrique subsaharienne, 19% en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 17% en Amérique latine et Caraïbes.
- La plupart des femmes âgées de 15 à 19 ans en Afrique subsaharienne—environ 83%—vivent dans des pays à faible revenu, tandis que 71% de celles d'Asie centrale méridionale et d'Asie du Sud-Est vivent dans des pays à revenu moyen inférieur et que 70% de celles d'Amérique latine et Caraïbes vivent dans des pays à revenu moyen supérieur à supérieur*.
- Les variations des tendances du mariage, de la pratique contraceptive et des niveaux de grossesse non planifiée parmi les adolescentes sont étroitement liées à la région dans laquelle elles vivent et au niveau de pauvreté de leur pays.

LE MARIAGE ET LES RELATIONS SEXUELLES

- Vingt-neuf pour cent d'adolescentes sont mariées en Afrique subsaharienne, de même que 22% en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 15% en Amérique latine et Caraïbes.
- Plus le pays et la région sont pauvres, plus la probabilité est grande que les adolescentes soient mariées. On estime que 39% des femmes de 15 à 19 ans vivant dans les pays à faible revenu de ces régions sont mariées, de même que 27% de celles vivant dans les pays à revenu moyen inférieur et que 13% de celles des pays à revenu moyen supérieur à supérieur.
- Environ trois adolescentes non mariées sur 10 en Afrique subsaharienne et près d'une sur quatre en Amérique du Sud ont eu des rapports sexuels¹. (La grande majorité des femmes non mariées d'Asie déclarent ne pas avoir eu de rapports sexuels ou, dans de nombreux pays, ne sont pas incluses dans les enquêtes.)

MATERNITÉ ADOLESCENTE

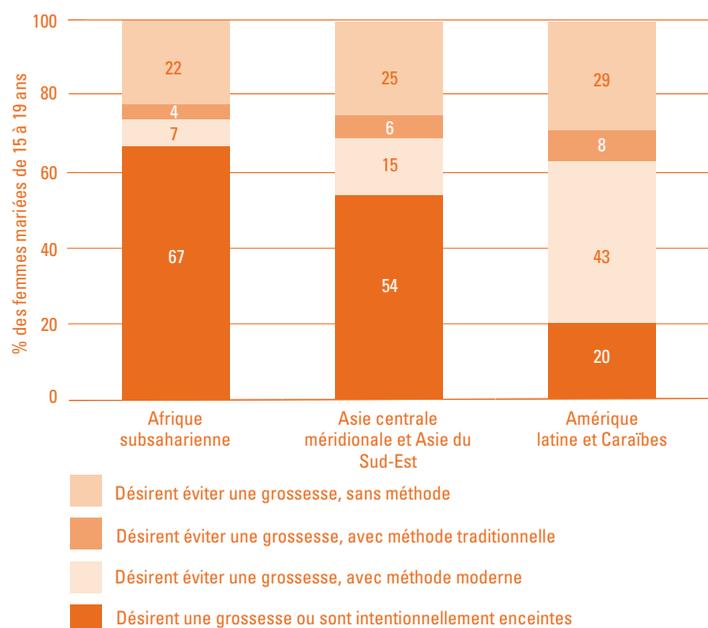
- En 2008, les adolescentes du monde en développement ont représenté un nombre estimé à 14,3 millions de naissances.
- Quatre-vingt-onze pour cent de ces naissances surviennent dans les régions couvertes dans ce rapport: cinq millions en Afrique subsaharienne, six millions en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-

*D'après les estimations de la Banque mondiale d'un revenu national brut par habitant de moins de 936 dollars dans les pays à faible revenu, de 937 à 3.705 dollars dans les pays à revenu moyen inférieur et de 3.706 dollars ou plus dans les pays à revenu moyen supérieur et supérieur, en 2007.

Figure 1

Désirs de grossesse et pratique contraceptive

La proportion d'adolescentes mariées enceintes ou qui désirent une grossesse varie largement d'une région à l'autre.



Est et deux millions en Amérique latine et Caraïbes.

- Chaque année, les adolescentes représentent 16% de la totalité des naissances dénombrées en Afrique subsaharienne, 12% en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 18% en Amérique latine et Caraïbes.

- Dans toutes les régions, les taux de naissance parmi les femmes de 15 à 19 ans ont décliné quelque peu ces 30 dernières années, mais ils

varient toujours largement d'une région à l'autre. La plus forte baisse a été enregistrée en Asie centrale méridionale, où les taux de naissance sont tombés d'environ 90 pour mille femmes de 15 à 19 ans en 1975 à 73 pour mille en 2005. La baisse a été plus modeste dans les autres régions: de 133 à 128 en Afrique subsaharienne, de 86 à 80 en Amérique latine et Caraïbes et de 43 à 39 en Asie du Sud-Est⁶.

DÉSIR D'ÉVITER UNE GROSSESSE

- Le désir des adolescentes mariées de se retrouver enceintes dans les deux prochaines années varie grandement suivant la région. Celles d'Afrique subsaharienne sont plus susceptibles que leurs homologues d'Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et d'Amérique latine et Caraïbes de désirer une grossesse à brève échéance (67% vs 54% et 20%, respectivement; Figure 1).

*Les méthodes contraceptives modernes comprennent toutes les méthodes hormonales (pilules, injectables et implants), le DIU, la stérilisation masculine et féminine, le préservatif et les méthodes vaginales modernes (telles que le diaphragme et les spermicides).

†Les méthodes traditionnelles comprennent principalement l'abstinence périodique et le retrait.

‡Les femmes sont considérées présenter un besoin non satisfait de contraception moderne si elles sont mariées ou non mariées et sexuellement actives, ne désirent pas avoir d'enfant dans les deux années à venir ou jamais, sont fécondes et ne pratiquent aucune méthode contraceptive moderne.

- Le reste des adolescentes mariées—33% en Afrique subsaharienne, 46% en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 80% en Amérique latine et Caraïbes—désirent éviter une naissance durant les deux prochaines années.

- Dans l'ensemble, les adolescentes mariées qui vivent dans les pays à faible revenu de ces régions sont moins susceptibles que celles des pays à revenu supérieur de désirer éviter une grossesse (40% vs 74%), laissant entendre que les jeunes femmes des milieux plus pauvres sont moins susceptibles d'avoir d'autres options et priorités dans la vie que d'avoir (encore) un enfant à brève échéance.

- Quinze pour cent des adolescentes non mariées d'Afrique subsaharienne sont sexuellement actives et désirent éviter une grossesse, de même que 11% de celles d'Amérique latine et Caraïbes. En fait, environ la moitié de toutes les adolescentes sexuellement actives de ces deux régions qui désirent éviter une grossesse ne sont pas mariées.

PRATIQUE CONTRACEPTIVE

- Des adolescentes mariées qui ne désirent pas de grossesse, 54% de celles d'Amérique latine et des Caraïbes utilisent une méthode contraceptive moderne*, par rapport à 32% en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et à 21% en Afrique subsaharienne.

- En Afrique subsaharienne, 67% des adolescentes mariées qui désirent éviter une grossesse pendant au moins les deux prochaines années ne pratiquent aucune méthode contraceptive et 12% en pratiquent une traditionnelle†. En Asie centrale

méridionale et en Asie du Sud-Est, ces proportions sont de 54% et 14%, respectivement. En Amérique latine et aux Caraïbes, elles sont de 36% et 10%.

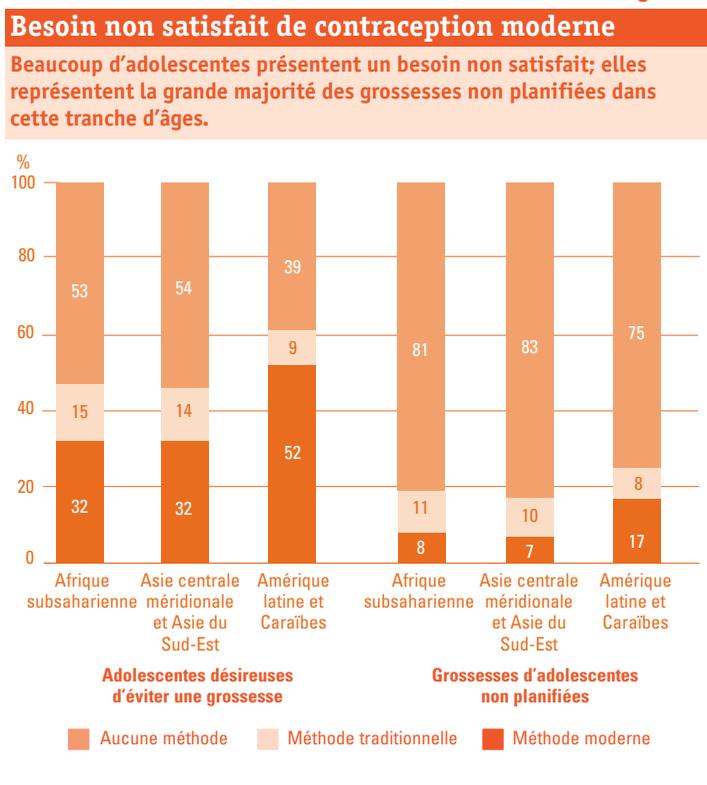
- En moyenne, environ un tiers des adolescentes mariées dans les pays à revenu faible et moyen inférieur qui désirent éviter une grossesse pratiquent une méthode moderne, par rapport à 58% dans les pays à revenu moyen supérieur et revenu supérieur des régions considérées.

- Des adolescentes non mariées sexuellement actives qui désirent éviter une grossesse, 41% de celles d'Afrique subsaharienne et 50% de celles d'Amérique latine et des Caraïbes pratiquent une méthode contraceptive moderne. Les autres pratiquent soit une méthode traditionnelle (17% et 8%, respectivement) ou n'en pratiquent aucune (42% et 43%).

- La majorité des adolescentes sexuellement actives qui ne désirent pas avoir d'enfant dans un avenir proche ont un besoin non satisfait de contraception en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est ainsi qu'en Afrique subsaharienne (68% dans les deux régions); cette proportion est légèrement moindre en Amérique latine et aux Caraïbes (48%; Figure 2)‡.

- En Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et en Amérique latine et Caraïbes, les adolescentes qui désirent éviter une grossesse sont plus de deux fois plus susceptibles que leurs homologues dans la tranche de 20 à 49 ans d'avoir un besoin non satisfait de contraception: 68% vs 31% et 48% vs 22%, respectivement. En Afrique subsaharienne, où les niveaux

Figure 2



généraux de besoin non satisfait sont beaucoup plus élevés, ce besoin non satisfait parmi les adolescentes n'est que légèrement supérieur à celui observé parmi leurs aînées (68% vs 60%).

- La connaissance inadéquate reste un obstacle majeur pour les adolescents. Ainsi, une étude en profondeur de quatre pays d'Afrique subsaharienne a révélé qu'au moins 60% des adolescents et adolescentes croient aux idées fausses largement répandues ou sont mal informés sur la prévention de la grossesse non planifiée et du VIH; au moins un tiers ignorent toute source de contraceptifs⁴.

GROSSESSE NON PLANIFIÉE ET AVORTEMENT PROVOQUÉ

- Chaque année, on estime à 2,7 millions le nombre de grossesses non planifiées parmi les adolescentes en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est, à 2,2 millions en Afrique subsaharienne et à 1,2 million en Amérique latine et Caraïbes.
- Presque toutes les grossesses d'adolescentes non planifiées en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est concernent des femmes mariées, par rapport à

un pourcentage estimé à 54% en Afrique subsaharienne et à 51% en Amérique latine et Caraïbes.

- La plupart des grossesses d'adolescentes non planifiées concernent les jeunes femmes qui ne pratiquent aucune méthode contraceptive ou qui en pratiquent une traditionnelle: 92% en Afrique subsaharienne, 93% en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 83% en Amérique latine et Caraïbes (Figure 2).
- Les adolescentes représentent un nombre estimé à 2,5 millions des quelque 19 millions d'avortements non médicalisés pratiqués chaque année dans le monde en développement⁷.

- Les adolescentes représentent 14% de tous les avortements non médicalisés pratiqués dans le monde en développement. En Afrique subsaharienne, la proportion est de 25%⁷.

- Un nombre inconnu d'adolescentes du monde en développement se font avorter légalement et en toute sécurité. La loi autorise largement l'avortement dans certains pays en développement,

en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est en particulier⁸.

LA RÉPONSE AUX BESOINS CONTRACEPTIFS

- Parmi les adolescentes désireuses d'éviter une grossesse, le risque de grossesse non planifiée est largement inférieur quand elles ou leur partenaire utilisent une méthode contra-

ceptive moderne plutôt qu'une méthode traditionnelle ou aucune.

- Chaque année, la pratique contraceptive moderne des adolescents permet d'éviter 3,1 millions de grossesses non planifiées: 0,9 million en Afrique subsaharienne, 1,1 million en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 1,1 million en Amérique latine et aux Caraïbes.

- On estime le coût annuel de l'apport de services contraceptifs aux femmes sexuellement actives de 15 à 19 ans (mariées ou non) qui pratiquent actuellement une méthode moderne à 30 millions de dollars américains en Afrique subsaharienne, 40 millions de dollars en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 41 millions de dollars en Amérique latine et Caraïbes.

- Assurer l'accès de toutes les adolescentes sexuellement

Table 1

Coûts et avantages	Région			Groupe de revenu de la Banque mondiale		
	Afrique subsaharienne	Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est	Amérique latine et Caraïbes	Faible	Moyen inférieur	Moyen supérieur et supérieur
Coût estimé de la satisfaction du besoin total de contraception moderne parmi les femmes sexuellement actives de 15 à 19 ans (en millions de dollars US 2008)	\$293	\$132	\$82	\$271	\$132	\$104
Nombre de grossesses non planifiées évitées sous satisfaction du besoin total de contraception moderne, par rapport à l'absence de pratique contraceptive (en milliers)	2.510	3.040	1.900	2.880	2.930	1.650
Coût moyen par grossesse non planifiée évitée (en dollars US 2008)	\$117	\$43	\$43	\$94	\$45	\$63

actives qui ne désirent pas de grossesse à des services de contraception moderne coûterait une somme estimée à 293 millions de dollars en Afrique subsaharienne, où l'infrastructure sanitaire générale et la pratique contraceptive adolescente courante sont très faibles, à 132 millions de dollars en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et à 82 millions de dollars en Amérique latine et Caraïbes (Tableau 1).

- Par rapport à l'absence de pratique contraceptive moderne, la réponse au besoin total de planification familiale moderne permettrait d'éviter 7,4 millions de grossesses d'adolescentes non planifiées par an: 2,5 millions en Afrique subsaharienne, 3,0 millions en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et 1,9 million en Amérique latine et Caraïbes.

- L'investissement supplémentaire par les gouvernements, les donateurs internationaux et les ménages serait extrêmement rentable dans toutes les régions. Le coût par grossesse non planifiée évitée à travers la pratique contraceptive moderne des femmes de 15 à 19 ans désireuses d'éviter une grossesse varierait entre 43 dollars en Asie centrale méridionale et Asie du Sud-Est et en Amérique latine et Caraïbes et 117 dollars en Afrique subsaharienne.

- Le coût total de la satisfaction des besoins contraceptifs des adolescentes sexuellement actives serait le plus élevé (271 millions de dollars) dans les pays à faible revenu, où le besoin de création et d'expansion d'infrastructures de services sanitaires est le plus grand, et le plus faible dans les pays à revenu moyen supérieur et supérieur (104 millions de dollars).

- Éviter les grossesses d'adolescentes non planifiées réduirait grandement le nombre de décès maternels et néonataux et les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI, mesure d'années de vie saine perdues pour cause d'incapacité et de décès prématuré) perdues dans cette tranche d'âges, de même que pour toutes les femmes en âge de procréer.

- La mortalité et la morbidité maternelles représentent 16% de la totalité des AVCI perdues parmi les femmes de 15 à 29 ans dans les pays en développement⁹.

- Réduire les grossesses non planifiées améliorerait les perspectives d'éducation et d'emploi des jeunes femmes, contribuant dès lors à l'amélioration de la condition générale des femmes, à l'accroissement de l'épargne des familles, à la réduction de la pauvreté et à la croissance économique.

IMPLICATIONS

- Pour que les jeunes femmes des pays en développement bénéficient d'une plus longue scolarisation, acquièrent une expérience productive sur le marché de l'emploi avant le mariage et la maternité et soient davantage prêtes à la parentalité, elles doivent avoir accès à des services de contraception et de santé reproductive qui leur permettent de protéger leur santé et d'éviter les grossesses non planifiées.

- Répondre aux besoins contraceptifs des adolescentes mariées et non mariées mais sexuellement actives permettrait de réduire les grossesses non planifiées (y compris celles interrompues par un avortement non médicalisé) et de réduire

ainsi aussi la mortalité et la mauvaise santé maternelles.

- Les services contraceptifs doivent être attentifs aux besoins spéciaux des adolescentes, être assurés de manière à ne pas jeter l'opprobre sur les adolescentes sexuellement actives et être offerts de manière respectueuse et confidentielle.

- L'apport d'information aux jeunes doit être amélioré et étendu à travers différentes méthodes—y compris l'assurance d'une éducation à la vie familiale aux jeunes scolarisés et l'accès à ceux non scolarisés.

Sauf indication contraire, l'information présentée dans ce document provient des analyses de données publiées dans Singh S et al., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, New York: Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population, 2009.

RÉFÉRENCES

1. Lloyd CB, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
2. Jejeebhoy SJ, Shah I et Thapa S, *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*, New York: Zed Books, 2005.
3. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), *État de la population mondiale 2003: Un milliard à ne pas oublier: Investir dans la santé et les droits des adolescents*, New York: UNFPA, 2003.
4. Biddlecom AE et al., *Protecting The Next Generation: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*, New York: Guttmacher Institute, 2007.
5. Blum RW et Mmari KN, *Risk and Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries*, Genève: Organisation mondiale de la santé, 2006.
6. Division de la population, ONU, *World population prospects: the 2008*

revision, 2009, <<http://esa.un.org/unpp>>, site consulté le 27 janvier 2010.

7. Shah I et Ahman E, Age patterns of unsafe abortion in developing country regions, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 suppl.): 9–17.
8. Singh S et al, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009.
9. Lule E et al., Adolescent health programs, dans: Jamison DT et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, New York: Oxford University Press; et Washington, DC: Banque mondiale, 2006, pp. 1109–1125.

Ce document a été publié avec le soutien de la Fédération internationale pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation).

©2010 Guttmacher Institute



International Planned Parenthood Federation (IPPF)
4 Newhams Row
London SE1 3UZ, UK
Tel: +44 (0)20 7939 8200
info@ippf.org

www.ippf.org



125 Maiden Lane
New York, NY 10038, USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org