

Population Reports



India Bhattacharya

Conclusions des nouvelles enquêtes

Poursuite de la révolution dans le domaine de la reproduction

Les taux de fécondité ont baissé dans presque tous les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, alors que dans le même temps le recours aux moyens de contraception modernes a augmenté. Ces tendances sont le prolongement d'un changement à long terme qui est intervenu dans les attitudes et les comportements. Les conclusions de plus de 100 enquêtes effectuées depuis 1990 suggèrent que les programmes de planning familial étant devenus plus courants, un plus grand nombre de personnes désirent des familles moins nombreuses et un plus grand nombre d'entre elles réussissent à avoir le nombre d'enfants qu'elles veulent.

Depuis 1990, 120 enquêtes ont été effectuées auprès des femmes (beaucoup incluaient aussi les hommes) de 71 pays dans le cadre des programmes d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et d'Enquêtes sur l'hygiène de la reproduction (EHR). Les questions posées portaient sur l'usage des contraceptifs, la survie de l'enfant et d'autres sujets d'importance capitale dans le domaine de l'hygiène de la reproduction.

Ce que les enquêtes ont constaté

Le recours aux contraceptifs et les taux de fécondité varient beaucoup d'un pays en développement à un autre. Dans quelques pays d'Asie et d'Amérique latine, au moins les trois quarts des femmes mariées utilisent un moyen de contraception — des niveaux qui sont sur un pied d'égalité avec ceux que l'on trouve dans les pays industrialisés. D'un autre côté, moins de 10 % des femmes mariées vivant dans les pays d'Afrique sub-saharienne ont recours à la contraception. Les taux de fécondité vont d'à peine 2,3 enfants par femme au Vietnam à 7,2 au Niger.

Points saillants

La baisse de la fécondité ralentit-elle ? ..	6
L'impact de la contraception.....	8
Intentions de recours au planning familial	12
Les contraceptifs injectables de plus en plus populaires	15
Baisse du nombre d'enfants désirés	22
Les relations sexuelles avant le mariage : nouvelles constatations	27
Comment le SIDA affecte la survie de l'enfant	35
Santé maternelle : carences	38

Table des matières

Résumé de la rédaction	1
La fécondité toujours en baisse.....	3
Recours aux contraceptifs.....	9
Les différents moyens de contraception	13
Contraception : sensibilisation et disponibilité	16
Autres influences directes sur la fécondité	20
Préférences en matière de fécondité	22
Les jeunes femmes	27
Survie et santé de l'enfant	32
Santé maternelle	38
Bibliographie	42



Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland, 21202, USA
Volume XXXI, Numéro 2
Printemps 2003

Bien que le taux de fécondité soit plus élevé et le recours aux contraceptifs moins courant en Afrique sub-saharienne qu'ailleurs, les enquêtes suggèrent que certaines parties du continent suivent la voie déjà tracée par d'autres parties du monde. Les taux de fécondité ont baissé de plus de 1 % par an dans 9 des 16 pays de cette région dans lesquels plus d'une enquête a été menée depuis 1990.

Recours aux contraceptifs : Plus de 600 millions de femmes mariées du monde entier — dont près de 500 millions vivent dans les pays en développement — utilisent des contraceptifs. L'usage de moyens de contraception a augmenté parmi ce groupe dans tous les pays en développement, sauf deux, où une enquête a été menée plus d'une fois depuis 1990. Parmi les femmes non mariées et sexuellement actives, ce taux a augmenté dans 21 pays sur 25.

Quatre moyens de contraception modernes — la stérilisation féminine, les contraceptifs administrés par voie orale, les injectables et le DIU — sont les plus utilisés par les femmes mariées des pays en développement. Pris ensemble, ils constituent près des trois quarts de tous les moyens de contraception utilisés. Les préservatifs destinés aux hommes se classent juste après le DIU. Le recours aux injectables est en net accroissement depuis 1990, cette méthode étant passée en troisième position de celles qui sont le plus couramment utilisées dans les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête.

Intentions en matière de reproduction : Une proportion croissante de femmes mariées ne veut plus avoir davantage d'enfants. En dehors de l'Afrique sub-saharienne, près de 60 % des femmes mariées interrogées depuis 1990 veulent mettre fin à leur procréation. Avec la dissémination des attitudes nouvelles vis-à-vis de la reproduction, le nombre d'enfants que les femmes considèrent comme étant idéal pour leur famille est en baisse.

Besoins insatisfaits : Il a été estimé que 105 millions de femmes mariées, soit environ une sur cinq, ont des besoins de planning familial qui ne sont pas satisfaits — c'est-à-dire qu'elles ont des rapports sexuelles et souhaitent éviter la grossesse, mais n'utilisent pas de moyens de contraception. Le pourcentage de femmes dont les besoins de contraception ne sont pas satisfaits est en baisse depuis 1990, mais le chiffre n'a pas beaucoup changé parce que la population s'est accrue.

Jeunes célibataires : Une part croissante de jeunes femmes célibataires âgées de 15 à 24 ans est sexuellement active avant le mariage dans de nombreux pays. Elles utilisent de plus en plus des moyens de contraception et en particulier les préservatifs. Malgré cela, bon nombre d'entre elles ont des grossesses non désirées et beaucoup courent le risque d'infections au VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles.

Survie et santé de l'enfant : Les taux de survie des nourrissons et des enfants se sont améliorés de près de 30 % en général dans les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990. Mais la mortalité infanto-juvénile a augmenté dans certains pays d'Afrique sub-saharienne, en particulier dans ceux qui sont les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA. Rares sont les pays dans lesquels une enquête a été menée, qui ont réussi à atteindre l'objectif fixé par l'OMS et l'UNICEF et qui consistait à vacciner au moins 80 % des enfants contre les maladies infantiles courantes avant l'an 2000.

Soins de santé maternelle : Le pourcentage des femmes mariées ayant accouché dans des installations médicales a généralement quelque peu augmenté depuis 1990. Cela n'empêche pas que dans une bonne partie de l'Afrique du Nord et de l'Asie et dans certaines régions de l'Afrique sub-saharienne, il est toujours plus courant de les voir donner naissance à la maison plutôt qu'en milieu médical. Un quart des femmes interrogées dans les pays en développement n'a reçu, lors de la grossesse la plus récente, aucun soin prénatal dispensé par un personnel qualifié.

Le présent rapport a été préparé par Vera M. Zliadar, MHS, Robert Gardner, PhD, Shea O. Rutstein, PhD, Leo Morris, PhD, MPH, Howard Goldberg, PhD et Kiersten Johnson, PhD. Ryoko Yokoyama a fourni une assistance dans le domaine de la recherche. Directeur de publication : Bryant Robey. Rédacteur en chef : Stephen M. Goldstein. Analyste principal pour la recherche : Richard D. Blackburn. Maquette : Linda D. Sadler. Production : John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez et Deborah Maenner.

Population Reports remercie les personnes suivantes qui ont bien voulu examiner le texte : Ann Blanc, John Bongaarts, John Caldwell, John Cleland, Pape Gaye, Rita Giacaman, Bernard Guyer, Carl Haub, Kenneth Hill, Vasantha Kandiah, Rachael Lucas, John Ross, Pauline Russell-Brown, Bulbul Sood, Amy Tsui, Mary Beth Weinberger et Charles Westoff.

Citation suggérée : Zliadar, V.M., Gardner, R., Rutstein, S.O., Morris, L., Goldberg, H. et Johnson, K. *Conclusions de nouvelles enquêtes : poursuite de la révolution dans le domaine de la reproduction*. **Population Reports**, série M, N° 17. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, the INFO Project, printemps 2003. Disponible en ligne : <http://www.populationreports.org/pr/pr/fm17/>

The INFO Project
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, professeur et directeur, **Center for Communication Programs** et enquêteur principal, INFO Project.

Ward Rinehart, directeur de projet, INFO Project.

Linda D. Sadler, responsable de la rédaction des éditions en langues étrangères des **Population Reports**

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (winter, spring, summer, fall) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the INFO Project of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland, and other locations. Postmaster to send address changes to **Population Reports**, the INFO Project, Johns Hopkins Center for Communication Programs, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports a pour mission de broser un tableau d'ensemble exact et fiable des développements importants dans le domaine du planning familial et de questions de santé qui y sont apparentés. Les opinions qui y sont exprimées sont celles de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ou de l'université Johns Hopkins.



Publié avec le soutien de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), Global, GH/POP/PEC, aux termes du don N° GPH-A-00-02-00003-00.

La fécondité toujours en baisse

La baisse des taux de fécondité dans les pays en développement, qui s'est amorcée dans les années 1960 et 1970 et s'est accélérée dans les années 1980, s'est poursuivie, selon des enquêtes menées récemment, pendant toute la décennie des années 1990. Parmi 38 pays en développement ayant fait l'objet d'au moins une enquête depuis 1990, pratiquement tous ont enregistré une baisse de l'indice synthétique de fécondité (ISF)¹.

Les enquêtes en question font partie des programmes « Enquêtes démographiques et de santé (EDS) » et « Enquêtes sur l'hygiène de la reproduction (EHR) » (voir encadré, p. 14). Au total, 71 pays ont effectué une ou plusieurs enquêtes EDS ou EHR depuis 1990 — dont 60 pays en développement et 11 qui font partie des anciens membres du bloc soviétique. Cinq autres nations se sont livrées à des enquêtes sur l'hygiène de la reproduction des jeunes adultes (EHRJA), qui sont comparables aux EDS et aux EHR sur le fond, mais sont davantage axés sur les jeunes (voir le tableau figurant en annexe à la p. 41).

Dans les 60 pays en développement dans lesquels une enquête a été menée depuis 1990, l'ISF varie entre 2,3 enfants par femme au Vietnam et 7,2 au Niger. La moyenne est de 4,5 enfants par femme pour ces 60 pays pris dans leur ensemble. (Comme dans la plupart des moyennes mentionnées dans le présent rapport, celle-ci n'est pas pondérée — c'est-à-dire qu'elle ne reflète pas les différences de population entre les pays. Elle est calculée en additionnant les ISF nationaux et en divisant ce chiffre par le nombre total de pays.)

¹ L'ISF est une mesure récapitulative de la fécondité. Il représente le nombre moyen d'enfants qu'un groupe de femmes hypothétique pourrait avoir pendant la période durant laquelle elles sont en âge de procréer (de 15 à 49 ans) si elles survivent jusqu'à 50 ans, aux taux de fécondité actuels des groupes d'âge particuliers. L'ISF ne fait donc pas référence au nombre réel d'enfants qu'une femme ou un groupe de femmes spécifique a en réalité. Les taux de fécondité des groupes d'âge sont le nombre de naissances vivantes par an et par tranche de 1 000 femmes d'un âge donné.

Les baisses des taux de fécondité s'appuient sur l'usage croissant qui est fait de moyens de contraception et en particulier des méthodes modernes (voir p. 11). **Population Reports** estime qu'en l'an 2000 environ 55 % des femmes mariées et en âge de se reproduire — définies dans les enquêtes comme ayant entre 15 et 44 ans ou entre 15 et 49 ans — vivant dans les pays en développement avaient recours à un moyen de contraception (voir Tableau 1). Cette estimation comprend la Chine et d'autres pays dans lesquels des enquêtes EDS et EHR n'ont pas été menées. Ce niveau d'utilisation des contraceptifs est nettement en dessous de ceux que l'on constate dans les pays d'Europe septentrionale, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle Zélande, qui vont de 75 à 84 % chez les femmes mariées (voir Tableau Web 1²). Ces derniers sont les niveaux d'usage de contraceptifs que l'on considère généralement comme nécessaires pour obtenir une fécondité de niveau de remplacement.

Le taux de fécondité de niveau de remplacement est celui auquel chaque génération a simplement le nombre d'enfants nécessaires pour la remplacer et donc auquel l'accroissement démographique finit par s'arrêter. Dans les pays industrialisés, où la mortalité est plus faible que dans laplupart des pays en développement, le taux de fécondité de niveau de remplacement est un ISF d'environ 2,1. Dans les pays en développement, la mortalité plus élevée, en particulier chez les enfants, peut obliger ce taux à des niveaux supérieurs — jusqu'à un ISF de 3,5 ou 4 (86).

Fécondité : différences et déclin

Les taux de fécondité varient d'une région à une autre. Parmi les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, ils sont les plus élevés en Afrique sub-saharienne avec une moyenne de 5,3 enfants par femme et les plus bas en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes où ils sont de 3,5 (moyenne non pondérée calculée à partir des données les plus récentes pour chaque pays, voir Tableau 2, page suivante). Au Proche Orient et en Afrique du Nord, l'ISF moyen est de 4,3 enfants par femme. Dans les pays d'Europe de l'Est et

² En raison du manque de place, il n'a pas été possible d'inclure sous forme de tableaux imprimés toutes les données sur lesquelles la discussion de ce rapport est basée. Le lecteur peut les consulter sous divers formats, dont sur Internet à l'adresse <http://www.populationreports.org/pr/pr/fm17/m17tables.shtml> (voir encadré p. 27).

Tableau 1

Estimation du recours à la contraception dans le monde entier

Par les femmes mariées
âgées de 15 à 49 ans, 2000

² Comprend l'abstinence périodique et le retrait

Méthodologie et sources des données : Les données relatives au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans pour chaque pays ont été obtenues à partir des prévisions démographiques pour l'an 2000 par BOS, 1994 (25). Les pourcentages sont pondérés en fonction de l'importance des populations et font appel aux données les plus récentes provenant des enquêtes EDS et EHR et, pour les pays où elles ne sont pas effectuées, de celles des Nations Unies, 2000 (114), de la base de données internationale du Bureau du recensement des États-Unis (<http://www.census.gov/ipc/www/idnew.html>) et d'autres enquêtes représentatives au plan national.

Population Reports

Région	% usage actuel		
	Toute méthode	Toute méthode moderne	Traditionnelles ²
MONDE EN DEVELOPPEMENT	55	50	5
<i>Afrique sub-saharienne</i>	15	12	4
<i>Proche Orient et Afrique du Nord</i>	45	35	10
<i>Asie</i>	60	57	4
<i>Amérique latine et Caraïbes</i>	68	59	9
<i>Pacifique (Océanie)</i>	30	24	6
MONDE INDUSTRIALISE	68	56	12
<i>Australie et Nouvelle Zélande</i>	76	72	3
<i>Europe</i>	72	61	11
<i>Europe de l'Est et Asie centrale</i>	62	41	21
<i>Amérique du Nord</i>	59	54	5
<i>Amérique du Nord</i>	75	71	4
MONDE	57	51	6

Tableau 2

Indices synthétiques de fécondité^a

Pour les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans 1974-2001

Les données allant de 1974 à 1984 sont tirées de l'enquête mondiale sur la fécondité, qui a précédé les enquêtes EDS et EHR.

Les données allant de 1985 à 2001 proviennent des enquêtes EDS et EHR.

^a ISF : le nombre moyen d'enfants qu'un groupe de femmes hypothétique pourrait avoir pendant la période durant laquelle elles sont en âge de procréer, si elles survivent jusqu'à 50 ans, aux taux de fécondité actuels des groupes d'âge particuliers. Ces ISF sont valables pour la période de trois à cinq ans avant la date à laquelle l'enquête a été effectuée et portent sur toutes les femmes interrogées.

^b Données pour les femmes âgées de 15 à 44 ans.

^c Les ISF calculés pour les enquêtes menées en 1992-93 et en 1998-99 en Inde peuvent être des estimations faibles car on a la preuve de l'omission de naissances récentes. Les ISF ajustés pour les deux enquêtes ont été calculés à 3,9 et 3,4, Rutstein, 2002 (98).

AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	AMERIQUE LATINE ET CARAIBES (continuée)
Afrique du Sud 1998	Egypte 1980	El Salvador 1979
Bénin 1981-82	1988	1985
1996	1992	1988 ^b
2001	1995	1993
Botswana 1988	2000	1998
Burkina Faso 1993	Jordanie 1976	Equateur 1979-80
1998-99	1983	1987
Burundi 1987	1990	1989
Cameroun 1978	1997	1994
1991	Mauritanie 1981	1999
1998	2000-01	Guatemala 1987
Cap-Vert 1998	Maroc 1980	1995
Comores 1996	1987	1998-99
Côte d'Ivoire 1980-81	1992	Guyana 1975
1994	Syrie 1978	Haiti 1977
1998-99	Tunisie 1978	1989
Erythrée 1995	1988	1994-95
Ethiopie 2000	Turquie 1978	2000
Gabon 2000	1993	Honduras 1996
Ghana 1979-80	1998	2001
1988	Yémen 1979	Jamaïque 1975-76
1993	1991-92	1983
1998	1997	1989
Guinée 1999	ASIE	1993 ^b
Kenya 1977-78	Bangladesh 1975-76	1997
1989	1993-94	Mexique 1976-77
1993	1996-97	1987
1998	1999-2000	Nicaragua 1992-93
Lesotho 1977	Cambodge 2000	1998
Libéria 1986	Corée, Rép. de 1975	2001
Madagascar 1992	Fidji 1974	Panama 1975-76
1997	Inde 1992-93 ^c	1984
Malawi 1992	1998-99 ^c	Paraguay 1979
2000	Indonésie 1976	1987
Mali 1987	1987	1990
1995-96	1991	1995-96
2001	1994	1998 ^b
Maurice 1985	1997	Pérou 1977-78
1991 ^b	Malaisie 1974	1986
Mozambique 1997	Népal 1976	1991-92
Namibie 1992	1996	1996
Niger 1992	2001	2000
1998	Pakistan 1975	Porto Rico 1996
Nigeria 1981-82	1990-91	Rép. dominicaine 1975
1990	Philippines 1978	1980
Ouganda 1988-89	1993	1986
1995	1998	1991
2000-01	Sri Lanka 1975	1996
République centr-africaine 1994-95	1987	Trinité et Tobago 1977
Rwanda 1983	Thaïlande 1975	1987
1992	1987	Venezuela 1977 ^b
2000	Vietnam 1997	
Sénégal 1978	AMERIQUE LATINE ET CARAIBES	
1986	Belize 1991 ^b	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE
1992-93	1999	Arménie 2000
1997	Bolivie 1989	Azerbaïdjan 2001 ^b
Swaziland 1988	1994	Géorgie 1999 ^b
Tanzanie 1991-92	1998	Kazakhstan 1995
1996	Brésil 1986	1999
1999	1996	Moldova 1997 ^b
Tchad 1996-97	Colombie 1976	Ouzbékistan 1996
Togo 1988	1986	Rép. kirghize 1997
1998	1990	Rép. tchèque 1993 ^b
Zambie 1992	1995	Roumanie 1993 ^b
1996	2000	1999 ^b
Zimbabwe 1988	Costa Rica 1976	Turkménistan 2000
1994	1993	Ukraine 1999 ^b
1999		

en Asie centrale, la fécondité moyenne est de 2,1 enfants, soit presque aussi faible qu'en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord.

Au sein des mêmes régions, les taux de fécondités varient aussi beaucoup d'un pays à un autre. Dans six pays du Proche Orient et d'Afrique du Nord où des enquêtes ont été effectuées depuis 1990, l'ISF va de 2,6 enfants par femme en Turquie à 6,5 au Yémen. Dans les huit pays d'Asie ayant fait l'objet d'une enquête depuis la même année, l'ISF va de 2,3 au Vietnam à 4,9 au Pakistan. (Il faut cependant noter que les données d'enquête pour ce dernier pays remontent à plus de 10 ans.) Dans les 16 pays où une enquête a été menée récemment en Amérique latine et dans les Caraïbes, l'ISF va de 2,3 à Porto Rico et de 2,5 au Brésil à 5 au Guatemala.

Dans les 11 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale où des enquêtes ont été effectuées depuis 1990, l'ISF est de moins de 2 enfants par femme pour l'ensemble de ceux qui font partie de l'Europe de l'Est et varie entre 1,7 et 2,1 dans la région du Caucase. En Asie centrale, l'ISF va de 2 enfants par femme au Kazakhstan à 3,4 pour la République kirghize.

Différences dans les déclin. Comme nous l'avons mentionné précédemment, des déclin ont été constaté dans pratiquement tous les pays où une ou plusieurs enquêtes ont été menées depuis 1990, à l'exception du Mali, du Niger et de la Turquie, où il y a eu une légère augmentation. L'ISF a chuté de près de 2 % par an en moyenne dans les cinq pays asiatiques ayant fait l'objet de plus d'une enquête depuis 1990. Cette baisse a été la plus importante en Inde : 0,5 enfant par femme entre les enquêtes menées en 1992-93 et celles de 1998-99 (voir Tableau Web 2).

Dans les quatre pays du Proche Orient et d'Afrique du Nord où plus d'une enquête a été effectuée depuis 1990, les taux de fécondité ont baissé de plus de 1 % par an en moyenne. Ils ont chuté d'environ 2 % par an dans les 13 pays d'Amérique latine et des Caraïbes où au moins deux enquêtes ont été menées depuis 1990.

Dans plusieurs pays en développement — dont le Bangladesh, l'Égypte, l'Indonésie et la Turquie — on a constaté un ralentissement de la baisse de la fécondité et, dans certains cas, il semble qu'il y ait eu marche arrière au cours des années 1990 par rapport à la décennie précédente. Cette tendance reflète des changements intervenus dans de nombreux facteurs, dont la préférence des personnes quant au nombre de leurs enfants et les conditions socioéconomiques ainsi que le niveau atteint par un pays dans sa transition démographique — le passage historique de niveaux élevés de mortalité et de fécondité à des taux inférieurs. Il se peut aussi que des problèmes de mesure affectent les données (20, 21, 29) (voir encadré, page suivante).

Fécondité en Afrique sub-saharienne. Bien que les taux de fécondité demeurent plus élevés en Afrique sub-saharienne que dans toute autre région du monde, des enquêtes menées récemment prouvent que la transition démographique est en cours dans de nombreuses régions d'Afrique (35, 124, 125). Par exemple, la fécondité a baissé de plus de 1 % par an dans 9 des 16 pays d'Afrique sub-saharienne dans lesquels plus d'une enquête a été effectuée depuis 1990. L'ISF a le plus baissé au Cameroun — 1 enfant par femme entre 1991 et 1998.

Si on la compare aux transitions démographiques qui se sont produites précédemment ailleurs, celle de l'Afrique sub-saharienne est nettement plus lente (29). De nombreux facteurs — culturels, économiques, politiques et démographiques — permettent d'expliquer cette différence. Certains chercheurs mentionnent une forte préférence culturelle qui existe toujours en faveur des familles nombreuses, une importante population rurale dépendant de l'agriculture de subsistance et les faibles niveaux de développement économique (28, 35, 46, 61, 80). Des taux de mortalité infantile et juvénile toujours élevés (voir p. 33) ont en outre contribué aux forts niveaux de fécondité parce que de nombreux couples peuvent avoir des enfants « supplémentaires » pour remplacer ceux qui meurent jeunes (28, 35).



Les enquêtes prouvent de plus en plus que dans certains pays de l'Afrique sub-saharienne, dont le Cameroun, les taux de fécondité ont commencé à baisser. Alors qu'ils sont toujours plus élevés dans cette région que dans les autres, les tendances récentes suggèrent qu'ils pourraient baisser à l'avenir car un plus grand nombre de programmes de planning familial améliorent l'accès à l'information et aux services ainsi que la qualité des soins dispensés.

Tendances du déclin de la fécondité

La fécondité a diminué d'une moyenne de 1 % par an dans les 38 pays en développement ayant fait l'objet de plus d'une enquête depuis 1990. Mais ce changement varie énormément d'un pays à un autre — du Yémen, où l'ISF a chuté de 1,2 enfants par femme en cinq ans, au Niger, où il a augmenté de 0,2 enfant par femme sur six ans. Les taux de fécondité en général sont en baisse, mais les enquêtes effectuées depuis 1990 suggèrent un ralentissement par rapport aux réductions constatées dans les années 1970 et 1980. Si l'on considère tous les pays dans lesquels plus d'une enquête a été effectuée, y compris celles qui ont été menées avant 1990 aussi bien qu'après, les cas de ralentissement du déclin des taux de fécondité sont deux fois supérieurs à ceux d'un accroissement de ce taux de déclin.

De nombreux facteurs viennent expliquer pourquoi il semble y avoir un ralentissement du déclin de la fécondité. Les taux diminuent plus rapidement lorsqu'elle est élevée (21), comme cela était le cas dans de nombreux pays en développement durant les années 1970 et 1980. Entre-temps, la situation économique et sociale a évolué, des informations et idées nouvelles, des attitudes nouvelles en matière de reproduction, l'idéal de familles moins nombreuses et l'accès à des moyens de contraception efficaces se sont rapidement propagés.

Il y a eu dans le même temps une chute de la mortalité juvénile à la suite de l'adoption par la plupart des pays de meilleures mesures de santé publique. Un plus grand nombre d'enfants survivant après leurs premières années, les familles sont devenues plus nombreuses, ce qui a entraîné une demande en faveur de moins d'enfants et un accroissement du recours aux moyens de contraception, phénomène qui a provoqué à son tour une baisse rapide des taux de fécondité.

Par contraste, au début des années 1990, les informations et services de planning familial étaient largement disséminés dans une bonne partie du monde en développement. La plupart des gens savaient déjà ce que sont les moyens de contraception et où les obtenir. Qui plus est, l'influence de nouveaux critères sociaux favorisant des familles moins nombreuses avait déjà entraîné des taux plus faibles de fécondité. Il ne devrait donc pas être surprenant, étant donné ces tendances et les familles moins nombreuses que lors des années 1970 et 1980, que même si les taux de fécondité ont continué à baisser dans la plupart des pays durant les années 1990, ils l'ont fait moins rapidement.

Possibilités d'une baisse plus accentuée. Malgré les déclinés enregistrés en matière de fécondité, les femmes d'un certain nombre de pays en développement ont toujours plus d'enfants qu'elles ne disent en préférer et nombreuses sont celles qui sont davantage en faveur de familles nombreuses que celles qui vivent dans les pays industrialisés. Il reste donc une marge substantielle pour une baisse accrue de la fécondité.

Dans le passé, le refus des gouvernements de certains pays à mettre en œuvre des programmes de planning familial a limité l'accès à la gamme des méthodes et services de contraception nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Qui plus est, certains pays d'Afrique sub-saharienne ont connu des conflits internes qui ont rendu difficile la prestation de services de planning familial (28).

Quoi qu'il en soit, si les tendances récentes enregistrées en Afrique sub-saharienne permettent d'en juger, les taux de

fécondité. Elle devrait continuer à chuter car un plus grand nombre de femmes peuvent mieux prévenir les naissances non désirées. En outre, les niveaux futurs de fécondité dépendront probablement de plus en plus des changements qui interviendront dans les facteurs économiques et sociaux qui amènent les personnes vivant dans les pays en développement à vouloir moins d'enfants (21).

La fécondité diminuera probablement plus rapidement dans les années à venir dans les pays où elle est actuellement la plus élevée — c'est-à-dire dans ceux d'Afrique sub-saharienne. La baisse des taux de fécondité dans cette région est jusqu'à présent considérablement plus lente que dans les autres parties du monde en développement car les couples africains préfèrent en moyenne avoir davantage d'enfants que ceux qui vivent ailleurs (29).

La fécondité a commencé à baisser dans quelques pays d'Afrique sub-saharienne dans les années 1980 — le début d'une tendance vers les familles moins nombreuses et d'un recours accru aux moyens de contraception dans cette région. Malgré cela, de nombreux pays ne faisaient que commencer à aborder leur transition démographique dans les années 1990, ce qui laisse espérer des déclinés plus rapides qu'ailleurs, où cette transition est plus avancée (29).

L'« effet tempo ». Les taux de fécondité semblent avoir complètement cessé de baisser récemment dans certains pays en développement (52). Une raison en est un « effet tempo » démographique, qui résulte des changements qui se produisent dans le choix du moment des grossesses plutôt que de la demande générale concernant les enfants. Il explique probablement l'arrêt apparent de la baisse de la fécondité dans des pays tels que le Bangladesh, la Colombie, l'Égypte, l'Indonésie et la Turquie, encore qu'il soit difficile d'estimer l'ampleur de cet effet (18).

Cet effet fonctionne de la façon suivante : lorsque l'âge moyen auquel les femmes donnent naissance augmente, l'ISF semble baisser temporairement, même si elles finissent par avoir le même nombre d'enfants qu'avant. Lorsque le nombre d'enfants diminue en même temps que l'âge moyen au moment de la naissance augmente, comme cela a été le cas au cours des dernières décennies et jusqu'à présent, l'ISF chute encore plus rapidement (18).

Mais si l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant cesse d'augmenter, comme cela a été le cas dans certains pays pendant les années 1990, l'ISF peut connaître un arrêt temporaire de sa tendance à la baisse ou même grimper légèrement. Cet effet est totalement indépendant de tout changement pouvant intervenir dans le nombre d'enfants désirés ou dans les niveaux de recours aux moyens de contraception.

fécondité de la région vont baisser à l'avenir comme ils l'ont déjà fait ailleurs. La plus récente moyenne variante des projections de l'ONU donne un ISF de 2,4 enfants par femme d'ici 2045 à 2050, ce qui reflète une telle attente (126).

L'impact du SIDA. Le VIH/SIDA est un autre facteur crucial affectant les taux de fécondité. L'Afrique sub-saharienne est confrontée aux niveaux de VIH/SIDA les plus élevés du monde. Le SIDA, qui a fait monter substantiellement les taux de mortalité dans les pays les plus touchés (voir p. 35) peut

aussi affecter la fécondité de bien des façons, aussi bien au plan biologique que du comportement. On peut citer à cet effet le décès des personnes en âge de se reproduire, la réduction de la fréquence des rapports sexuels, un plus grand nombre de fausses couches et de naissances de mort-nés, une incidence plus grande de l'aménorrhée et une fécondité moindre (au sens de l'aptitude à concevoir) (47). En outre, un plus grand nombre de personnes ayant été sensibilisées au VIH/SIDA et à la façon d'éviter d'être infecté (56), elles peuvent retarder leurs premières relations sexuelles, réduire le nombre de leurs relations extraconjugales, utiliser des préservatifs ou carrément éviter d'avoir des rapports sexuels, tous ces facteurs pouvant réduire les niveaux de fécondité.

Alors qu'il semble clair qu'il puisse exister des liens entre le VIH et la fécondité, l'impact réel est moins certain (47, 72, 104). Aucune étude n'a abouti à des conclusions solides à propos de l'effet général du SIDA sur la fécondité des populations nationales (47).

■ Différences d'âge et fécondité

Les taux de fécondité varient en fonction de l'âge des femmes. Ces différences sont le reflet de préférence en matière de reproduction, de l'aptitude à réaliser ces préférences, des comportements sexuels et de l'aptitude à concevoir. Les tendances à ce sujet varient énormément d'une région et d'un pays à l'autre et d'un groupe à un autre dans un même pays (26).

Dans la plupart des pays, les femmes sont les plus fécondes lorsqu'elles ont entre 20 et 24 ans. Dans près de la moitié des pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête, cette pointe s'étend cependant jusqu'à 29 ans. Les femmes de cette région continuent en outre à avoir des enfants à un âge plus avancé qu'ailleurs. Dans les pays sub-sahariens, les femmes de plus de 40 ans contribuent une moyenne de 0,5 enfant à l'ISF (98) (voir Tableau Web A). Le fait qu'une grande partie de cette région ne dispose pas de la stérilisation contraceptive ou n'y a pas recours peut contribuer à expliquer cette tendance (93).

Dans la plupart des régions, les taux de fécondité ont d'abord baissé parmi les groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés. En Afrique sub-saharienne, la tendance est cependant quelque peu différente. Dans la plupart des pays de cette région, les taux de fécondité ont diminué de façon plutôt uniforme, quels que soient les groupes d'âge envisagés, à l'exception du Sénégal où la plus grande partie de la baisse de 1,5 enfant par femme enregistré par l'ISF entre 1978 et 1997 s'est produite parmi les femmes de 30 ans ou moins, ce qui a été causé en partie par le fait que les femmes se marient plus tard (124).

Lorsque la fécondité est à son point le plus élevé, les femmes accouchent généralement pour la première fois avant d'avoir 20 ans. Des taux élevés de fécondité chez les adolescentes (entre 15 et 19 ans) ne signifient cependant pas nécessairement que l'ISF du pays sera élevé (113). Au Bangladesh, par exemple, la plupart des femmes ont leur premier enfant vers 18 ans, mais l'ISF est de 3,3 enfants par femme, soit l'un des plus faibles d'Asie, parce que de nombreuses femmes cessent de procréer alors qu'elles sont toujours relativement jeunes (69).

■ Fécondité entre groupes différents

Les niveaux de fécondité varient en fonction du niveau scolaire atteint par les femmes, de leur lieu de résidence et autres facteurs économiques et sociaux. Ces différences sont souvent substantielles.

Education des femmes. Dans la plupart des pays ayant fait l'objet d'une enquête, plus les femmes sont allées loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible. La



Au Bangladesh, la plupart des femmes ont leur premier enfant alors qu'elles sont jeunes, mais, étant donné le recours très important au planning familial, elles sont aussi nombreuses à arrêter d'en avoir à un jeune âge. Les taux de fécondité ont donc nettement chuté.

réussite scolaire des femmes a un effet plus important sur la fécondité que celle des hommes ou les autres facteurs intervenant dans les ménages, comme la richesse (5, 57).

Au Malawi, l'ISF des femmes sans éducation est de 7,3 alors qu'il n'atteint que 3 parmi celles qui ont terminé leurs études secondaires. Il en va de même en République dominicaine, où la fécondité des femmes sans éducation est le double de celles qui ont fait des études secondaires, les ISF étant respectivement de 5 et de 2,5 (voir Tableau Web B).

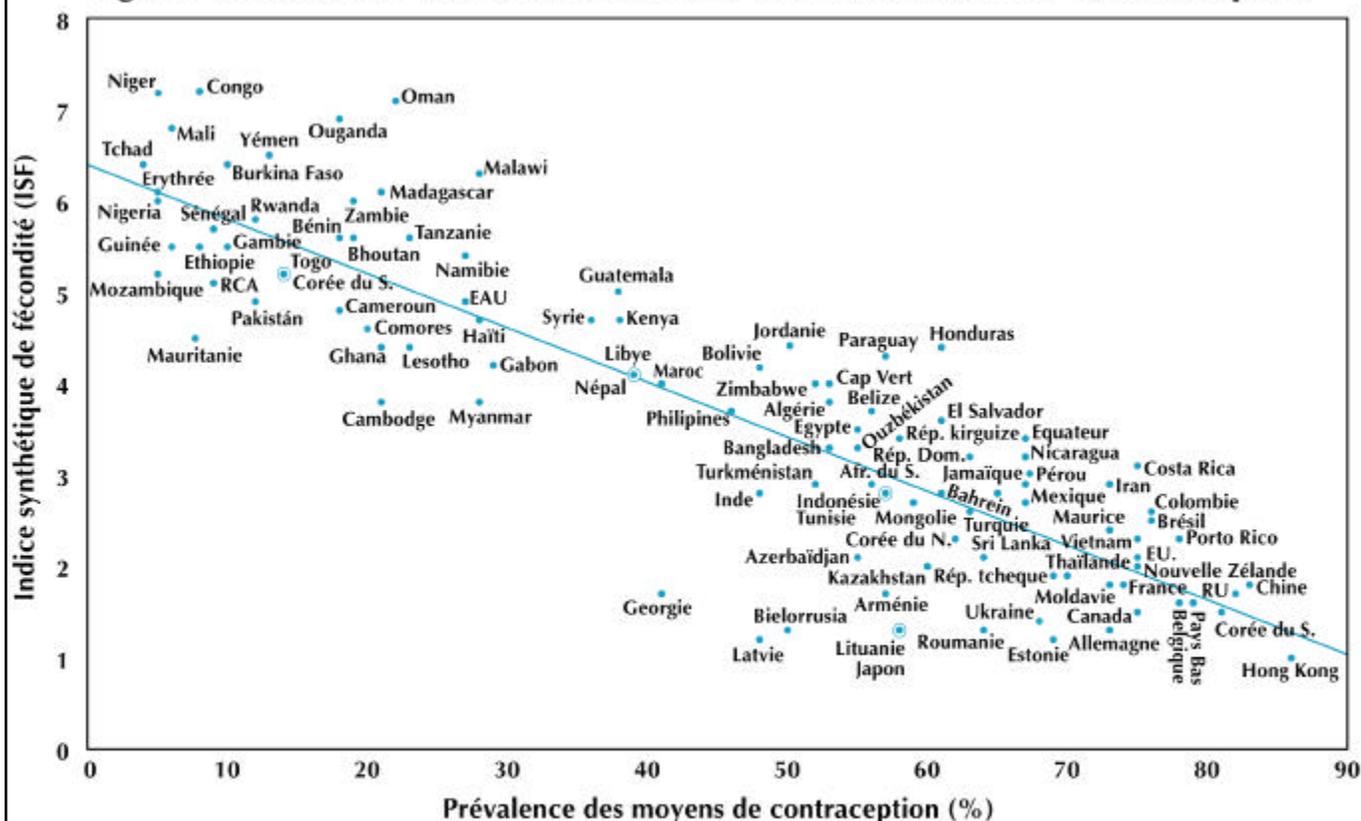
Le niveau d'éducation des femmes tend en général à affecter leur fécondité quel que soit leur âge (115), en raison d'un certain nombre de facteurs qui s'y rattachent, comme leur statut social et économique, leur position au sein du ménage, l'âge auquel elles se marient, le nombre d'enfants désirés, l'accès aux informations et aux services de planning familial et le recours à la contraception (61).

Les femmes les plus éduquées ont habituellement de plus hautes aspirations pour elles-mêmes et l'éducation peut leur ouvrir la porte à une plus grande réussite et à une croissance personnelle (53) tout en mettant moins l'accent sur le fait d'avoir des enfants comme point focal de leur vie. L'éducation améliore le statut des femmes (5, 30). Celles qui sont plus éduquées contrôlent en général davantage les ressources et ont une plus grande autonomie lors de la prise de décisions (53, 57).

L'éducation peut aussi modifier les attitudes et mener à une remise en question des croyances et des pratiques traditionnelles telles que celles qui favorisent un taux élevé de fécondité (30, 53). En Inde, par exemple, les femmes plus éduquées ont moins tendance à faire état d'une préférence pour les fils que pour les filles (33) (voir p. 9).

Les enquêtes confirment que les femmes plus éduquées veulent en général moins d'enfants que celles qui ne le sont pas autant. Elles auront plus probablement recours au planning familial et réussiront donc à ne pas avoir plus d'enfants qu'elles n'en veulent (30, 100, 115, 131).

Figure 1. Relation entre la fécondité et l'utilisation de contraceptifs



105 pays ayant fait l'objet d'une enquête entre 1990 et 2001

ISF : le nombre d'enfants qu'une femme aurait durant sa vie si le taux de fécondité de son groupe d'âge restait constant pendant les années durant lesquelles elle peut en avoir.

Prévalence des moyens de contraception : le pourcentage de femmes mariées ayant entre 15 et 49 ans qui utilisent une méthode quelle qu'elle soit de contraception (ne comprend pas les méthodes populaires ou traditionnelles, sauf le retrait et l'abstinence périodique).

Sources : Enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur l'hygiène de la reproduction et autres enquêtes comparables.

Population Reports

Les déclinés constatés en matière de fécondité ont eu tendance à intervenir en premier lieu parmi les femmes les plus éduquées et à s'étendre ensuite à celles qui le sont moins (5, 57, 69, 89, 115). Ceci n'empêche cependant pas que dans le monde entier des millions de femmes sans grand niveau de scolarisation se servent actuellement de moyens de contraception et ont moins d'enfants — un fait qui contredit l'hypothèse selon laquelle une augmentation généralisée du niveau d'éducation est nécessaire pour obtenir une nette réduction des taux de fécondité (97).

Résidence en zone urbaine ou rurale. Le facteur de différence le plus constant en matière de fécondité entre les groupes de femmes, en même temps que leur niveau d'éducation, est l'endroit où elles vivent — en zone urbaine ou rurale (35, 69, 76). Dans tous les pays où une enquête a été menée depuis 1990, l'ISF est plus bas dans les zones urbaines — d'une différence d'à peine 0,1 enfant par femme à Maurice jusqu'à 3,4 en Ouganda (voir Tableau Web B).

Dans le passé, les différences de taux de fécondité entre les zones urbaines et rurales ont été généralement faibles dans les pays où ils étaient élevés et la transition démographique n'avait pas encore débuté. Par contre, dans ceux où cette transition était en cours, l'écart entre les zones urbaines et rurales a été plus prononcé parce que la baisse de la fécondité intervenait le plus souvent en premier lieu dans les zones urbaines.

Les personnes habitant dans les zones urbaines s'intéressent habituellement davantage au planning familial, ont un

meilleur accès aux moyens modernes de contraception et sont mieux éduquées. Les enfants de ces zones constituent moins un avantage économique pour la famille, le coût de la vie y est plus élevé et les critères sociaux favorisant les familles nombreuses sont moins respectés que dans les campagnes.

La différence entre les taux de fécondité entre les zones urbaines et rurales se réduit plus tard dans la transition démographique. La norme d'une famille moins nombreuse se dissémine dans tout le pays et les informations et services de planning familial deviennent plus largement disponibles. Le déclin de la fécondité passe donc des zones urbaines aux zones rurales et cette baisse est ressentie dans tout le pays (34, 87, 90, 91).

Dans 3 seulement des 30 pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête — Mali, Niger et Tchad — les taux de fécondité enregistrés dans les zones urbaines sont demeurés suffisamment élevés pour être considérés comme étant « pré-transition démographique » — c'est-à-dire un ISF de plus de 5,2 enfants par femme (124) (voir Tableau Web B).

Par contre, l'ISF est toujours supérieur à 5,2 dans les zones rurales de tous les pays de la région, à l'exception de sept d'entre eux — Afrique du Sud, Cap-Vert, République centrafricaine, Comores, Kenya, Maurice, et Zimbabwe. Dans les pays d'Afrique sub-saharienne où un pourcentage inférieur de la population vit dans les zones urbaines, la baisse des taux de fécondité nationaux a donc été plus lente que dans les pays les plus urbanisés de la région (28).

Préférences pour un garçon ou une fille. En Afrique sub-saharienne, en Asie du Sud-est, en Amérique latine et dans les Caraïbes, les niveaux de fécondité sont relativement peu affectés par le désir du couple d'avoir un garçon ou une fille (8). Par contre, dans certaines régions du Proche Orient, de l'Afrique du Nord et de l'Asie du Sud, la préférence va aux enfants mâles, ce qui exerce une pression à la hausse des niveaux de fécondité. De nombreux couples continuant à avoir des enfants jusqu'à ce qu'ils aient un garçon, la fécondité est plus élevée que si cette préférence n'existait pas en matière de sexe du nouveau-né.

Une étude des données provenant de six pays où la préférence est fortement en faveur des garçons — Bangladesh, Égypte, Inde, Népal, Pakistan et Turquie — estime par exemple que le nombre de femmes enceintes au moment de l'enquête aurait été inférieur de 9 à 21 % s'il n'y avait pas eu cette préférence (8). En Inde, le taux national de fécondité aurait chuté de 8 % sans cette préférence (78).

Recours aux contraceptifs

Les niveaux d'utilisation des contraceptifs varient énormément entre les régions en développement, allant d'une moyenne de 15 % en Afrique sub-saharienne à 68 % en Amérique latine et dans les Caraïbes (voir Tableau 1, p. 3). Les taux de fécondité correspondent étroitement à ceux de l'usage des moyens de contraception. Dans les pays où ces derniers sont très répandus, la fécondité est faible alors qu'elle est élevée dans ceux où ils sont moins courants (voir Figure 1).

Augmentation du recours aux moyens de contraception dans les pays en développement

La principale cause directe de la baisse des taux de fécondité dans le monde en développement est un usage accru des moyens de contraception (31, 44, 61, 131). Un pourcentage croissant de femmes — mariées et célibataires — a recours à des contraceptifs dans les pays en développement du monde entier.

On estime qu'actuellement 55 % des femmes mariées vivant dans les pays en développement utilisent un moyen de contraception ou un autre et que 50 % font appel à des méthodes modernes (voir Tableau 1, p. 3). Par contraste, ces chiffres pour ce même groupe de population étaient de 41 % en 1990 et d'environ 33 % en 1983 (111, 112). Ces niveaux de recours aux moyens de contraception sont pondérés par importance de la population et donc fortement influencés par les taux d'utilisation en Chine et en

Inde, les deux pays les plus peuplés du monde. Sans ces deux nations, le pourcentage des femmes mariées en âge de se procréer et utilisant actuellement un moyen quelconque de contraception dans le monde en développement serait estimé être entre 42 et 55 %.

Les données provenant de 38 pays en développement où de multiples enquêtes EDS et EHR ont été effectuées depuis 1990 indiquent que l'usage d'une méthode de planning familial quelle qu'elle soit par les femmes mariées a augmenté d'au moins 10 %, sauf dans 7 d'entre eux — El Salvador, Ghana, Jamaïque, Mali, Rwanda, Turquie et Zimbabwe (voir Tableau Web 3). Les niveaux d'utilisation de moyens de contraception n'ont baissé qu'au Rwanda — et de plus de 40 % — la guerre civile et les conflits ethniques des années 1990 ayant bouleversé la vie familiale.

L'augmentation du recours aux moyens de contraception dans les pays en développement depuis 1990 est la poursuite d'une tendance de longue date. Entre 1975 et 1995, l'usage de contraceptifs par les femmes mariées a augmenté dans 30 des 31 pays dans lesquels deux enquêtes ou plus ont été menées (62). Qui plus est, les niveaux de recours aux moyens de contraception par les femmes célibataires et sexuellement actives ont aussi augmenté dans les années 1990 — de 10 % ou plus dans les 24 pays en développement pour lesquels on dispose de telles données, sauf 6³ (voir Tableau Web C).

Alors que d'autres facteurs directs — le pourcentage de femmes mariées, de post-partum, de stérilité et d'avortement provoqué — ont aussi une influence importante sur les niveaux de fécondité (voir p. 19), aucun n'a autant changé que l'usage des moyens de contraception dans les pays en développement ces dernières années. Aucun d'eux n'a donc autant contribué au déclin des taux de fécondité que l'augmentation du recours aux moyens de contraception (23, 44, 61).

³ La plupart des enquêtes effectuées depuis 1990 au Proche Orient, en Afrique du Nord et en Asie ont été limitées aux femmes ayant été mariées au moins une fois. Les exceptions ont été la Mauritanie, le Maroc, le Cambodge et les Philippines. Les enquêtes qui y ont été menées, comme dans tous les pays d'Afrique sub-saharienne, d'Amérique latine, des Caraïbes, d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont collecté des informations sur toutes les femmes, c'est-à-dire sur celles qui n'avaient jamais été mariées comme sur celles qui l'avaient été au moins une fois.



En Ouganda comme dans d'autres pays, un nombre de plus en plus grand de femmes fait appel aux moyens de contraception. L'augmentation de l'usage qui en est fait a été la principale cause directe des déclinés de la fécondité. Dans les pays en développement, environ la moitié des femmes mariées se servent de moyens de contraception modernes.

L'accroissement de l'utilisation de moyens modernes — en particulier les contraceptifs injectables, mais aussi la stérilisation féminine, les contraceptifs administrés par voie orale et les DIUs — constitue la moitié ou plus de l'augmentation totale de l'usage de moyens de contraception par les femmes mariées des 38 pays en développement où des enquêtes multiples ont été effectuées depuis 1990, à l'exception du Burkina Faso, du Cameroun et de l'Équateur (31, 131) (voir Tableau Web 3).

Usage actuel des moyens de contraception

Population Reports estime que plus de 620 millions de femmes du monde entier en âge de se reproduire — soit 57 % de cette catégorie — utilisaient un moyen de contraception en l'an 2000⁴. Le pourcentage de femmes ayant recours à un moyen de contraception est plus élevé dans le monde industrialisé (68 %) que dans le monde en développement (55 %) (voir Tableau 1, p. 3), mais le nombre absolu de personnes y ayant recours est nettement plus important dans les pays en développement : près de 500 millions de femmes, contre 120 millions dans les pays industrialisés.

Près de 9 personnes sur 10 en moyenne adoptent, dans le monde entier, des méthodes modernes de contraception alors que seulement 1 sur 10 environ a recours aux moyens traditionnels : retrait et abstinence périodique. Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, un pourcentage nettement plus élevé de femmes vivant dans les pays industrialisés (12 %) a recours à de tels moyens que celles des pays en développement (5 %) (voir Tableau 1, p. 3).

Environ la moitié des femmes mariées et en âge de reproduire vivant dans le monde en développement pris dans son ensemble utilisent des moyens de contraception modernes. Ce chiffre tombe à 35 % si l'Inde et surtout la Chine sont omises, du fait, pour tous les deux, de l'importance de leur population et de leur recours supérieur à la moyenne à des moyens de contraception à long terme. Dans les pays en développement autres que l'Inde et la Chine, on estime que 7 % des femmes utilisent des méthodes traditionnelles de contraception. (Voir p. 13 pour en savoir davantage sur les moyens de contraception.)

Si l'on se base sur la prévalence des moyens de contraception, les pays en développement dans leur ensemble sont environ à mi-chemin de la transition démographique allant de taux élevés à des taux inférieurs de fécondité. Les pourcentages de recours aux moyens de contraception que l'on trouve en Amérique du Nord et en Europe septentrionale (75 et 84 %) reflète la fin de cette transition. Les taux de prévalence du recours aux moyens de contraception les plus forts constatés dans tout pays de plus de 3 millions d'habitants sont de 87 % à Hong Kong et de 86 % au Royaume Uni (voir Tableau Web 1).

⁴ Ces pourcentages sont pondérés par importance de la population et font appel aux données des enquêtes EDS et EHR et, pour les pays où elles n'ont pas été menées, d'autres enquêtes représentatives au plan national (voir la méthodologie utilisée au Tableau 2). Les résultats des enquêtes citées dans le présent rapport, commençant au Tableau 3, ne sont pas pondérés en fonction de l'importance de la population, c'est-à-dire que des moyennes simples et des moyennes des données fournies par les pays ont été retenues.

Alors que la discussion qui précède portait pratiquement sur tous les pays industrialisés aussi bien qu'en développement, celle qui suit n'est fondée que sur les données provenant des 71 pays dans lesquels des enquêtes EDS et EHR ont été menées depuis 1990.

Tendances régionales parmi les femmes mariées. La prévalence du recours aux moyens de contraception varie beaucoup entre les 30 pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'enquêtes depuis 1990. Dans cinq d'entre eux — Afrique du Sud, Cap-Vert, Kenya, Maurice et Zimbabwe — plus d'un tiers des femmes mariées utilisent un moyen de contraception. Dans sept autres — Érythrée, Guinée, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria et Tchad — ce chiffre est de 6 % ou moins (voir Tableau 3).

Dans les six pays du Proche Orient et d'Afrique du Nord où des enquêtes ont été effectuées, au moins la moitié des femmes mariées vivant en Égypte, en Jordanie et en Turquie utilisent un moyen de contraception. Par contraste, cette prévalence est la plus faible en Mauritanie (8 %) et au Yémen (13 %). Dans les huit pays d'Asie ayant fait l'objet d'enquêtes, cette prévalence est la plus élevée au Vietnam (75 %) et la plus faible au Pakistan (12 %) pour l'enquête de 1990-91. (Selon de récentes estimations, la prévalence est passée à près de 30 % dans ce dernier pays (85).)

Dans les 16 pays d'Amérique latine et des Caraïbes où des enquêtes ont été menées, la prévalence de l'usage de moyens de contraception est de 75 % ou plus au Brésil, en Colombie, au Costa Rica et à Porto Rico. Par contraste, elle n'est que de 28 % en Haïti. Dans les 11 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ayant fait l'objet d'enquêtes, ce chiffre est de plus de 50 %, à l'exception de la Géorgie (41 %).

Tendances régionales parmi les femmes célibataires sexuellement actives. Dans 35 des 45 pays en développement disposant de données pertinentes, l'usage des moyens de contraception par les femmes célibataires, sexuellement actives, de 15 à 49 ans est supérieur de 5 % ou plus que dans le cas des femmes mariées. Comme ces dernières, les femmes célibataires qui utilisent des moyens de contraception adoptent des méthodes modernes (voir Tableau Web C).



En Égypte, une prestataire de services donne des conseils de planning familial à une cliente. Dans six pays du Proche Orient et d'Afrique du Nord ayant fait l'objet d'une enquête, dont l'Égypte, la prévalence de l'usage des moyens de contraception est en moyenne de 45 %. Elle est la plus élevée en Amérique latine, où elle atteint environ 68 % et la plus faible en Afrique subsaharienne où elle est de 15 %.



Des femmes discutent dans la rue d'un village bolivien. Les moyens de contraception sont moins utilisés dans les zones rurales que dans les zones urbaines de presque toutes les régions du monde. Mais dans les pays où ils sont largement présents, la différence entre les zones rurales et les zones urbaines tend à être moindre que s'ils le sont moins — ce qui reflète la dissémination des idées, de l'information et des services.

En Afrique sub-saharienne, le recours aux moyens de contraception par les femmes célibataires, sexuellement actives et en âge de se reproduire est au moins deux fois plus élevé en moyenne que pour les femmes mariées. Plus de la moitié de cette différence provient d'un usage plus important des préservatifs par les femmes célibataires. L'utilisation de moyens de contraception par les femmes non mariées atteint 50 % ou plus dans 8 des 28 pays de la région ayant fait l'objet d'enquêtes. (Voir p. 30 pour une discussion du recours aux moyens de contraception par les jeunes femmes célibataires.)

Il en va de même dans les 17 pays, sauf trois, d'Amérique latine et des Caraïbes où une enquête a été effectuée et dans les quatre pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale pour lesquels on dispose de données, et où les niveaux d'utilisation de moyens de contraception par les femmes célibataires et sexuellement actives sont égaux ou supérieurs à ceux que l'on constate pour les femmes mariées. Les différences sont cependant moins prononcées que pour l'Afrique sub-saharienne car le recours aux moyens de contraception par les femmes mariées vivant ailleurs est nettement plus important que dans cette région. Nous ne disposons pas de données comparables pour l'Asie ou le Proche Orient et l'Afrique du Nord.

■ Différences d'usage de moyens de contraception entre groupes

Les différences de fécondité entre les divers groupes de femmes — par tranche d'âge, éducation ou lieu de résidence — s'expliquent principalement par les différences de recours aux moyens de contraception.

Age et nombre d'enfants. Tout comme les différences d'âges en ce qui concerne la fécondité (voir p. 7), l'usage de moyens de contraception par les femmes mariées augmente habituellement de niveaux faibles lorsqu'elles ont entre 15 et 19 ans à une pointe entre 30 et 39 ans, puis il baisse à nouveau (voir Tableau Web D).

Le recours aux moyens de contraception a tendance à augmenter en parallèle avec la parité (le nombre d'enfants vivants

qu'une femme a), mais dans certains pays il suit une courbe inverse et chute. Un usage inférieur de ces moyens par les femmes ayant cinq enfants ou plus peut refléter une moindre aptitude à concevoir — et donc moins de chance d'être enceinte — au moment où elles arrivent à la fin de leur cycle reproducteur. De nombreuses femmes ayant une famille nombreuse n'ont en outre probablement que peu ou jamais utilisé de moyens de contraception dans le passé.

Éducation des femmes. Le niveau d'éducation des femmes est étroitement lié au recours aux moyens de contraception (80) aussi bien qu'à la fécondité (voir p. 7). Même après avoir pris en compte d'autres facteurs, les chercheurs ont constamment constaté qu'il est plus probable que les femmes plus éduquées aient recours à des moyens de contraception (38). Même si l'éducation d'un mari a aussi un effet positif, elle est cependant moins importante que celle de la femme (5, 11).

Dans tous les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, l'usage des moyens de contraception est plus élevé chez les femmes dont le niveau d'éducation est supérieur (voir Tableau Web D). Les différences dans ce domaine sont les plus importantes en Afrique subsaharienne où leur utilisation totale est la plus faible de toutes les régions (36). Par contraste, dans les pays où le recours aux moyens de contraception s'est déjà étendu à pratiquement tous les groupes — comme c'est le cas pour le Bangladesh, la Colombie, la Jamaïque et Maurice — les différences sont relativement faibles en ce qui concerne l'usage de moyens de contraception en fonction du niveau d'éducation.

Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir une scolarisation supérieure pour voir augmenter les taux d'usage des moyens de contraception. Le bouche à oreille et les moyens de communication de masse font souvent que les gens sont sensibilisés à la contraception et peuvent disséminer largement dans toute la société la norme d'une famille moins nombreuse.

Résidence en zone rurale ou urbaine. La différence qui est peut-être la plus constante dans les niveaux de recours aux moyens de contraception entre les divers groupes est celle qui a trait au lieu de résidence des femmes, en zone rurale ou urbaine (75). Dans 59 des 60 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête, les taux d'utilisation des moyens de contraception par les femmes mariées des zones rurales sont inférieurs à ceux de celles qui habitent en zone urbaine. La seule exception est la Jamaïque où les niveaux d'usage sont identiques. En ce qui concerne les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ayant fait l'objet d'une enquête, ces différences sont relativement minimes et en Arménie et en Azerbaïdjan, l'utilisation de moyens de contraception est plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Tout comme dans le cas des différences de recours aux moyens de contraception en fonction des niveaux d'éducation, celles que l'on constate entre les zones rurales et urbaines varient entre les pays. Dans ceux où l'utilisation de ces moyens est étendue, ces différences sont moindres que dans ceux où leur prévalence est faible (36) (voir Tableau Web D).

■ Intentions de recours aux moyens de contraception

Les questionnaires demandaient aux femmes mariées n'utilisant actuellement pas de moyen de contraception, y compris les femmes enceintes, si elles avaient l'intention d'y avoir

recours à l'avenir. Le pourcentage de celles qui ont répondu oui varie entre les régions, allant d'environ 41 % au Proche Orient et en Afrique du Nord à 57 % en Amérique latine et dans les Caraïbes (voir Tableau Web E).

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, les niveaux d'intention de recours aux moyens de contraception sont de 40 % en moyenne, allant de 14 % au Tchad à 74 % au Malawi. En Europe de l'Est et en Asie centrale, le pourcentage le plus faible de femmes ayant cette intention est de 36 % en Arménie et d'environ 46 % pour la région en général. Environ la moitié des femmes mariées vivant en Asie ont l'intention d'utiliser le planning familial à l'avenir, de 15 % au Pakistan à 73 % au Népal.

Les intentions d'utilisation des moyens de contraception varient entre les différents groupes de femmes mariées. Celles qui ont davantage d'enfants ont tendance à vouloir y avoir recours sous peu. En outre, alors que celles qui sont au début de leur âge de procréation peuvent avoir l'intention d'utiliser des contraceptifs à un certain moment, elles ont moins tendance à dire qu'elles vont y avoir recours bientôt, probablement parce qu'elles veulent avoir d'autres enfants.

Raisons pour ne pas avoir l'intention d'utiliser des moyens de contraception. Les questionnaires demandaient aussi aux femmes mariées qui n'utilisent actuellement pas de moyens de contraception et n'ont pas l'intention de le faire quelle est la raison principale de leur décision. Ils ne demandaient pas les raisons considérées comme secondaires ou tertiaires, mais ceci peut néanmoins être important (92).

A l'exception de l'Afrique sub-saharienne, la raison principale donnée par les femmes pour leur non utilisation de moyens de contraception est qu'elles n'ont que peu de chances de devenir enceintes — parce qu'elles sont subfertiles, ne sont pas fécondes, ont atteint la ménopause ou ont été stérilisées (voir Tableau Web F). Comme on peut s'y attendre, un grand nombre d'entre elles déclarent ne pas avoir l'intention de se servir de la contraception parce qu'elles sont enceintes ou veulent d'autres enfants — la raison la plus fréquemment donnée en Afrique sub-saharienne.

Parmi les autres raisons souvent avancées, on peut citer les effets secondaires des contraceptifs — la raison principale indiquée par les femmes du Ghana, de Haïti et des Philippines. Dans quelques pays, les raisons liées à des considérations religieuses ou à l'opposition de la personne interrogée ou d'autres personnes au planning familial sont aussi importantes.

Relativement peu de femmes mariées qui n'utilisent pas de moyens de contraception indiquent un manque de connaissances des méthodes de planning familial ou leur origine comme la raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'y avoir recours à l'avenir. De telles réponses sont plus courantes en Afrique sub-saharienne : 10 % en moyenne avec une pointe de 29 % au Tchad. Dans les pays en développement pris dans leur ensemble, moins de 1 % des femmes mariées donnent des raisons ayant trait au manque d'accès au planning familial, aux coûts ou aux difficultés éprouvées pour obtenir certaines méthodes particulières de contraception.

Les différents moyens de contraception

Les moyens particuliers de contraception utilisés par les femmes varient beaucoup d'un pays à un autre. Les méthodes appliquées dans un pays donné sont le reflet de nombreux facteurs, dont la disponibilité des divers moyens possibles et le niveau de sensibilisation de la population à ce sujet, leurs coûts et l'endroit où on peut les obtenir (voir pages 18, 20). Les choix personnels, les normes sociales et la perception de l'acceptation du recours au planning familial affectent aussi les choix retenus en matière de contraception.

Quatre moyens modernes de contraception — stérilisation féminine, contraceptifs administrés par voie orale, injectables et DIU — sont les plus utilisés par les femmes mariées vivant dans les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête. Ils constituent à eux quatre près des trois quarts de tous les moyens contraceptifs utilisés (voir Tableau 3, p. 10).

Stérilisation féminine

La stérilisation féminine est le moyen de contraception le plus populaire en général dans les pays en développement où une enquête a été menée : une moyenne non pondérée de 9 % des femmes mariées y ont été stérilisées (voir Tableau 3, p. 10). Cette méthode n'est cependant la plus largement utilisée que dans 14 des 60 pays en développement ayant fait l'objet d'une



Quatre méthodes modernes de contraception — stérilisation féminine, contraceptifs administrés par voie orale, injectables et DIU — sont généralement largement utilisées par les femmes mariées vivant dans les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête. Les méthodes traditionnelles sont peu utilisées.

30 années d'enquêtes

Le présent rapport est le plus récent d'une série de numéros de **Population Reports** consacrée aux conclusions d'enquêtes sur la fécondité, le planning familial et autres sujets relatifs à la santé dans les pays en développement. Il porte sur les données provenant de 71 pays et de 120 enquêtes EDS ou EHR.

Ces enquêtes, qui permettent la collecte auprès des femmes (et parfois des hommes), d'information sur la fécondité, l'usage des moyens de contraception, la fécondité désirée et autres sujets importants dans le domaine de l'hygiène de la reproduction constituent la meilleure preuve dont on puisse disposer sur les niveaux et tendances de ces indicateurs dans le monde en développement et dans de ceux qui faisaient partie du bloc soviétique. Des enquêtes ont été menées plus d'une fois dans quelque 40 pays (38 dans les régions en développement) depuis 1990, ce qui permet l'étude des tendances. Les données EHRJA ont été incluses lorsque cela est approprié.

Le présent numéro de **Population Reports** couvre 60 pays représentant près de 50 % de la population du monde en développement. Si l'on exclut la Chine, ces enquêtes portent sur environ 71 % du monde en développement. (Bien que Porto Rico soit un Commonwealth librement associé aux Etats-Unis, il est inclus dans ce rapport parce qu'il fait partie du programme des enquêtes EHR. Il figure dans la région Amérique latine et Caraïbes en raison de son emplacement géographique.) Le présent rapport traite séparément des 11 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale qui faisaient partie du bloc soviétique et dans lesquels des enquêtes ont été menées.

A propos des données

Les données présentées ici proviennent principalement de tabulations spéciales extraites des programmes EDS et EHR produites pour le présent rapport ainsi que d'autres provenant du compilateur STAT EDS en ligne. Certaines données diffèrent légèrement de celles qui ont été publiées dans les rapports finaux des pays en raison, principalement, d'une remise à niveau des groupes de données depuis la publication de ces

enquête. Ils sont tous en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes.

La stérilisation est peu utilisée au Proche Orient et en Afrique du Nord ou en Afrique sub-saharienne. Comme on peut s'y attendre, l'accès à la stérilisation féminine est faible ou inexistant dans la plupart des pays où cette méthode est peu employée (32, 93).

Les niveaux de stérilisation féminine sont demeurés à peu près identiques entre les enquêtes dans les 38 pays en développement ou plusieurs enquêtes ont été menées depuis 1990 (voir Tableau Web 3), mais dans trois d'entre eux — Inde, Colombie et Nicaragua — l'usage de cette méthode a augmenté de six pour cent ou davantage entre les enquêtes. En Inde, ce facteur représente à lui seul l'accroissement total de la prévalence du recours aux moyens de contraception modernes entre les enquêtes.

Le recours à la stérilisation par les femmes célibataires en âge de se reproduire est substantiel dans quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes — dont El Salvador avec 26 % des femmes célibataires sexuellement actives et la

derniers (les données compilateur STAT et un grand nombre de rapports finaux des pays peuvent être consultés sur le site <http://www.measuredhs.com/>).

Les enquêtes ne comprennent pas toutes des questions sur tous les sujets évoqués dans le présent rapport, pas plus que toutes les personnes interrogées n'y sont définies de la même façon. Il s'ensuit que le nombre des pays mentionnés dans différentes sections et divers tableaux varie parfois.

Les enquêtes sont effectuées à des années différentes dans les divers pays ; celle durant laquelle chaque enquête a été menée figure sur les tableaux. Les comparaisons font généralement appel aux données des enquêtes les plus récentes pour chaque pays. Pour quelques pays, celles-ci remontent à au moins 12 ans, ce qui est inévitable. La liste des enquêtes incluses dans le présent rapport figure à la page 41.

Les enquêtes EDS et EHR ne couvrent pas tous les pays en développement, ce qui fait que certains tableaux et certaines discussions apparaissant au début de ce numéro comprennent des estimations des niveaux de fécondité et de prévalence des moyens de contraception pour d'autres pays calculés et publiés par les Nations Unies (<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>) et le bureau du recensement des Etats-Unis (<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>).

Un prochain numéro de **Population Reports** comprendra des informations portant sur les attitudes et les comportements des hommes vis-à-vis du planning familial et sur les connaissances et les comportements des hommes aussi bien que des femmes en ce qui concerne le VIH/SIDA.

Des numéros précédents de **Population Reports** comportent les conclusions d'enquêtes effectuées précédemment. Pour les années 1980, voir *La révolution de la procréation : résultats de nouvelles enquêtes*, Série M, N° 11, décembre 1992. Pour les années 1970, voir *Enquêtes sur la fécondité et sur le planning familial : situation actuelle*, Série M, N° 8, septembre-octobre 1985, *Enquêtes sur la prévalence de la contraception : une nouvelle source de données sur le planning familial*, Série M, N° 5, mai-juin 1981 et *L'enquête mondiale sur la fécondité : situation et résultats actuels*, Série M, N° 3, juillet 1979. Ces cinq numéros sont disponibles sur CD-ROM (voir p. 25 pour passer commande).

République dominicaine avec 24 % (voir Tableau Web C). Ces données comprennent nombre de veuves et de divorcées sexuellement actives qui ont choisi la stérilisation après avoir eu des enfants. Pratiquement aucune femme célibataire sexuellement active n'a recours à la stérilisation dans les pays ayant fait l'objet d'une enquête en Afrique sub-saharienne, en Europe de l'Est et en Asie centrale.

Contraceptifs administrés par voie orale

Les contraceptifs administrés par voie orale constituent la seconde méthode de contraception la plus utilisée par les femmes mariées vivant dans les pays en développement où des enquêtes EDS et EHR ont été menées. Elle est la plus populaire en Afrique sub-saharienne et arrive en deuxième position au Proche Orient et en Afrique du Nord, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes (voir Tableau 3, p. 10).

Ce moyen de contraception est le plus largement utilisé dans un tiers des pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête, encore que les femmes mariées en âge de se repro-

duire y ont recours à un taux excédant 15 % au Cap-Vert, à Maurice et au Zimbabwe seulement. Quoi qu'il en soit, le niveau d'utilisation de contraceptifs administrés par voie orale au Zimbabwe — 36 % — est le plus élevé de tous les pays du monde, ce qui reflète l'accent placé par le programme national de planning familial sur leur distribution dans tout le pays.

Le recours à ce moyen de contraception est demeuré approximativement le même dans la plupart des 38 pays en développement ayant fait l'objet d'une ou de plusieurs enquêtes depuis 1990 (voir Tableau Web 3). Leur usage a augmenté le plus au Bangladesh, qui a enregistré un accroissement de cinq pour cent au cours des six ans séparant les enquêtes.

L'usage de contraceptifs administrés par voie orale est souvent plus courant — et beaucoup plus courant dans de nombreux pays — chez les femmes célibataires sexuellement actives que chez les femmes mariées (voir Tableau Web C). Dans presque tous les pays ayant fait l'objet d'une enquête et où l'on dispose de telles données, les femmes célibataires sont plus à même d'utiliser cette méthode que celles qui sont mariées. Cette statistique reflète le fait que peu de femmes célibataires ont recours à la stérilisation.

Contraceptifs injectables

L'administration de contraceptifs injectables est devenue la troisième méthode la plus utilisée par les femmes mariées dans les pays en développement où des enquêtes ont été effectuées depuis 1990, bien que 5 % seulement d'entre elles y aient recours. Dans 15 de ces pays, qui se trouvent pour la plupart en Afrique sub-saharienne, les injections sont le moyen de contraception le plus populaire chez les femmes mariées (voir Tableau 3, p. 10).

Leur utilisation est la plus forte en Afrique du Sud — 23 % des femmes mariées. Parmi les autres pays où ce moyen est largement utilisé, on peut citer l'Indonésie avec 21 % des femmes mariées et le Malawi avec 16 %. Chez les femmes célibataires sexuellement actives en âge de se reproduire, le recours à cette méthode dépasse les 10 % au Kenya, au Guatemala, en Namibie, au Niger et au Paraguay.

L'usage de ce moyen de contraception a augmenté de trois pour cent en moyenne chez les femmes mariées des pays en développement ayant fait l'objet d'une ou de plusieurs enquêtes depuis 1990 dans tous les pays à l'exception du Rwanda. Cet accroissement est le plus net au Malawi avec 14 %, au Pérou avec 13 % et en Haïti et en Indonésie avec 9 % (voir Tableau Web 3).

DIU

Le DIU se place en quatrième position parmi les méthodes de planning familial utilisées par les femmes mariées dans les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête. Il semble que son utilisation ait augmenté dans 14 des 38 pays en voie de développement où une ou plusieurs enquêtes ont été menées depuis 1990, mais cet accroissement a été faible : moins de un demi pour cent en moyenne.

Cette méthode est la plus largement utilisée au Proche Orient et en Afrique du Nord (voir Tableau 3, p. 10). Elle est peu utilisée en Asie et en Afrique sub-saharienne. La seule exception est le Vietnam où 39 % des femmes mariées y ont recours, ce qui reflète l'accent placé par le gouvernement sur sa disponibilité. La Chine — qui n'a pas fait partie du programme des enquêtes EDS et EHR, mais a effectué ses propres recherches sur l'usage des contraceptifs — a des niveaux élevés d'utilisation du DIU, dont se servent 36 % de toutes les femmes mariées en âge de procréer (114). Ce moyen de contraception est le plus utilisé dans la plupart des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ayant fait l'objet d'une enquête.

Chez les femmes célibataires sexuellement actives vivant dans ces pays, les niveaux d'utilisation du DIU sont généralement bas. Parmi les exceptions, on peut citer le Kazakhstan et le Moldova ainsi que plusieurs pays d'Amérique latine, dont l'Équateur, le Honduras et le Nicaragua.

Préservatifs masculins

Malgré leur importance dans le cadre de la protection contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), il est rare que les femmes mariées vivant dans les pays en développement aient recours aux préservatifs à des fins de planning familial⁵. Sur la base des 38 pays en développement où une ou plusieurs enquêtes ont été effectuées depuis 1990, leurs niveaux d'utilisation par les femmes mariées n'ont pas beaucoup changé ces dernières années.

Dans 60 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête, une moyenne de 3 % seulement des femmes mariées dit avoir recours aux préservatifs masculins en tant que moyen de contraception (voir Tableau 3, p. 10). Dans trois pays seulement — Maurice avec 13 %, Costa Rica avec 16 % et la Jamaïque avec 17 % — plus de 10 % des femmes mariées indiquent utiliser les préservatifs à des fins de contraception.

Parmi les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ayant fait l'objet d'une enquête, 19 % des femmes mariées de la République tchèque et 14 % de celles d'Ukraine ont recours aux préservatifs comme moyen de planning familial.

Usage des préservatifs par les femmes célibataires. Les femmes célibataires sexuellement actives et en âge de se reproduire sont plus aptes à indiquer qu'elles utilisent des préservatifs que celles qui sont mariées — en moyenne 16 fois plus en Afrique sub-saharienne et 3 fois plus en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans 11 pays en développement, les niveaux d'utilisation de ce moyen atteignent 20 % ou plus chez les femmes célibataires sexuellement actives (voir Tableau Web C).

Dans les pays où au moins deux enquêtes ont été effectuées auprès des femmes célibataires depuis 1990, le recours aux préservatifs a augmenté de sept pour cent en moyenne. Cet accroissement a été considérable au Paraguay, passant de 3 à 35 % entre les enquêtes de 1990 et de 1998 et au Burkina Faso : de 12 % en 1993 à 36 % entre 1993 et 1998–99.

Autres méthodes modernes

Relativement peu de femmes, mariées ou non, vivant dans les pays en développement utilisent d'autres méthodes modernes de contraception — dont la stérilisation masculine, les méthodes vaginales (diaphragmes, capes cervicales et spermicides), implants ou préservatifs féminins. Dans toutes les régions, le recours aux méthodes vaginales atteint un total de moins de 1 % du recours aux moyens de contraception par les femmes. Les implants sont les plus utilisés par les femmes mariées d'Indonésie, avec 6 %, suivies de celles qui vivent en Haïti, à peine 1 %. Aucun des pays ayant fait l'objet d'une enquête n'enregistre plus de 1 % d'utilisation du préservatif féminin à des fins de contraception.

Stérilisation masculine. A part la Chine et l'Inde, moins de 1 % des femmes des pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête adopte la stérilisation masculine aux fins de

⁵ Les niveaux indiqués d'utilisation des préservatifs aux fins de planning familial diffèrent souvent de ceux qui sont donnés en ce qui concerne la protection contre les IST. Cette différence est due en partie à l'usage extraconjugal qui en est fait. Les hommes aussi bien que les femmes sont de plus en plus à même d'indiquer qu'ils s'en servent pour se protéger contre le VIH/SIDA et les autres IST (voir un prochain numéro de **Population Reports** sur les conclusions d'enquêtes menées auprès des hommes).

contraception. En Inde, ce chiffre est de 2 % et il est de 8 % en Chine. Cette méthode est pratiquement non existante dans les pays d'Afrique sub-saharienne, du Proche Orient et de l'Afrique du Nord où des enquêtes ont été effectuées. Le Népal, avec 6 %, a le taux le plus élevé de stérilisation masculine parmi tous les pays où des enquêtes EDS et EHR ont été menées (voir Tableau 3, p. 10).

Méthodes traditionnelles de planning familial

L'usage des deux moyens de contraception traditionnels — abstinence périodique et retrait — varie beaucoup entre les pays ayant fait l'objet d'enquêtes. Les niveaux d'emploi de ces méthodes sont généralement nettement inférieurs à ceux des moyens modernes, mais un nombre substantiel de femmes y ont néanmoins recours dans certains pays.

Abstinence périodique. Parmi tous les pays où une enquête a été effectuée, le recours à l'abstinence périodique est le plus fréquent en Bolivie, où 20 % des femmes mariées utilisent cette méthode (voir Tableau 3, p. 10). Bien que les niveaux de recours à ce moyen de contraception soient généralement faibles dans l'ensemble des pays en développement, elle est la plus utilisée par les femmes mariées de 12 pays d'Afrique sub-saharienne sur 30 — mais avec une moyenne de 4 % seulement. En outre, 10 % des femmes célibataires sexuellement actives et en âge de se reproduire vivant dans cette région disent utiliser l'abstinence périodique.

Retrait. En Afrique sub-saharienne, 2 % seulement des femmes mariées ont recours à la méthode du retrait, mais avec une pointe de 16 % à Maurice. L'usage de ce moyen de contraception est en moyenne de 7 % au Proche Orient et en Afrique du Nord, mais atteint 24 % en Turquie. Il est de 4 % en moyenne en Asie, avec une pointe à 12 % au Vietnam. En Amérique latine et dans les Caraïbes, cette méthode est utilisée en moyenne par 3 % des femmes, sans grandes variations entre les divers pays de la région (voir Tableau 3, p. 10).

En Europe de l'Est et en Asie centrale, le retrait est la méthode la plus utilisée de toutes, qu'elles soient traditionnelles ou modernes, dans 6 des 11 pays ayant fait l'objet d'une enquête. Son niveau d'utilisation atteint 41 % en Azerbaïdjan. Un grand nombre de femmes célibataires de ces pays déclarent aussi avoir recours à cette méthode à des fins de contraception (voir Tableau Web C).

Méthode de l'aménorrhée de la lactation

Un grand nombre de femmes déclarent utiliser l'aménorrhée de la lactation en tant que moyen de contraception. Nombre d'entre elles croient se servir de l'alimentation au sein comme d'un moyen de contraception, mais les études démontrent qu'en fait l'usage correct de cette méthode est limité. Pour qu'une mère s'en serve, il faut que trois conditions soient remplies : qu'elle nourrisse au sein tout le temps ou presque, que l'accouchement ait eu lieu moins de six mois plus tôt et que les règles ne soient pas revenues (41, 63). Si une femme sexuellement active ne répond pas à ces trois critères, elle n'applique pas correctement cette méthode et est donc à risque d'une grossesse non désirée, sauf si elle utilise en même temps un autre moyen de contraception.

La plupart des femmes alimentant leurs nourrissons au sein et ayant répondu à l'enquête — de 50 % au Pérou à 94 % au Mali — déclarent qu'elles utilisent cette méthode pour éviter une autre grossesse. Cependant, dans 12 pays étudiés un faible nombre de ces femmes répondaient aux critères mentionnés précédemment — de 3 % en Haïti à 20 % au Mali (50).

Contraception — Sensibilisation et disponibilité

Pour utiliser les moyens de contraception, il faut que les gens sachent qu'ils existent, qu'ils considèrent leur usage comme étant bénéfique et qu'ils puissent avoir accès aux méthodes auxquelles ils veulent avoir recours. Selon les résultats des enquêtes, la sensibilisation aux moyens de contraception est pratiquement universelle chez les femmes mariées des pays en développement et la plupart des gens approuvent le planning familial.

Les moyens de communication de masse, et surtout la télévision et la radio, sont les principales sources d'informations sur le planning familial dans la plupart des pays. La plupart des femmes qui ont entendu parler de la contraception savent aussi comment y avoir accès. Les sources des moyens de contraception, qu'elles soient publiques, privées ou autres, varient considérablement d'un pays à un autre.

Sensibilisation et approbation

Dans 37 des 60 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête, au moins 95 % des femmes mariées connaissent au moins un moyen de contraception (moderne ou traditionnel)⁶. Dans 36 pays, au moins 95 % connaissent au moins une méthode moderne (voir Tableau 4).

Même dans les zones rurales 70 % des femmes mariées ou plus connaissent au moins un moyen de contraception moderne, sauf dans plusieurs pays africains. Les différences entre les zones urbaines et rurales ont tendance à être moindre en ce qui concerne la sensibilisation aux moyens de contraception que celles qui ont trait à leur usage. Dans 13 des 60 pays où des enquêtes ont été effectuées, les femmes vivant dans les zones rurales sont aussi susceptibles que celles des zones urbaines de connaître au moins une méthode moderne. Par contre, dans 17 pays, cette sensibilisation est plus élevée d'entre 15 et 42 pour cent chez les femmes des zones urbaines que chez celles des zones rurales. Sur ces 17 pays, 12 se situent en Afrique sub-saharienne, les autres étant la Bolivie, le Guatemala, la Mauritanie, le Pakistan et le Yémen (voir Tableau Web G).

La connaissance de moyens de contraception particuliers varie beaucoup entre les pays ayant fait l'objet d'une enquête (voir Tableau 4). Par exemple, celle des contraceptifs administrés par voie orale est très répandue, mais dans quelques pays moins de la moitié des femmes mariées sont au courant de leur existence. Il en va de même pour les préservatifs masculins qui font partie des moyens de contraception les plus connus dans le monde, mais moins de la moitié des femmes mariées connaissent cette méthode dans huit pays où une enquête a été menée.

Il est certes nécessaire d'avoir entendu parler d'au moins une méthode de contraception pour pouvoir s'en servir, mais il est essentiel d'en connaître toute une gamme si l'on veut pouvoir faire un choix informé en matière de planning familial et

⁶ Pour les enquêtes EDS, il a tout d'abord été demandé aux personnes interrogées de nommer toutes les méthodes de contraception dont elles avaient entendu parler. On leur a ensuite demandé si elles reconnaissaient une des méthodes qu'elles n'avaient pas mentionnées en premier lieu. Les données figurant dans le présent rapport comprennent les réponses spontanées et celles qui ont été données ensuite.

Tableau 4. Connaissance des méthodes de contraception par les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 1990-2001

Région, pays et année	% connaissant					% connaissant				
	Toute méthode	Toute méthode moderne	Toute méthode moderne (sauf méth. coite)	Déclaration féminine	Déclaration masculine	Toute méthode	Toute méthode moderne	Toute méthode moderne (sauf méth. coite)	Déclaration féminine	Déclaration masculine
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE										
Afrique du Sud 1998	98	98	46	78	44	95	80	89	98	89
Bénin 2001	92	91	62	56	21	78	37	85	79	13 ^d
Burkina Faso 1995-99	79	77	42	30	15	65	33	60	57	21
Cameroon 1998	//	//	67	37	11	60	60	69	30	20
Cap-Vert 1998	100	100	73	97	38	99	89	97	98	44
Comores 1998	98	98	77	89	26	94	63	90	94	15
Côte d'Ivoire 1998-99	89	87	62	44	15	74	30	83	69	18
Erythée 1998	61	62	33	24	6	60	17	35	51	7
Ethiopie 2000	86	85	24	24	5	82	10	29	70	4 ^e
Gabon 2000	95	95	86	54	18	86	80	97	37	17 ^d
Ghana 1998	94	93	73	70	29	83	55	86	83	46
Gambie 1999	70	69	26	33	4	63	15	55	5	6
Kenya 1998	98	98	77	88	53	97	80	93	95	37
Madagascar 1997	72	69	49	43	21	55	29	50	60	13
Malawi 2000	99	98	61	80	60	95	70	92	96	26 ^d
Mal 2001	78	76	39	33	13	68	21	67	37	11 ^d
Maurice 1991	100	100	N/D	90	88	99	88	95	94	73
Mocambique 1997	62	60	13	28	4	57	43	40	53	3
Namibie 1992	90	90	40	60	27	82	41	71	85	15
Niger 1998	80	75	23	42	11	60	33	40	63	18
Nigeria 1998	44	41	18	19	7	34	20	22	14	7
Ouganda 2000-01	98	98	62	79	39	94	53	88	93	20 ^d
Rep. centrafricaine 1994-95	79	69	57	49	26	45	13	59	36	11
Républ. 2000	97	97	78	61	18	83	38	90	88	9
Sénégal 1997	86	83	54	58	7	74	54	67	58	21
Tanzanie 1999	95	95	62	69	30	93	60	87	80	23
Tchad 1995-97	46	43	18	26	5	28	6	25	26	2
Togo 1998	97	94	91	63	24	77	25	86	87	41
Zambie 1998	98	98	75	73	70	93	48	94	60	30
Zimbabwe 1999	99	99	66	64	43	98	70	94	93	13 ^d
Proche-Orient et Afrique du Nord										
Egypte 2000	100	100	78	75	16	100	100	68	99	58
Jordanie 1997	100	100	99	96	31	100	100	81	92	72
Mars 1992	99	99	72	85	7	99	87	72	62	51
Mauritanie 2000-01	71	68	38	16	6	64	34	34	57	4
Turquie 1998	99	99	91	83	45	96	97	85	76	31
Yaman 1997	84	79	63	48	24	76	64	74	66	19
Asie										
Bangladesh 1999-2000 ^a	100	100	79	90	77	100	90	90	90	90
Cambodge 2000	96	95	51	64	47	90	85	79	90	1
Asie de l'Est et Asie centrale										
Arménie 2000	99	98	91	48	20	83	93	90	89	21 ^d
Azerbaïdjan 2001	88	87	65	38	8	58	83	58	10	11
Géorgie 1999 ^b	98	97	85	51	14	73	96	91	5	14
Kazakhstan 1999	100	100	100	89	38	11	89	99	95	60
Moldave 1997	100	99	96	77	27	67	100	97	25	27
Ouzbékistan 1996	96	96	39	27	N/D	76	95	54	64	18
Républ. Kirgize 1997	100	100	81	59	N/D	73	100	85	67	30
Républ. tchèque 1993	100	100	97	82	67	99	97	99	N/D	89
Roumanie 1999 ^c	100	99	98	79	40	92	95	90	N/D	51
Turkmenistan 2000	99	99	60	42	31	79	99	68	75	16 ^d
Ukraine 1999 ^d	100	100	96	71	48	91	99	99	91	67
Océanie										
Moyenne (non pondérée)	98	98	82	57	30	80	96	85	45	36
TOUS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT										
Moyenne	98	97	62	74	31	92	67	86	67	23
Moyenne (non pondérée)	91	90	62	70	39	84	63	76	78	31
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE										
Arménie 2000	99	98	91	48	20	83	93	90	89	21 ^d
Azerbaïdjan 2001	88	87	65	38	8	58	83	58	10	11
Géorgie 1999 ^b	98	97	85	51	14	73	96	91	5	14
Kazakhstan 1999	100	100	100	89	38	11	89	99	95	60
Moldave 1997	100	99	96	77	27	67	100	97	25	27
Ouzbékistan 1996	96	96	39	27	N/D	76	95	54	64	18
Républ. Kirgize 1997	100	100	81	59	N/D	73	100	85	67	30
Républ. tchèque 1993	100	100	97	82	67	99	97	99	N/D	89
Roumanie 1999 ^c	100	99	98	79	40	92	95	90	N/D	51
Turkmenistan 2000	99	99	60	42	31	79	99	68	75	16 ^d
Ukraine 1999 ^d	100	100	96	71	48	91	99	99	91	67
Moyenne (non pondérée)										
Moyenne	100	99	89	58	27	79	97	91	51	22
Moyenne (non pondérée)	98	98	82	57	30	80	96	85	45	36

1. Les données ont été pondérées en fonction du nombre de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans. 2. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 3. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 4. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 5. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 6. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 7. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 8. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 9. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 10. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 11. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 12. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 13. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 14. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 15. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 16. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 17. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 18. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 19. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 20. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 21. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 22. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 23. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 24. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 25. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 26. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 27. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 28. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 29. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 30. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 31. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 32. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 33. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 34. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 35. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 36. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 37. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 38. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 39. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 40. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 41. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 42. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 43. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 44. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 45. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 46. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 47. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 48. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 49. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 50. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 51. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 52. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 53. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 54. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 55. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 56. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 57. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 58. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 59. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 60. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 61. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 62. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 63. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 64. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 65. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 66. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 67. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 68. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 69. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 70. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 71. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 72. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 73. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 74. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 75. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 76. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 77. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 78. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 79. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 80. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 81. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 82. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 83. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 84. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 85. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 86. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 87. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 88. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 89. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 90. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 91. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 92. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 93. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 94. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 95. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 96. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 97. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 98. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 99. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. 100. Les données sont basées sur des enquêtes de terrain. N/D : Non disponible.

accroître la probabilité de recours aux moyens de contraception. Il est capital de pouvoir changer de méthode pour continuer à utiliser le planning familial. Lorsqu'ils disposent d'une gamme de moyens, les gens en changent lorsque leurs besoins en font autant au lieu d'avoir recours à un moyen qui finit par s'avérer inapproprié ou insatisfaisant ou de tout simplement arrêter tout recours aux moyens de contraception (128).

Le nombre moyen de méthodes de contraception que les femmes connaissent varie énormément d'un pays à un autre. A une extrême parmi les pays où une enquête EDS a été effectuée, les Tchadiennes ne connaissent en moyenne que 1,4 méthode de contraception. A l'autre, les femmes qui vivent au Bangladesh, en Colombie, en République dominicaine, en Jordanie et au Pérou en connaissent en moyenne neuf.

Approbation du planning familial. Dans 27 des 50 pays pour lesquels on dispose de données, plus de la moitié des femmes mariées déclarent approuver le planning familial et penser que leurs maris sont d'accord (voir Tableau Web H). Parmi 24 pays en développement situé en dehors de l'Afrique sub-saharienne, seuls la Mauritanie, le Pakistan et le Yémen signalent une approbation commune inférieure à 50 %.

De nombreuses femmes approuvent le planning familial alors que ce n'est peut-être pas le cas pour leurs maris. En Afrique sub-saharienne, quelle que soit l'opinion du mari, le taux d'approbation des femmes est de 74 % en moyenne. Ailleurs, il va de 76 % au Proche Orient et en Afrique du Nord à 88 % en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Moyens de communication de masse

Les programmes de planning familial dépendent souvent des campagnes organisées dans les moyens de communication de masse pour informer la population au sujet de la contraception et influencer les normes relatives au planning familial. La télévision, la radio et d'autres médias ont une forte influence sur les attitudes et les comportements vis-à-vis du planning familial et de la fécondité (13, 83).



Population Services International (PSI)

En Zambie, deux jeunes hommes lisent pour un programme radio consacré à l'éducation de leurs pairs. La radio, la télévision et autres moyens de communication de masse ont une très forte influence sur les attitudes et le comportement des gens vis-à-vis des normes sociales relatives au planning familial.

Dans tous les pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête, les messages portant sur le planning familial diffusés par la radio atteignent un plus grand nombre de femmes que ce n'est le cas pour la télévision (voir Tableau 5). Ailleurs, par contre, dans 20 pays sur 32, en particulier en Europe de l'Est et en Asie centrale, davantage de femmes obtiennent des informations à ce sujet grâce à la télévision. La diffusion de messages sur le planning familial par les moyens de communication de masse et en particulier par la radio et la télévision atteint un plus grand nombre de personnes depuis 1990 (voir Tableau Web 5).

Approbation des messages relatifs au planning familial. La plupart des femmes vivant dans le monde en développement estiment que les messages relatifs au planning familial sont acceptables et les niveaux d'approbation sont en hausse. Dans tous les pays où une enquête a été menée, à l'exception du Tchad et du Pakistan, plus de la moitié des femmes déclarent que les messages relatifs au planning familial sont acceptables — d'une moyenne de 74 % en Afrique sub-saharienne à 91 % en Amérique latine et aux Caraïbes (voir Tableau 5). Le niveau d'acceptation s'est accru dans huit des dix pays dans lesquels au moins deux enquêtes ont été effectuées depuis 1990 (voir Tableau Web 5).

Disponibilité du planning familial

Les enquêtes EDS comprennent depuis récemment une « évaluation de la prestation de services » (EPS), qui permet de collecter des informations sur la disponibilité et la qualité des services de planning familial, pour les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA et la santé maternelle et infantile. Les enquêtes EPS diffèrent de celles qui les ont précédées et portaient sur la disponibilité des services en ce sens qu'elles collectent des données à partir d'un échantillon national représentatif de tous les types d'installations concernées — des dispensaires aux hôpitaux — des secteurs public et privé au lieu des réponses apportées par les responsables de la santé et les dirigeants communautaires.

Les deux premières évaluations, effectuées au Kenya en 1999 et au Bangladesh en 1999–2000, ont constaté que 88 et 85 %, respectivement, des installations sanitaires de ces deux pays assuraient des services de planning familial. Dans les deux pays, 89 % des installations sanitaires fournissaient des contraceptifs injectables. Pour les préservatifs, les chiffres sont de 88 % au Kenya et de 96 % au Bangladesh. En ce qui concerne les DIUs, ils sont de 51 % au Kenya et de 87 % au Bangladesh. Au Kenya, seules 11 % des installations sanitaires offraient la stérilisation féminine, contre 37 % au Bangladesh (74, 99). Des rapports sur la prestation des services dans ce domaine sont presque terminés pour l'Égypte, le Ghana, le Mexique et le Rwanda et sont prévus pour d'autres pays.

Connaissance des sources. Les enquêtes EDS menées auprès des ménages mesurent comment chaque personne *perçoit* la disponibilité des services de planning familial. Dans les pays pour lesquels on dispose de telles informations, la plupart des femmes déclarent savoir où obtenir un moyen de contraception (36). Par exemple, dans 9 pays sur 11 situés en dehors de l'Afrique sub-saharienne disposant de telles données, 90 % des femmes mariées ou plus savent où avoir accès à au moins une méthode moderne. Les exceptions sont le Pakistan et le Yémen, où ces chiffres sont de 45 % et de 27 %, respectivement (36).

En Afrique sub-saharienne, la connaissance de sources de moyens de contraception modernes varie énormément d'un pays à un autre. Dans quatre pays, plus de 80 % des femmes mariées savent où s'en procurer alors que c'est le cas de moins de la moitié dans six autres.

Tableau 5. Exposition aux moyens de communication de masse

Exposition aux moyens de communication et acceptabilité des messages de planification familiale (PI), toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, 1990-2001

Région, pays et année	% ayant										% ayant									
	Entendu des messages sur la PI					Entendu des messages sur la PI					Entendu des messages sur la PI					Entendu des messages sur la PI				
	Toutes les radio au moins une fois par jour	Reçoit la radio au moins une fois par semaine	Au moins une fois par jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par jour	Au moins une fois par semaine	Toutes les radio au moins une fois par jour	Reçoit la radio au moins une fois par semaine	Au moins une fois par jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par semaine	Toutes les radio au moins une fois par jour	Reçoit la radio au moins une fois par semaine	Au moins une fois par jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par semaine			
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE																				
Afrique du Sud 1998	72	61	24	66	7	19	42	94	94	ND	29	35	10	25	14	29	15	ND	ND	ND
Bénin 2001	63	22	10	52	2	16	14	70	70	ND	ND	56	10	74	5	69	61	ND	ND	ND
Burkina Faso 1998-99	ND	18	13	31	2	9	7	76	76	ND	ND	46	10	38	16	44	20	ND	ND	ND
Cameroon 1998	ND	34	33	19	5	17	12	69	69	ND	50	78	4	23	20	38	19	66	78	66
Comores 1996	51	ND	25	19	25	1	7	81	81	ND	39	23	37	55	4	22	10	ND	ND	ND
Côte d'Ivoire 1990-99	ND	30	13	32	6	27	19	80	80	ND	NA	50	5	16	5	16	11	NA	NA	NA
Erythrée 1995	35	ND	18	26	36	0	11	10	57	ND	NA	80	11	67	14	71	56	90	90	90
Ethiopie 2000	11	ND	4	13	16	1	4	ND	ND	64	ND	77	8	77	9	79	70	97	97	97
Gabon 2000	ND	30	94	51	47	6	44	91	91	ND	45	51	10	47	11	41	23	90	90	90
Ghana 1998	ND	59	19	51	3	34	32	82	82	43	50	53	12	47	11	46	35	85	85	85
Guinée 1999	ND	76	73	26	45	3	21	18	73	ND	76	71	13	46	11	45	34	87	87	87
Kenya 1998	ND	58	26	36	52	2	10	16	91	ND	81	ND	8	41	20	62	33	98	98	98
Madagascar 1997	ND	40	14	17	73	1	7	67	67	ND	69	61	16	46	9	39	31	78	78	78
Malawi 2000	52	ND	4	63	69	0	6	5	ND	ND	81	ND	8	41	20	62	33	98	98	98
Mal 2001	67	ND	31	24	31	1	30	77	ND	ND	69	61	16	46	9	39	31	78	78	78
Mozambique 1997	ND	27	10	13	16	1	5	52	52	62	ND	31	21	47	1	27	26	ND	ND	ND
Namibie 1992	81	ND	75	ND	ND	ND	ND	77	77	NA	NA	ND	14	23	6	15	9	NA	NA	NA
Niger 1998	ND	51	25	20	30	1	11	11	75	ND	76	68	15	64	9	58	49	96	96	96
Nigeria 1990	54	ND	36	25	ND	ND	ND	96	96	NA	NA	65	15	57	13	55	42	ND	ND	ND
Ouganda 2000-01	65	ND	10	53	62	0	9	9	ND	ND	67	84	8	39	20	57	37	ND	ND	ND
Répub. centrafricaine 1994-95	65	ND	14	35	43	0	7	87	87	ND	67	84	8	39	20	57	37	ND	ND	ND
Rwanda 2000	39	ND	6	31	35	0	4	4	ND	62	71	68	14	46	11	48	32	96	96	96
Senegal 1997	ND	ND	12	34	5	10	13	71	71	62	72	67	13	44	13	45	31	91	91	91
Tanzanie 1999	28	ND	4	37	42	1	5	5	ND	53	47	31	14	39	5	22	16	81	81	81
Togo 1998	ND	33	5	23	26	0	4	3	41	53	47	31	14	39	5	22	16	81	81	81
Tchad 1996-97	ND	33	5	23	26	0	4	3	41	53	47	31	14	39	5	22	16	81	81	81
Zambie 1996	ND	36	29	24	39	2	18	15	87	52	47	40	18	40	8	30	22	78	78	78
Zimbabwe 1999	ND	45	32	22	47	3	20	25	ND	52	47	40	18	40	8	30	22	78	78	78
Médiane	54	33	25	23	38	2	11	10	75	66	66	66	20	34	41	55	14	93	93	93
Moyenne (non pondérée)	53	36	26	25	38	2	16	14	74	66	66	66	20	34	41	55	14	93	93	93
PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD																				
Egypte 2000	72	ND	93	1	65	31	96	61	ND	32	ND	88	1	42	46	87	41	ND	ND	ND
Jordanie 1997	44	ND	89	7	36	35	90	55	96	21	ND	43	5	8	7	10	3	75	75	75
Maroc 1992	76	ND	65	7	14	6	12	7	92	66	ND	91	20	34	41	55	14	93	93	93
Mauritanie 2000-01	ND	21	27	10	31	2	23	21	62	ND	56	94	2	16	42	56	14	93	93	93
Turquie 1998	ND	ND	1	11	38	48	10	89	89	ND	ND	ND	35	65	49	79	30	ND	ND	ND
Yémen 1997	31	ND	34	11	25	8	22	14	61	ND	31	94	1	15	25	39	14	ND	ND	ND
Médiane	58	21	65	4	28	19	35	17	89	58	50	92	ND	ND	37	ND	ND	85	85	85
Moyenne (non pondérée)	56	21	61	5	33	20	40	20	80	43	44	85	8	28	35	54	19	84	84	84

* Femmes âgées de 15 à 44 ans

1 A la radio

2 Données non disponibles pour 2000

NA - Non disponible

Population Repard

Alors que la plupart des femmes qui sont au courant des moyens de contraception savent aussi où les obtenir, il existe dans certains pays on constate un gouffre entre la connaissance d'une méthode de contraception et de l'endroit où l'obtenir. Au Burkina Faso, par exemple, 63 % des femmes mariées connaissent un moyen de contraception moderne, mais 28 % seulement savent où y avoir accès. Des écarts substantiels sont aussi constatés au Niger, au Pakistan, au Sénégal et au Yémen (36).

Sources publiques, privées et autres. Dans le monde en développement en général, c'est le secteur public qui est le principal fournisseur de moyens de contraception (36). Au Proche Orient et en Afrique du Nord et en Amérique latine et dans les Caraïbes, plus de la moitié des moyens de contraception administrés par voie orale ou par injection proviennent cependant de fournisseurs privés. En Afrique sub-saharienne et en Asie, plus de la moitié des préservatifs proviennent de sources privées.

Ces sources varient en fonction des types de contraceptifs. Dans de nombreux pays plus de la moitié des personnes faisant appel à des méthodes cliniques, comme la pose de DIU ou les injections, les obtiennent dans des installations gouvernementales fixes. En dehors de l'Afrique sub-saharienne, par contre, les pharmacies privées sont une source importante de moyens de contraception tels que les préservatifs et ceux qui sont administrés par voie orale (36).

Autres influences directes sur la fécondité

Plusieurs facteurs autres que le recours aux moyens de contraception ont une influence directe sur les taux de fécondité (17). Parmi ces « facteurs déterminants immédiats » on peut citer l'âge des femmes au moment de leur premier mariage ou de leur première union (légal, consensuelle ou autre), la durée de l'impossibilité de conception après l'accouchement et l'avortement provoqué.

Ces facteurs sont particulièrement importants pour expliquer les taux et la baisse de la fécondité lorsque l'accès aux informations et aux services de planning familial est minime et que le recours aux moyens de contraception n'a donc pas joué un rôle important (15). Selon certains chercheurs, l'usage des moyens de contraception devient tellement prévalent que toute augmentation future dans ce domaine est improbable et d'autres facteurs déterminants immédiats seront appelés à avoir une influence relativement plus importante dans tout changement à venir au niveau de la fécondité (48).

De nombreux facteurs autres que ces facteurs directs — sociaux, économiques et culturels et les mesures prises dans le domaine du planning familial — ont bien entendu une influence sur la fécondité, mais celle-ci est indirecte. Ils l'affectent au niveau d'un ou plusieurs facteurs déterminants immédiats. L'amélioration du statut et celle du niveau d'éducation des femmes, par exemple, sont au nombre de ces facteurs indirects. Ils font que les femmes se marient souvent plus tard et ont recours aux moyens de contraception, deux des facteurs qui affectent directement la fécondité.

Age au premier mariage

L'âge auquel les femmes ont leur premier rapport sexuel et risquent donc d'être enceintes et d'avoir des enfants a un effet important sur la fécondité : plus elles sont âgées, plus leur fécondité potentielle pendant la durée de leur vie baisse.

Certaines grossesses ont lieu avant le mariage, mais l'âge auquel celui-ci a lieu (ou, dans certains pays, l'âge au moment d'une union consensuelle) représente souvent le début d'une activité sexuelle régulière.

Dans les pays ayant fait l'objet d'une enquête, en Afrique du Nord et au Proche Orient, l'âge moyen au moment du premier mariage est passé de moins de 18 pour les femmes les plus âgées (entre 45 et 49 ans au moment où l'enquête a été menée) à 20,6 pour celles ayant entre 25 et 29 ans (voir Tableau Web I). Des pressions à la baisse moins spectaculaires apparaissent en Afrique sub-saharienne et en Asie, mais pas en Amérique latine et dans les Caraïbes où l'âge moyen au moment du premier mariage semble être resté à presque exactement 20 ans pendant deux décennies ou davantage.

Se marier plus tard contribue à faire baisser le taux de fécondité, en particulier lorsque celle-ci n'est que peu régulée pendant le mariage. Il est difficile de mesurer la relation précise qui existe entre le mariage et la fécondité, mais les enquêtes font ressortir une forte relation inverse entre l'âge moyen au moment du mariage et l'ISF d'un pays.

Les femmes mariées ne sont pas toutes à risque d'être enceintes alors que certaines femmes célibataires le sont parce qu'elles sont sexuellement actives (voir p. 27). Une étude menée auprès des Nigérianes en 1990 révèle par exemple que 36 % des femmes mariées ont indiqué ne pas être sexuellement actives — plus de 80 % de celles-ci en raison d'une abstinence après l'accouchement. Dans le même temps, 38 % des femmes célibataires ont déclaré l'être (26).

Non susceptibilité post-partum

La non susceptibilité post-partum à la grossesse provient de l'aménorrhée post-partum, qui intervient entre la naissance de l'enfant et la reprise de l'ovulation, et l'abstinence en matière de rapports sexuels après l'accouchement. La durée de l'aménorrhée post-partum est principalement fonction de celle de l'alimentation au sein et de son intensité (61, 105).

La durée de la non susceptibilité post-partum est de loin la plus longue en Afrique sub-saharienne, où elle atteint une moyenne de plus de 15 mois. Dans les 28 pays sauf cinq pour lesquels on dispose de données à ce sujet, cette durée s'explique principalement par l'aménorrhée post-partum. Elle est nettement moindre dans les autres régions (voir Tableau Web J). Dans tous les pays autres que ceux d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une étude, la durée de l'aménorrhée post-partum est supérieure à celle de l'abstinence après l'accouchement.

Dans le monde entier, dans 30 pays pour lesquels on dispose de données provenant de deux enquêtes effectuées depuis 1990, la baisse de la durée de la non susceptibilité post-partum à la grossesse est généralement faible (un demi-mois en moyenne). Ces changements n'ont eu que peu d'effets sur les niveaux de fécondité.

Avortement provoqué

Un grand nombre de femmes enceintes vivant dans les pays où elles tentent de limiter leur fécondité, mais où les services de planning familial sont inadéquats, ont recours à l'avortement pour éviter des naissances non désirées (24, 58). Les enquêtes constatent que le pourcentage de femmes indiquant avoir eu au moins un avortement varie beaucoup dans les pays où l'avortement est légal et bien documenté, comme en Europe de l'Est et en Asie centrale.

Les taux d'avortement sont élevés dans certains pays. Par exemple, 47 % des Arméniennes, 43 % des Géorgiennes et

des Ukrainiennes et 40 % des femmes du Kazakhstan ont eu au moins un avortement (voir Tableau Web K). A l'autre extrême 7 % seulement des femmes interrogées en Haïti disent en avoir eu au moins un. Il n'existe cependant pas d'estimations fiables pour les niveaux d'avortement dans la plupart des pays.

En règle générale, les pourcentages de femmes indiquant avoir eu au moins un avortement sont plus élevés dans les zones urbaines et parmi celles qui sont plus éduquées. Comme on peut s'y attendre, le pourcentage de celles qui ont eu recours à cette procédure augmente aussi avec l'âge des femmes. L'analyse des données d'enquêtes EHR effectuées au Kazakhstan, en République kirghize et en Ouzbékistan a cependant trouvé la preuve d'un déclin de l'avortement : les jeunes femmes étaient plus à même que leurs aînées d'utiliser un moyen de contraception après la naissance de leur premier enfant, ce qui fait baisser les niveaux d'avortement dans les tranches d'âges plus jeunes (137).

L'accroissement des taux d'utilisation des moyens de contraception fait en fin de compte baisser celui des avortements dans les pays où cette méthode a été largement utilisée (54, 67). En Asie centrale et dans certains pays d'Europe de l'Est, par exemple, les moyens de contraception sont davantage disponibles et il semble qu'ils remplacent l'avortement en tant que méthode de contrôle des naissances (101). L'analyse des données provenant de trois républiques d'Asie centrale estime qu'il y a une réduction de 13 à 20 % des avortements par tranche de 10 % d'augmentation de l'usage des moyens de contraception (132, 137).

Le pourcentage de femmes mariées ayant recours à des méthodes modernes de contraception a augmenté de 14 à 30 % en Roumanie entre 1993 et 1999 (voir Tableau Web 3). Dans le même temps, le taux total d'avortements provoqués (c'est-à-dire le nombre total d'avortements qu'une femme pourrait avoir pendant tout le temps où elle peut se reproduire, aux taux particuliers d'avortements à ce moment) a chuté de 3,4 à 2,2 avortements par femme (102, 103) (voir Tableau Web K).

Il peut y avoir une baisse des taux d'avortement sans augmentation généralisée du recours aux moyens de contraception si les couples passent à des méthodes de planning familial plus efficaces. Ils ont baissé en Turquie parce que de nombreuses femmes ont adopté des moyens de contraception modernes au lieu de se fier aux méthodes traditionnelles dont les taux d'échec sont élevés. Il en est résulté un nombre plus faible d'échecs de la contraception et donc moins de recours à l'avortement provoqué (54, 101).

Stérilité

Les enquêtes suggèrent que le problème de la stérilité est particulièrement grave en Afrique sub-saharienne. Celle-ci est cependant difficile à définir (16) et encore plus à mesurer. On peut définir le niveau de « stérilité primaire » comme étant le pourcentage de femmes qui n'ont jamais donné naissance ou dont la grossesse s'est toujours terminée par un mort-né. On estime que le niveau minimum de stérilité primaire est d'en-

viron 3 % (22). Celui de « stérilité secondaire » est le pourcentage de femmes en âge de se reproduire qui ont donné naissance, mais ne peuvent plus le faire (16).

Les niveaux de stérilité primaire sont mesurés en fonction du pourcentage de femmes sans enfants après un certain nombre d'années de mariage (le plus souvent sept) ou, pour celles qui ne sont plus en âge de se reproduire, le pourcentage de celles qui sont sans enfants. Ces niveaux sont les plus élevés en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest — dont le Cameroun, la République centrafricaine, le Tchad, le Niger et le Nigeria (65).

Les niveaux de stérilité secondaire sont mesurés en fonction du pourcentage de femmes qui ont donné naissance mais n'ont pas eu d'enfants depuis un certain nombre d'années (le plus souvent sept) (65). Ils varient davantage d'un pays à un autre que ceux de stérilité primaire. Ils sont aussi considérablement plus élevés. Ils sont par exemple supérieurs à 20 %

chez les femmes âgées de 20 à 44 ans vivant au Cameroun, en République centrafricaine, au Lesotho, en Mauritanie et au Mozambique (65). Parmi les pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête, ils sont les plus faibles au Burundi, au Rwanda et au Togo — environ 5 %.

Un fort taux de stérilité peut avoir un effet marqué sur les taux de fécondité d'un pays. Si, par exemple, les faibles taux de stérilité que l'on constate au Burundi se retrouvaient dans des pays où ils sont nettement plus élevés, les taux de fécondité de ces derniers seraient supérieurs d'un enfant ou plus aux taux actuels (65).

■ Comparaison des influences directes

De tous les facteurs ayant une influence directe sur la fécondité, le recours aux moyens de contraception est de loin le plus important pour les responsables et directeurs de programmes d'hygiène de la reproduction. D'autres facteurs déterminants secondaires ont néanmoins une influence notable sur la fécondité dont ils peuvent affecter les niveaux futurs. Par exemple, le fait que les femmes se marient plus tard a contribué à la baisse récente des taux de fécondité de nombreux pays,

en particulier en Asie et au Proche Orient et en Afrique du Nord (124).

Une étude effectuée dans quatre pays d'Afrique sub-saharienne sur l'importance relative des différents facteurs secondaires a constaté que les déclinés de la fécondité étaient plus accentués qu'on ne s'y attendait en se basant sur la seule augmentation du recours aux moyens de contraception. Si leur usage accru entre en compte pour une bonne part de cette baisse, d'autres facteurs y ont aussi contribué directement (15).

Parmi ces facteurs, on peut citer l'utilisation de moyens de contraception plus efficaces, des mariages et rapports sexuels intervenant plus tard et des rapports moins fréquents par les femmes mariées qui ne veulent plus d'enfants ou en avoir un plus tard. L'amalgame de ces facteurs est différent d'un pays à un autre, mais ils ont tous joué un certain rôle plus ou moins important dans la baisse des niveaux de fécondité (15, 58).



Au Népal, une jeune femme attend la cérémonie de son mariage. L'âge des femmes au moment de leur mariage est l'un des facteurs importants qui, avec le recours aux moyens de contraception, affectent directement les taux de fécondité.

Préférences en matière de fécondité

Un nombre croissant de femmes mariées en âge de se reproduire et vivant dans les pays en développement ne veut plus avoir d'enfants. Elles sont aussi plus nombreuses à avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent au moment où elles le veulent et évitent les grossesses accidentelles. Nombre d'entre elles ont néanmoins plus d'enfants qu'elles n'en veulent et beaucoup de celles qui ne veulent pas être enceintes et sont sexuellement actives n'utilisent cependant pas de moyen de contraception — malgré les risques de grossesse.

Intentions en matière de reproduction

Les enquêtes EDS et EHR demandent aux femmes qui n'ont pas été stérilisées si elles veulent avoir davantage d'enfants et, si oui, si elles en veulent un tout de suite ou préfèrent attendre au moins deux ans. Les réponses à ces questions constituent



En Indonésie, une agente de vulgarisation pose devant une clinique. Malgré l'accroissement des niveaux d'utilisation des moyens de contraception, il faut que les programmes touchent des millions de femmes dont les besoins dans ce domaine ne sont pas satisfaits — c'est-à-dire celles qui veulent éviter la grossesse mais n'ont pas recours à la contraception.

la base des données relatives aux intentions en matière de reproduction — si une femme ne veut plus avoir d'enfants (limitation des naissances), veut en avoir un, mais pas avant deux ans (espacement des naissances) ou veut en avoir un avant deux ans. Les données collectées dans ce domaine peuvent aider les programmes à estimer la demande future en services de planning familial et sont utiles pour effectuer des prévisions relatives à l'accroissement démographique (135).

En règle générale, le pourcentage des femmes mariées vivant dans les pays en développement qui désirent continuer à avoir des enfants est à peu près égal à celui de celles qui n'en veulent plus. Dans 27 des 60 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête, plus de 50 % des femmes mariées en âge de se reproduire ne veulent plus être enceintes. En Afrique sub-saharienne ce n'est cependant le cas que pour une majorité de femmes vivant en Afrique du Sud, au Cap-Vert, au Kenya et à Maurice. Un tiers, en moyenne, de celles qui vivent dans la région ne veut plus d'enfants (voir Tableau 6).

Parmi les 30 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête en dehors de ceux d'Afrique sub-saharienne, seule la Mauritanie possède une majorité de femmes mariées qui veulent continuer à avoir des enfants, que ce soit bientôt ou après au moins deux ans. En Amérique latine et dans les Caraïbes, trois femmes sur cinq ne veulent plus en avoir et il en va de même pour presque autant de femmes vivant en Asie. Au Proche Orient et en Afrique du Nord, environ la moitié des femmes n'en veulent plus non plus et ce niveau est de 63 % pour celles qui vivent en Europe de l'Est et en Asie centrale.

Tendances. Le pourcentage de femmes mariées ne voulant plus avoir d'enfants s'est accru d'au moins 10 % dans 13 pays en développement sur 37, dont la moitié en Afrique sub-saharienne, ayant fait l'objet de plusieurs enquêtes depuis 1990. Les intentions de reproduction n'ont pas beaucoup changé dans la plupart des autres. Quelques pays ont connu une forte augmentation du pourcentage de femmes ne voulant plus d'enfants, surtout si l'on considère le peu de temps écoulé depuis les enquêtes menées depuis 1990. Au Malawi 25 % des femmes déclaraient en 1992 qu'elles ne voulaient plus d'enfants ; elles étaient 42 % de cet avis en 2000 (voir Tableau web 6).

Nombre d'enfants désirés

Les enquêtes EDS (mais pas les EHR), demandent aux femmes ayant des enfants' « Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et si vous étiez capable de choisir le nombre d'enfants que vous pourriez avoir pendant votre vie, quel serait ce nombre ? » La question posée aux femmes sans enfants' est : « Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous voulez avoir pendant toute votre vie, quel serait ce chiffre ? » Les réponses à ces questions constituent les données relatives au nombre d'enfants désirés. Les changements intervenant dans ce domaine indiquent à quel point des normes relatives à la fécondité évoluent (9, 135).

Nombre d'enfants désirés. Dans 50 pays ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, les femmes mariées déclarent vouloir une moyenne de 4,7 enfants (voir Tableau 7). Cette moyenne obscurcit de grandes différences qui existent entre les pays d'Afrique sub-saharienne et ceux des autres régions du monde. En dehors de l'Afrique sub-saharienne, le nombre moyen d'enfants désirés est de 3,3, mais il est de 5,7 dans

⁷ Cette question est posée aux femmes mariées au moins une fois dans les pays qui n'effectuent pas d'enquêtes auprès de celles qui sont célibataires (en Asie et au Proche Orient et en Afrique du Nord). Les données figurant dans la présente section, Tableau 6, et le Tableau Web 6 ne portent que sur les femmes mariées afin de faciliter les comparaisons entre pays.

Tableau 6. Désir d'avoir davantage d'enfants

Chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 1990–2001

Région, pays et année	% qui					Région, pays et année	% qui						
	En veulent au moins 2 ans	En veulent au moins 3 ans	Ne savent ni si oui ni si non	Ne veulent plus	Sont stérilisées		En veulent au moins 2 ans	En veulent au moins 3 ans	Ne savent ni si oui ni si non	Ne veulent plus	Sont stérilisées		
SUB-SAHARAN AFRICA						ASIE (continué)							
Afrique du Sud 1998	16	12	7	44	18	62	Inde 1998–99	15	13	3	28	36	64
Bénin 2001	24	37	10	26	0	26	Indonésie 1997	16	25	9	46	3	50
Burkina Faso 1998–99	20	44	12	20	0	20	Népal 2001	12	17	3	44	21	66
Cameroun 1998	34	31	10	18	2	20	Pakistan 1990–91	23	18	16	36	4	40
Cap-Vert 1998	8	9	9	61	13	74	Philippines 1998	12	19	5	51	10	62
Comores 1996	24	31	9	30	3	33	Vietnam 1997	5	16	5	66	7	73
Côte d'Ivoire 1998–99	29	39	7	21	0	21	Médiane	12	17	5	45	7	60
Erythrée 1995	21	51	6	18	0	18	Moyenne (non pondérée)	13	18	9	45	11	56
Ethiopie 2000	22	36	6	32	0	32	AMERIQUE LATINE ET CARAIBES						
Gabon 2000	26	29	18	22	1	23	Belize 1999	NA	NA	NA	28	18	46
Ghana 1998	18	35	8	34	1	35	Bolivie 1998	9	13	3	65	7	71
Guinée 1999	35	31	6	21	0	21	Brésil 1996	7	12	3	32	43	74
Kenya 1998	14	25	5	47	6	53	Colombie 2000	11	15	2	42	28	70
Madagascar 1997	21	32	6	37	1	38	Costa Rica 1993	8	29	3	39	21	60
Malawi 2000	16	37	2	38	5	42	El Salvador 1998	8	24	3	33	32	65
Mali 2001	26	38	12	21	0	22	Equateur 1999	11	17	3	46	23	69
Maurice 1991 ^b	3	3	2	85	7	92	Guatemala 1998–99	11	22	6	41	18	58
Mozambique 1997	35	29	14	16	1	17	Haiti 2000	13	21	6	54	3	57
Namibie 1992	26	30	7	26	8	34	Honduras 2001	7	35	1	39	18	57
Niger 1998	33	46	8	10	0	10	Jamaïque 1997	10	28	11	39	12	51
Nigeria 1990	31	33	16	15	0	15	Nicaragua 2001	10	22	1	39	26	65
Ouganda 2000–01	19	35	5	36	2	38	Paraguay 1998 ^b	12	37	4	40	8	48
Rép. centrafricaine 1994–95	36	27	17	12	0	12	Pérou 2000	9	19	2	55	13	67
Rwanda 2000	15	45	5	33	1	34	Porto Rico 1996	10	18	2	20	50	70
Sénégal 1997	24	39	10	23	1	23	Rép. dominicaine 1996	14	18	2	22	41	63
Tanzanie 1999	28	36	4	27	2	29	Médiane	10	21	3	39	20	64
Tchad 1996–97	33	39	12	10	0	10	Moyenne (non pondérée)	10	22	3	39	22	62
Togo 1998	19	35	14	28	0	29	TOUS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT						
Zambie 1996	25	39	4	26	2	29	Médiane	16	28	6	36	3	47
Zimbabwe 1999	19	32	7	38	3	41	Moyenne (non pondérée)	18	27	7	36	9	45
Médiane	24	35	8	26	1	29	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE						
Moyenne (non pondérée)	23	33	9	29	3	32	Arménie 2000	8	9	6	72	3	74
PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						Azerbaïdjan 2001 ^b							
Egypte 2000	13	14	6	64	1	65	Géorgie 1999 ^b	21	7	7	63	2	65
Jordanie 1997	16	27	3	47	4	51	Kazakhstan 1999	12	13	12	55	3	58
Maroc 1992	18	24	3	49	3	52	Moldova 1997 ^b	22	13	4	58	3	61
Mauritanie 2000–01	28	32	12	19	0	19	Ouzbékistan 1996	13	24	10	51	1	52
Turquie 1998	11	14	5	62	4	66	Rép. kirghize 1997	12	26	10	45	2	47
Yémen 1997	17	22	7	48	2	49	Rép. tchèque 1993 ^b	13	8	8	68	3	71
Médiane	17	23	5	48	2	52	Roumanie 1999 ^b	18	9	4	66	3	69
Moyenne (non pondérée)	17	22	6	48	2	51	Turkménistan 2000	13	17	10	53	2	55
ASIE						Ukraine 1999 ^b							
Bangladesh 1999–2000 ^c	12	24	3	52	7	59	Médiane	13	9	8	63	2	65
Cambodge 2000	9	13	30	35	1	39	Moyenne (non pondérée)	14	13	8	61	2	63

Le total des rangées peut ne pas faire 100 parce que certaines catégories n'ont pas été incluses (infécondité proférée, ne sait pas) et du fait que les chiffres ont été arrondis.

^aFemmes qui ne veulent plus d'enfant et celles qui ont été stérilisées.

^bDonnées pour les femmes âgées de 15 à 44 ans.

^cDonnées pour les femmes âgées de 10 à 49 ans.

Population Reports

28 pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête.

Dans tous les pays de cette région pour lesquels on dispose de données, à l'exception de l'Afrique du Sud, les femmes veulent avoir plus de 4 enfants, avec une pointe de 8,5 au Tchad et au Niger. Ailleurs, les femmes ne désirent plus de 4 enfants qu'en Jordanie, en Mauritanie, au Pakistan et au Yémen. Les

femmes ne déclarent vouloir que le nombre d'enfants au niveau du taux de fécondité de remplacement ou inférieur à celui-ci dans aucun des pays ayant fait l'objet d'une enquête (voir p. 3 pour cette définition).

Tendances. La moyenne du nombre d'enfants désirés a baissé de 0,2 en moyenne chez les femmes mariées de 32 pays en développement où plus d'une enquête a été effectuée depuis

Tableau 7

Nombre d'enfants désirés

Par les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 1990–2001

Les données relatives à la fécondité voulue ou non ne sont pas disponibles pour les pays où des enquêtes EHR ont été menées.

^a La différence entre les indices synthétiques de fécondité et de fécondité voulue.

^b Données pour les femmes âgées de 10 à 49 ans.

Population Reports

Région, pays et année	Nombre d'enfants désirés	Taux de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité	Total fécondité non désirée ^a	Région, pays et année	Nombre d'enfants désirés	Taux de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité	Total fécondité non désirée ^a
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE					ASIE				
<i>Afrique du Sud</i> 1998	3,3	2,3	2,9	0,6	<i>Bangladesh</i>				
<i>Bénin</i> 2001	5,2	4,6	5,6	1,0	<i>1999–2000</i> ^b	2,5	2,2	3,3	1,1
<i>Burkina Faso</i> 1998–99 ..	5,9	5,7	6,4	0,7	<i>Cambodge</i> 2000..	3,9	3,0	3,8	0,8
<i>Cameroun</i> 1998.....	6,5	4,3	4,8	0,5	<i>Inde</i> 1998–99	2,7	2,1	2,8	0,7
<i>Comores</i> 1996	5,7	3,7	4,6	0,9	<i>Indonésie</i> 1997	2,9	2,4	2,8	0,4
<i>Côte d'Ivoire</i> 1998–99 ..	5,9	4,5	5,2	0,7	<i>Népal</i> 2001	2,6	2,5	4,1	1,6
<i>Erythrée</i> 1995	6,6	5,7	6,1	0,4	<i>Pakistan</i> 1990–91	4,1	4,3	4,9	0,6
<i>Ethiopie</i> 2000	5,8	4,7	5,5	0,8	<i>Philippines</i> 1998 ..	3,5	2,7	3,7	1,0
<i>Gabon</i> 2000	5,4	3,5	4,2	0,7	<i>Vietnam</i> 1997	2,5	1,9	2,3	0,4
<i>Ghana</i> 1998	4,6	3,6	4,4	0,8	Médiane	2,8	2,4	3,5	1,1
<i>Guinée</i> 1999	5,9	5,0	5,5	0,5	Moyenne (non pondérée)	3,1	2,6	3,5	0,9
<i>Kenya</i> 1998	4,1	3,5	4,7	1,2	AMERIQUE LATINE ET CARAIBES				
<i>Madagascar</i> 1997	5,7	5,2	6,0	0,8	<i>Bolivie</i> 1998	2,8	2,5	4,2	1,7
<i>Malawi</i> 2000	5,3	5,2	6,3	1,1	<i>Brésil</i> 1996.....	2,5	1,8	2,5	0,7
<i>Mali</i> 2001	6,5	6,1	6,8	0,7	<i>Colombie</i> 2000	2,5	1,8	2,6	0,8
<i>Mozambique</i> 1997	6,2	4,7	5,2	0,5	<i>Guatemala</i>				
<i>Namibie</i> 1992	5,7	4,8	5,4	0,6	<i>1998–99</i>	3,7	4,1	5,0	0,9
<i>Niger</i> 1998	8,5	7,0	7,2	0,2	<i>Haïti</i> 2000	3,3	2,8	4,7	1,9
<i>Nigeria</i> 1990	6,2	5,8	6,0	0,2	<i>Nicaragua</i> 2001....	3,2	2,3	3,2	0,9
<i>Ouganda</i> 2000–01.....	5,1	5,3	6,9	1,6	<i>Pérou</i> 2000	2,6	1,8	2,8	1,0
Rép. centrafricaine					Rép. dominicaine				
<i>1994–95</i>	6,7	4,7	5,1	0,4	<i>1996</i>	3,4	2,5	3,2	0,7
<i>Rwanda</i> 2000	5,0	4,7	5,8	1,1	Médiane	3,0	2,4	3,2	0,8
<i>Sénégal</i> 1997	5,7	4,6	5,7	1,1	Moyenne (non pondérée)	3,0	2,4	3,5	1,1
<i>Tanzanie</i> 1999.....	5,7	4,8	5,6	0,8	TOUS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT				
<i>Tchad</i> 1996–97	8,5	6,1	6,4	0,3	Médiane	4,8	4,1	4,8	0,7
<i>Togo</i> 1998	4,9	4,2	5,2	1,0	Moyenne (non pondérée)	4,7	3,9	4,7	0,8
<i>Zambie</i> 1996	5,7	5,2	6,1	0,9	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE				
<i>Zimbabwe</i> 1999	4,3	3,4	4,0	0,6	<i>Arménie</i> 2000	2,8	1,5	1,7	0,2
Médiane	5,7	4,7	5,5	0,8	<i>Kazakhstan</i> 1999 ..	3,0	1,9	2,0	0,1
Moyenne (non pondérée)	5,7	4,7	5,5	0,8	<i>Ouzbékistan</i> 1996	3,8	3,1	3,3	0,2
PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD					<i>Rép. kirghize</i> 1997	3,9	3,1	3,4	0,3
<i>Egypte</i> 2000	2,9	2,9	3,5	0,6	<i>Turkménistan</i> 2000	3,7	2,7	2,9	0,2
<i>Jordanie</i> 1997	4,2	2,9	4,4	1,5	Médiane	3,7	2,7	2,9	0,2
<i>Maroc</i> 1992	3,9	2,7	4,0	1,3	Moyenne (non pondérée)	3,4	2,4	2,7	0,3
<i>Mauritanie</i> 2001–01	6,8	4,1	4,5	0,4					
<i>Turquie</i> 1998	2,5	1,9	2,6	0,7					
<i>Yémen</i> 1997	4,5	4,6	6,5	1,9					
Médiane	4,1	2,9	4,2	1,3					
Moyenne (non pondérée)	4,1	3,2	4,3	1,1					

1990 (voir Tableau Web 7). Cette baisse a été de 0,5 ou plus dans six pays d'Afrique sub-saharienne et au Yémen. La seule augmentation enregistrée entre les enquêtes a été constatée au Rwanda où le nombre d'enfants voulus a augmenté de 4,4 en 1992 à cinq en 2000.

Les changements constatés dans les années 1990 en ce qui concerne le nombre d'enfants désirés reflètent une tendance à long terme en faveur des familles moins nombreuses. Les enquêtes effectuées dans de nombreux pays dans les années 1980 faisaient état de baisses sensibles quant au nombre préféré d'enfants par rapport aux données enregistrées lors de l'enquête menée sur la fécondité dans le monde dans les années 1970 (97, 136). Quoi qu'il en soit, le nombre d'enfants désirés dans de nombreux pays — et donc les taux de fécondité — demeure nettement au-dessus de celui que l'on enregistre dans les pays industrialisés.

Fécondité désirée et non désirée. Malgré une utilisation accrue des moyens de contraception, de nombreuses femmes n'arrivent toujours pas à atteindre les buts qu'elles se sont fixés en matière de fécondité. Dans 50 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, les femmes

mariées ont en moyenne un enfant de plus que ce qu'elles veulent (voir Tableau 7, dernière colonne). Une naissance est considérée comme voulue si le nombre d'enfants vivants au moment de la conception est inférieur à celui qui est indiqué par la personne interrogée.

Les niveaux de fécondité non désirée dépendent du pourcentage de femmes qui ne veulent plus d'enfants et du nombre de celles qui réussissent à ne plus donner naissance (19). Ces données servent à calculer le « taux de fécondité désiré » — celui que l'on enregistrerait dans un pays s'il n'y avait pas de naissance non voulue — aussi bien que le « taux de fécondité non désiré ». Le premier est calculé de la même façon que l'indice synthétique de fécondité (ISF) (voir en page 3 comment il est calculé) mais ne compte pas les naissances non désirées. Le taux de fécondité non désiré est la différence entre l'ISF et le taux de fécondité désiré.

Pourquoi les femmes mariées ont-elles plus d'enfants qu'elles n'en veulent ? La fécondité non désirée a tendance à commencer par augmenter, puis à baisser lorsque les pays passent par leur transition démographique (19). Lors des premières phases de celle-ci, où la fécondité est élevée, la plu-

part des femmes veulent beaucoup d'enfants et il n'y a donc que peu de fécondité non désirée. Au Niger, par exemple, les taux de fécondité non désirée — 0,2 — sont parmi les plus bas de tous les pays en développement alors que l'ISF — 7,2 — est le plus élevé que l'on ait enregistré dans les enquêtes et que 5 % seulement des femmes mariées ont recours à un moyen de contraception.

Les niveaux de fécondité non désirée ont tendance à être particulièrement élevés lors des étapes moyennes de la transition vers des taux inférieurs de fécondité. Un plus grand nombre de femmes voulant moins d'enfants, les niveaux de fécondité non désirée augmentent. Ceci est dû au fait que le nombre d'enfants voulus par les femmes baisse plus rapidement que le recours aux moyens de contraception n'augmente. En Haïti, par exemple, les femmes ont environ deux enfants de plus qu'elles n'en veulent, l'ISF est de 4,7 et 28 % des femmes mariées ont recours à des moyens de contraception.

Ensuite, lors des étapes de fin de transition, davantage de femmes utilisent des moyens de contraception et la fécondité non voulue chute en même temps que la fécondité en général. En Indonésie, par exemple, la fécondité non désirée est en moyenne de 0,4 enfant par femme, l'ISF est de 2,8 et 57 % des femmes mariées ont recours à des moyens de contraception.

Besoins non satisfaits en matière de planning familial

Population Reports estime que plus de 620 millions de femmes mariées — dont près de 500 millions dans les pays en développement — utilisaient un moyen de contraception en l'an 2000. Des millions d'autres, mariées ou non, ne s'en servent cependant pas, bien qu'elles soient sexuellement actives et veulent éviter la grossesse. On considère que ces dernières ont un besoin non satisfait en matière de planning familial (133, 134).

Le calcul de ces besoins non satisfaits est quelque peu différent entre les enquêtes EDS et EHR, mais les écarts sont faibles et les données dans ce domaine sont donc comparables. Pour les enquêtes EDS, la catégorie des besoins non satisfaits comprend : les femmes fécondes (capables de donner naissance à des enfants vivants) qui sont sexuellement actives et n'utilisent pas de moyens de contraception, mais déclarent qu'elles veulent limiter ou espacer les naissances ; les femmes enceintes mais dont la grossesse n'est pas voulue ou intervient au mauvais moment par manque de recours à un moyen de contraception au moment de la conception (ceci ne comprend pas l'échec d'un moyen de contraception) ; et les femmes qui ont accouché et dont les règles ne sont pas revenues et dont la grossesse est accidentelle. Le calcul est similaire pour les enquêtes EHR, mais celles-ci ne tiennent pas compte des femmes actuellement enceintes mais ne voulaient pas l'être ou celles qui sont devenues enceintes pendant le post-partum.

On estimait en 1996 que 102 millions de femmes mariées en âge de se reproduire et vivant dans les pays en développement avaient des besoins non satisfaits en matière de planning familial (88). Selon une nouvelle estimation, ce chiffre était, en l'an 2000, de 105 millions pour les femmes mariées et de 8 millions pour les femmes célibataires (94).

Alors que le pourcentage des femmes dont les besoins en matière de planning familial ne sont pas satisfaits a baissé dans de nombreux pays au cours des années

Données supplémentaires en ligne

Pour les lecteurs désireux d'obtenir toutes les données utilisées dans le présent numéro de **Population Reports**, des tableaux supplémentaires peuvent être téléchargés et imprimés à partir du World Wide Web à <http://www.populationreports.org/prf/fm17/m17tables.shtml>

Un « regroupement des enquêtes » est aussi disponible sur demande. Il comprend un CD-ROM comportant les fichiers Excel de tous les tableaux utilisés dans la préparation du présent rapport (y compris ceux qui figurent ci-après), des fichiers PDF scannés des cinq numéros de **Population Reports** comportant les données d'enquêtes (voir encadré p. 14) et des extraits POPLINE des mentions bibliographiques les plus utiles apparaissant dans ces numéros.

Pour obtenir ce CD-ROM, veuillez vous adresser à :

Orders Department (Surveys CD-ROM)
Information and Knowledge for Optimal Health Project
111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Téléphone : 410-659-6300 Télécopie : 410-659-6266
ou par courrier électronique à : Orders@jhuccp.org
(Veuillez inclure votre nom et votre adresse ainsi que celle de courrier électronique.)

Tous les tableaux publiés dans le présent rapport (Tableaux 1 à 14) sont aussi disponibles sur l'Internet sous forme de Tableaux Web, qui comportent des données supplémentaires provenant d'enquêtes EDS et EHR effectuées précédemment dans les pays où plus d'une enquête a été menée depuis 1990. Ainsi, par exemple, le « Tableau Web 5 » est comparable au « Tableau 5 » figurant dans le présent rapport, mais il comporte des données extraites d'enquêtes précédentes aussi bien que des plus récentes. Les 11 tableaux de données supplémentaires ci-après sont disponibles sur l'Internet, mais ne figurent pas dans le rapport imprimé :

Tableaux de données supplémentaires

Tableau Web A. Indices synthétiques de fécondité et taux de fécondité en fonction des groupes d'âge, toutes les femmes de 15 à 49 ans, 1990–2001

Tableau Web B. Indices synthétiques de fécondité, toutes les femmes de 15 à 49 ans, par niveau d'éducation et lieu de résidence, 1990–2001

Tableau Web C. Usage des moyens de contraception, femmes célibataires, sexuellement actives de 15 à 49 ans, 1990–2001

Tableau Web D. Usage des moyens de contraception en fonction des caractéristiques des femmes, femmes mariées de 15 à 49 ans, 1990–2001

Tableau Web E. Intention de recours aux moyens de contraception, femmes mariées de 15 à 49 ans, 1990–2001

Tableau Web F. Raisons de la non utilisation de moyens de contraception, femmes mariées de 15 à 49 ans, 1990–2001

Tableau Web G. Connaissance des moyens de contraception modernes, femmes mariées de 15 à 49 ans, en fonction des caractéristiques des femmes, 1990–2001

Tableau Web H. Attitudes des couples envers le planning familial, 1990–2001

Tableau Web I. Age au premier mariage, femmes mariées de 15 à 49 ans, 1990–2001

Tableau Web J. Alimentation au sein et infécondité due au post-partum, femmes mariées de 15 à 49 ans

Tableau Web K. Taux d'avortement, femmes mariées de 15 à 49 ans, 1990–2001

Tableau 8

Besoins non satisfaits a en matière de planning familial

Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 1990–2001

ND = Non disponible

Le total des rangées ne peut pas correspondre parce que les chiffres ont été arrondis.

^a Un besoin non satisfait est défini comme les femmes mariées, fécondes et sexuellement actives qui ne se servent pas de moyens de contraception mais déclarent vouloir limiter ou espacer les naissances ; les femmes qui sont enceintes mais dont la grossesse n'est pas voulue ou intervient au mauvais moment ; et les femmes ayant accouché, dont les règles ne sont pas revenues et dont la grossesse est accidentelle.

^b Non satisfait est défini comme les femmes mariées, fécondes et sexuellement actives qui ne se servent pas de moyens de contraception, mais déclarent vouloir limiter ou espacer les naissances.

^c Les besoins non satisfaits en matière de limitation et d'espacement des naissances sont des estimations indirectes, basées sur le fait que les femmes ont déclaré vouloir d'autres enfants ou non

^d Données pour les femmes âgées de 15 à 44 ans.

^e Données pour les femmes âgées de 10 à 49 ans.

Population Reports

Région, pays et année	Pour l'espace-ment	Pour la limita-tion	Total	Région, pays et année	Pour l'espace-ment	Pour la limita-tion	Total
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE				ASIE (continué)			
Afrique du Sud 1998 ..	5	10	15	Cambodge 2000	17	15	33
Bénin 2001	18	10	27	Inde 1998–99	8	8	16
Burkina Faso 1998–99	19	7	26	Indonésie 1997	4	5	9
Cameroun 1998.....	13	6	20	Népal 2001	11	16	28
Cap-Vert 1998 ^{b,c}	4	10	14	Pakistan 1990–91	16	15	32
Comores 1996	22	13	35	Philippines 1998	8	11	19
Côte d'Ivoire 1998–99	20	8	28	Vietnam 1997	4	4	7
Erythrée 1995	21	6	28	Médiane	8	9	17
Ethiopie 2000	22	14	36	Moyenne (non pondérée)	10	10	20
Gabon 2000	20	8	28	AMERIQUE LATINE ET CARAIBES			
Ghana 1998	11	12	23	Belize 1999 ^b	ND	ND	21
Guinée 1999	16	8	24	Bolivie 1998	7	19	26
Kenya 1998	14	10	24	Brésil 1996	3	5	7
Madagascar 1997.....	14	11	26	Colombie 2000	3	4	6
Malawi 2000	17	13	30	Costa Rica 1993 ^b	2	3	5
Mali 2001	21	8	29	El Salvador 1998 ^b	11	12	23
Maurice 1997 ^{b,c,d}	1	5	6	Equateur 1999 ^b	13	6	19
Mozambique 1997.....	17	6	23	Guatemala 1998–99	12	11	23
Namibie 1992.....	15	7	22	Haiti 2000	16	24	40
Niger 1998	14	3	17	Honduras 2001 ^b	ND	ND	11
Nigeria 1990	16	5	21	Jamaïque 1997 ^b	7	7	14
Ouganda 2001	21	14	35	Nicaragua 2001.....	6	9	15
Rép. centrafricaine				Paraguay 1998 ^{b,d}	9	8	17
1994–95	12	5	16	Pérou 2000	4	7	10
Rwanda 2000	24	12	36	Porto Rico 1996 ^b	2	2	4
Sénégal 1997	26	9	35	Rép. dominicaine 1996			
Tanzanie 1999	14	8	22	Médiane	7	7	14
Tchad 1996–97	7	3	10	Moyenne (non pondérée)	7	9	16
Togo 1998	21	11	32	TOUS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT			
Zambie 1996	19	8	27	Médiane	12	8	21
Zimbabwe 1999.....	7	6	13	Moyenne (non pondérée)	12	9	21
Médiane	16	8	25	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE			
Moyenne (non pondérée)	16	8	24	Arménie 2000	3	9	12
PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD				Azerbaïdjan 2001 ^{b,d}	3	9	12
Egypte 2000	3	8	11	Géorgie 1999 ^{b,d}	6	17	23
Jordanie 1997	7	7	14	Kazakhstan 1999.....	4	5	9
Maroc 1992	23	9	32	Moldova 1997 ^{b,d}	3	3	6
Mauritanie 2000–01 ..	9	11	20	Ouzbékistan 1996	7	7	14
Turquie 1998	4	6	10	Rép. kirghize 1997	5	7	12
Yémen 1997.....	17	21	39	Rép. tchèque 1993 ^d	4	11	15
Médiane	8	8	17	Roumanie 1999 ^{b,d}	2	4	6
Moyenne (non pondérée)	10	10	21	Turkménistan 2000	5	5	10
ASIE				Ukraine 1999 ^{b,d}	5	12	17
Bangladesh 1999–2000 ^e	8	7	15	Médiane	4	7	12
				Moyenne (non pondérée)	4	8	12

1990, le nombre de celles qui sont en âge de se reproduire a augmenté. Il s'ensuit que le nombre des femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits dans ce domaine n'a que peu changé (94, 133).

Si l'on se base sur les données des enquêtes EDS et EHR effectuées auprès de 60 pays en développement, la moyenne non pondérée des femmes mariées en âge de se reproduire et ayant des besoins non satisfaits en matière de planning familial est estimée à 21 % : 12 % pour la limitation des naissances et 9 % pour leur espacement. Parmi les régions en développement, ce niveau est le plus élevé en Afrique subsaharienne (24 %) et le plus faible en Amérique latine et dans les Caraïbes (16 %) (voir Tableau 8).

C'est en Haïti (40 %) et au Yémen (39 %) que l'on enregistre les niveaux les plus forts dans ce domaine, alors qu'à l'autre extrême, ils sont en dessous de la barre des 10 % au Brésil, en Colombie, au Costa Rica, en Indonésie, à Maurice, à Porto Rico et au Vietnam.

En Afrique sub-saharienne, les deux tiers des besoins des femmes mariées en matière de planning familial ont trait à l'espacement des naissances, une statistique qui reflète le fait que la majorité des femmes mariées veulent continuer à avoir des enfants (voir p. 22). Dans d'autres régions en développement, cette catégorie constitue environ la moitié des besoins non satisfaits. (Pour de plus amples détails sur l'espacement des naissances, voir **Population Reports**,

Espacement des naissances : trois à cinq sauvent des vies, Série L, N° 13, été 2002.)

Femmes célibataires. Parmi les femmes célibataires, sexuellement actives ou non, les besoins non satisfaits en matière de planning familial sont nettement plus élevés en Afrique subsaharienne que dans les autres régions — 10 % contre entre 1 et 2 % en Asie, au Proche Orient et en Afrique du Nord et en Amérique latine et dans les Caraïbes (94). Ces besoins sont moins importants chez les femmes non mariées parce que beaucoup de celles qui sont célibataires ne sont pas sexuellement actives et que celles qui le sont ont tendance à avoir davantage recours aux moyens de contraception que les femmes mariées (94) (voir pages 11,12).

Tendances. Les besoins non satisfaits ont baissé en moyenne de 14 % dans 37 pays ayant fait l'objet de plus d'une enquête depuis 1990. Comme indiqué précédemment, il est typique que ces niveaux augmentent lorsqu'un plus grand nombre de femmes veulent réduire leur fécondité, puis chutent lorsqu'elles utilisent des moyens de contraception pour y arriver (134). Au Sénégal et en Ouganda, par exemple, cette croissance a été d'environ 20 % entre les enquêtes. Une baisse de 40 % ou plus a par contre été enregistrée en Colombie, en Egypte, au Ghana et au Honduras (voir Tableau Web 8).

Les jeunes femmes

Les programmes EDS et EHR enquêtent de plus en plus auprès des jeunes non mariés⁸ aussi bien que des couples mariés. La grande majorité des données relatives aux jeunes femmes célibataires vivant dans les pays en développement proviennent d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et des Caraïbes⁹. Peu d'enquêtes comparables, effectuées dans les pays en développement, incluent les femmes qui ne sont pas mariées. Celles qui ont été menées en Europe de l'Est et en Asie centrale comportent des données relatives aux femmes célibataires aussi bien que celles qui sont mariées.

De telles enquêtes menées depuis 1990 indiquent qu'en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et dans les Caraïbes, la proportion des jeunes femmes ayant des rapports sexuels avant le mariage n'a que peu changé, mais que le temps moyen qui s'écoule entre le début de leur activité sexuelle et le mariage augmente. En Afrique subsaharienne, l'écart se creuse parce que les femmes se marient plus tard. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les femmes commencent leur vie sexuelle plus tôt que dans le passé. Les enquêtes constatent aussi qu'un pourcentage croissant de jeunes femmes non mariées et sexuellement actives utilise des moyens de contraception, et en particulier les préservatifs, qui protègent à la fois contre la grossesse et la plupart des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/SIDA.

⁸ Les termes « jeunes », « adolescents » et « jeunes personnes » sont définis de diverses façons. Par exemple, l'OMS qualifie d'adolescents les jeunes âgés de 10 à 19 ans et la tranche d'âge des 10 à 24 ans de jeunes personnes. Le présent numéro de **Population Reports** emploie le terme « adolescentes » pour les femmes de 15 à 19 ans et celui de « jeunes » ou « jeunes femmes » pour celles qui ont entre 15 et 24 ans.

⁹ Le questionnaire des EDS normal couvre toutes les femmes, mariées ou non, ayant entre 15 et 49 ans, sauf dans les pays imposant des restrictions à la couverture par tranche d'âge ou de situation de famille. Le programme EHR effectue des enquêtes sur l'hygiène de la reproduction des jeunes adultes (EHRJA) dans les pays qui en font la demande. Un module jeune adulte fait aussi partie de l'enquête normale EHR, portant aussi sur les femmes célibataires, lorsque la demande en est faite.

Activité sexuelle

Les enquêtes demandent aux femmes âgées de 15 à 24 ans si elles ont eu au moins une fois des rapports sexuels. Les réponses donnent des informations sur le pourcentage ayant été exposé au risque d'une grossesse et des IST. Elles leur demandent en outre si elles ont été sexuellement actives dans les quatre semaines précédant l'enquête (ce qui permet de savoir si elles sont actuellement sexuellement actives ou non).

Expérience sexuelle avant le mariage. Parmi les adolescentes (de 15 à 19 ans), les niveaux indiqués d'expérience sexuelle avant le mariage sont légèrement plus élevés en Afrique subsaharienne (29 %) qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (24 %). La moitié ou plus des adolescentes ayant répondu au questionnaire au Belize, au Gabon, en Jamaïque et au Togo déclare avoir eu des rapports sexuels avant le mariage. Par contre, dans trois pays d'Asie dont les enquêtes comportent des données comparables, les niveaux de rapports sexuels avant le mariage chez les adolescentes de 15 à 19 ans sont négligeables (voir Tableau 9, p. 28).

Dans les 30 pays en développement ayant fait l'objet de plus d'une enquête depuis 1990, les niveaux d'expérience sexuelle par les adolescentes avant le mariage sont demeurés à peu près identiques. Des enquêtes successives effectuées en Colombie et au Paraguay font état d'augmentations de 18 et de 12 points, respectivement. D'un autre côté, les chiffres ont chuté de 19 points au Ghana — près de la moitié — entre 1993 et 1998 (voir Tableau Web 9).

Comme on peut s'y attendre, les femmes célibataires ayant entre 20 et 24 ans sont plus à même que celles de 15 à 19 ans



Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ayant fait l'objet d'une enquête, les femmes mariées ayant moins de 20 ans utilisent peu les moyens de contraception — 13 % en moyenne le font. Dans cette région, les femmes célibataires sexuellement actives ayant entre 15 et 19 ans sont trois fois plus nombreuses que les femmes mariées dans la même tranche d'âge à y avoir recours. Dans le monde entier, la plupart des jeunes femmes ne commencent à être sexuellement actives qu'après le mariage ou après avoir contracté une union. Ceci dit, elles sont nombreuses à le devenir avant.

d'avoir eu une expérience sexuelle. En Afrique subsaharienne, en Amérique latine et dans les Caraïbes, près de la moitié des femmes de 20 à 24 ans qui ont été interrogées indiquent avoir eu des rapports sexuels avant le mariage. Ces niveaux atteignent près de quatre femmes sur cinq au Cap-Vert et en Afrique du Sud. En Amérique latine et aux Caraïbes, il y a entre deux et trois fois plus de chances pour que les femmes de 20 à 24 ans aient eu des rapports sexuels avant le mariage que celles qui ont entre 15 et 19 ans, et ce dans tous les pays à l'exception du Belize (voir Tableau 9).

Le pourcentage de femmes entre 20 et 24 ans ayant signalé avoir eu des rapports sexuels avant le mariage n'a que légèrement augmenté (une moyenne de quatre points) en Afrique subsaharienne dans les 16 pays pour lesquels on dispose de données de tendance depuis 1990. En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'activité sexuelle pré-maritale des femmes de la même tranche d'âge a augmenté d'environ huit pour cent dans les années 1990 dans les 13 pays ayant fait l'objet d'une enquête, sauf en Jamaïque (voir Tableau Web 9).

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale connaissent des niveaux nettement différents de femmes ayant eu des rapports sexuels avant le mariage. Ils sont négligeables en Asie centrale et dans le Caucase, à l'exception du Kazakhstan. En Europe de l'Est, la moitié des femmes âgées de 15 à 19 ans de la République tchèque et la moitié ou plus de celles qui ont entre 20 et 24 ans et vivent en République tchèque, en Roumanie et en Ukraine ont eu des relations sexuelles avant le mariage (voir Tableau 9).

Activité sexuelle récente chez les femmes célibataires. Selon les données provenant de 47 pays, peu de femmes célibataires ayant entre 15 et 19 ans font état d'une activité sexuelle récente (c'est-à-dire au cours des quatre semaines avant l'enquête) — 11 % en Afrique subsaharienne et 5 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les niveaux d'activité sexuelle récente parmi les adolescentes sont les plus élevés au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Gabon et au Togo, où ils se situent à entre 20 et 25 %. Par opposition, les niveaux les plus élevés chez les adolescentes célibataires vivant en Amérique latine et dans les Caraïbes sont de 10 % au Brésil et en Colombie et de 11 % à la Jamaïque (voir Tableau 9).

L'activité sexuelle récente est considérablement plus courante chez les femmes célibataires ayant entre 20 et 24 ans que chez celles qui sont plus jeunes. Les moyennes sont de 24 % en Afrique subsaharienne et de 12 % en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Si les niveaux régionaux moyens d'activité sexuelle récente des jeunes célibataires n'ont que peu changé depuis 1990, quelques pays ont fait état de changements importants. Ils ont par exemple chuté de moitié au Ghana entre 1993 et 1998. En Colombie, ils ont augmenté de 3 à 10 % entre 1990 et 2000 chez les adolescentes célibataires et de 10 à 28 % dans le groupe plus âgé (voir Tableau Web 9).

■ Age au début de la vie sexuelle et à la première union

La plupart des jeunes femmes ne deviennent sexuellement actives qu'après s'être mariées ou avoir accédé à une union officielle, mais, comme nous l'avons indiqué, nombreuses sont celles qui le deviennent avant cela. Même dans les milieux conservateurs, les couples qui vont se marier commencent souvent à avoir des rapports sexuels avant la date de leur union (140).

Premiers rapports sexuels. Chez les femmes de 20 à 24 ans vivant dans 46 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, l'âge moyen au moment des premiers rapports sexuels est d'environ 18 ans. Cet âge moyen est celui

Annnonce de l'éditeur

L'USAID attribue un projet d'information mondiale sur cinq ans

Le projet INFO succède au Population Information Program (PIP) et en étend la portée. Celui-ci était basé depuis plus de 20 ans au Johns Hopkins Center for Communication Programs. Le projet INFO continuera à offrir les ressources très largement utilisées qui ont été produites dans le cadre du PIP, dont :

- **Population Reports**
- L'essentiel de la technologie de la contraception
- Le magazine électronique The Pop Reporter
- La base de données bibliographiques POPLINE
- Reproductive Health Gateway — www.rhgateway.org
- Photoshare, une collection de photographies d'activités internationales dans le domaine de l'hygiène de la reproduction

Un certain nombre d'approches novatrices à la gestion des connaissances ont été ajoutées à l'ensemble des services offerts par le projet INFO, dont :

- Accent placé sur la technologie de l'information de pointe (IT) pour le partage des connaissances et pour faciliter l'échange dans toutes les directions, en particulier entre les participants du Sud.
- Travail en collaboration avec les homologues pour s'assurer que le contenu mondial est pertinent au niveau local et que le contenu local est accessible au niveau mondial.
- Collaboration extensive avec un partenariat d'organisations mondiales œuvrant dans les pays en développement pour tirer un profit maximum des ressources, éviter les doublons et maximiser l'impact et la durabilité.

Les principaux responsables du projet INFO sont :

Ward Rinehart, directeur de projet;
John Robinette, directeur adjoint de projet;
John A. Kerecheck, trésorier; et
Tara Sullivan, spécialiste du suivi et de l'évaluation.

Le projet INFO a lancé son nouveau site Web le 1er juillet à l'adresse <http://www.inforforhealth.org>. Il permet d'accéder aussi bien à des informations qu'à des ressources très complètes et à certaines informations récentes dans le domaine du planning familial et de l'hygiène de la reproduction, qui est y apparentée.



auquel la moitié des femmes de cette tranche d'âge deviennent sexuellement actives.

De tous les âges moyens au moment de la première expérience sexuelle enregistrés dans les pays où une enquête a été menée, le plus bas a été enregistré au Niger, à 15,7 ans, alors que la moyenne pour 29 pays d'Afrique subsaharienne est d'environ 17 ans. En Amérique latine et dans les Caraïbes, cet

âge moyen se situe entre 18 et 19 ans chez les jeunes femmes. Il est d'environ 20 ans en Europe de l'Est et en Asie centrale (voir Tableau 9, p. 28).

L'âge moyen au moment des premiers rapports sexuels a augmenté d'environ deux mois en moyenne dans 15 pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet de plus d'une enquête depuis 1990 (voir Tableau Web 9). Au Sénégal, cependant, il a augmenté de 18 mois entre l'enquête de 1992-93 et celle de 1997. Ce pays a lancé un certain nombre de programmes axés sur les jeunes, dont la promotion de rapports sexuels sans danger par la presse et le théâtre des rues, la prévention du SIDA et l'éducation sanitaire dans les écoles, une formation à la survie et des programmes de vulgarisation destinés aux jeunes non scolarisés et à ceux qui sont dans l'armée (4, 110, 127).

En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'âge moyen au moment des premiers rapports sexuels a baissé d'environ sept mois pour l'ensemble des 12 pays dans lesquels plusieurs enquêtes ont été effectuées. Les seules augmentations ont été constatées en Bolivie et au Guatemala.

Première union. En Afrique sub-saharienne en général, environ la moitié des femmes ayant entre 20 et 24 ans se sont mariées à environ 19 ans (ou ont constitué une union légale, consensuelle ou similaire). Dans cette région, l'âge moyen au moment du mariage est le plus bas au Nigeria : 15,7 ans. Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ayant fait l'objet d'une enquête, il est d'environ 20 ans et de presque 21 ans en Europe de l'Est et en Asie centrale (voir Tableau 9, p. 28).

En Afrique sub-saharienne prise dans son ensemble, l'âge moyen au moment du mariage a augmenté d'environ 4 mois pour les 15 pays ayant fait l'objet de plus d'une enquête depuis 1990. Cette augmentation est la plus sensible au Sénégal (voir Tableau Web 9).

Temps écoulé entre le début de la vie sexuelle et le mariage. Le temps qui s'écoule entre l'âge moyen au moment des premiers rapports sexuels et celui du mariage est de 1,7 an en Afrique sub-saharienne. En Afrique du Sud, où l'âge moyen au

moment du mariage est de 25 ans, l'attente avant le mariage est de 6,9 ans, la plus longue de tous les pays ayant fait l'objet d'une enquête, quelle que soit la région.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, la différence moyenne entre l'âge moyen au moment du début de l'activité sexuelle et celui du mariage est de 1,4 an et la plus importante est signalée en Colombie, où elle est de 3 ans. En Europe de l'Est, elle se situe entre deux et trois ans, alors qu'il n'y a que peu ou pas de différence dans la plupart des pays d'Asie centrale.

Dans 14 pays d'Afrique sub-saharienne où plusieurs enquêtes ont été effectuées depuis 1990, le temps moyen entre les premiers rapports sexuels et le mariage a augmenté de trois mois, surtout parce que les femmes se marient plus tard. Dans 12 pays d'Amérique latine et les Caraïbes où une enquête a été menée, cette augmentation moyenne est de huit mois, essentiellement parce que les femmes commencent à avoir des rapports sexuels alors qu'elles sont plus jeunes (voir Tableau Web 9).

En Erythrée, l'âge moyen au moment du mariage est inférieur à celui des premiers rapports sexuels. Dans certaines cultures, les filles sont traditionnellement mariées alors qu'elles sont jeunes et le couple attend que l'épouse ait ses règles avant de consommer le mariage (73, 82).

Usage des moyens de contraception par les jeunes adultes

Dans les pays ayant fait l'objet d'une enquête, les femmes ayant entre 20 et 24 ans, célibataires et sexuellement actives sont celles qui ont le plus recours aux moyens de contraception ; les niveaux les plus faibles se retrouvent chez les adolescentes mariées (entre 15 et 19 ans). En Afrique sub-saharienne et en Asie en particulier, les jeunes mariées sont souvent confrontées à des attentes culturelles et à des pressions sociales qui exigent qu'elles « prouvent » immédiatement à leur famille et à celle de leur mari leur aptitude à

Tableau 10

Usage des moyens de contraception par les jeunes femmes

Moyennes non pondérées des données des pays, 1990-2001

Afrique sub-saharienne : Données pour 30 pays
Proche Orient et Afrique du Nord : Données pour 6 pays.

Asie : Données pour 8 pays.

Amérique latine et Caraïbes : Données pour 16 pays.

Europe de l'Est et Asie centrale : Données pour 11 pays.

¹ Retrait et abstinence périodique

² Contraceptifs oraux

³ Comprend les injections, les méthodes vaginales et les préservatifs féminins.

Les totaux peuvent ne pas correspondre parce que les chiffres ont été arrondis.

Population Reports

% utilisant actuellement

Région	Toute méth-ode	Méthodes traditionnelles ¹	CO ²	DIU	Préservatif	Autre méthode moderne ³
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE						
Mariées âgées de 15 à 19 ans	13	4	4	0	2	3
Célibataires âgées de 15 à 19 ans	39	10	5	0	20	4
Mariées âgées de 20 à 24 ans	20	5	7	0	2	5
Célibataires âgées de 20 à 24 ans	49	15	10	0	17	6
NEAR EAST & NORTH AFRICA						
Mariées âgées de 15 à 19 ans	18	5	6	5	1	1
Mariées âgées de 20 à 24 ans	29	7	9	11	2	1
ASIA						
Mariées âgées de 15 à 19 ans	19	3	6	2	2	6
Mariées âgées de 20 à 24 ans	34	6	9	6	2	11
LATIN AMERICA & CARIBBEAN						
Mariées âgées de 15 à 19 ans	39	8	15	3	6	7
Célibataires âgées de 15 à 19 ans	59	17	11	2	21	8
Mariées âgées de 20 à 24 ans	52	8	18	6	6	13
Célibataires âgées de 20 à 24 ans	69	13	20	6	18	10
EASTERN EUROPE & CENTRAL ASIA						
Mariées âgées de 15 à 19 ans	28	13	2	7	6	1
Célibataires âgées de 15 à 19 ans	79	17	11	0	50	2
Mariées âgées de 20 à 24 ans	47	19	4	17	7	1
Célibataires âgées de 20 à 24 ans	49	16	8	6	16	2

avoir des enfants (73, 82). Il s'ensuit que peu d'adolescentes mariées utilisent des moyens de contraception.

Inversément, les jeunes célibataires sexuellement actives sont fortement motivées à éviter la grossesse et elles ont donc tendance à avoir recours à la contraception (70). D'autres encore — mariées ou non — peuvent vouloir utiliser des moyens de contraception, mais leur jeune âge ou le fait qu'elles ne sont pas mariées peuvent constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial (51, 60, 106).

Les niveaux d'utilisation de moyens de contraception sont particulièrement bas chez les femmes mariées d'Afrique subsaharienne ayant entre 15 et 19 ans — environ 13 % (voir Tableau 10). Ils atteignent par contre 39 % chez les adolescentes célibataires sexuellement actives. Quelque 20 % des femmes mariées de la région ayant entre 20 et 24 ans ont recours à des moyens de contraception, alors que ce chiffre est de 49 % pour les femmes célibataires sexuellement actives qui font partie de la même tranche d'âge. Les femmes non mariées utilisent le plus souvent les préservatifs alors que celles qui le sont font le plus souvent appel à des contraceptifs administrés par voie orale ou à des méthodes traditionnelles.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, une moyenne de 39 % des femmes mariées âgées de 15 à 19 ans utilise une forme de contraception. Par comparaison, 60 % des femmes célibataires sexuellement actives en font autant. Les femmes ayant entre 20 et 24 ans ont encore plus tendance à le faire — 52 % des femmes mariées et 69 % des célibataires sexuellement actives. Les méthodes les plus utilisées par les femmes mariées sont les injections et la pilule alors que les célibataires ont davantage recours à la pilule, aux préservatifs et aux méthodes traditionnelles.

En Europe de l'Est et en Asie centrale, près de 30 % des adolescentes mariées ont recours au planning familial, la plupart aux méthodes traditionnelles. Huit adolescentes sur 10 non mariées et sexuellement actives utilisent une méthode de planning familial, dont la moitié se sert de préservatifs. Chez les femmes mariées âgées de 20 à 24 ans, le DIU et les méthodes traditionnelles sont les moyens les plus utilisés, alors que les célibataires de la tranche d'âge ont recours aux préservatifs aussi bien qu'aux méthodes traditionnelles.

On ne dispose de données comparables, provenant d'enquêtes effectuées en Asie et au Proche Orient et en Afrique du Nord, que pour les jeunes femmes mariées. Dans ces deux régions, environ un cinquième des adolescentes ont recours à la contraception, ce que font aussi près d'un tiers des femmes mariées ayant entre 20 et 24 ans.

Tendances en matière d'utilisation de moyens de contraception. Selon les enquêtes menées plusieurs fois dans 26 pays en développement, l'usage des moyens de contraception par les jeunes femmes célibataires sexuellement actives a nettement augmenté depuis 1990. La prévalence de l'usage de moyens de contraception chez les femmes non mariées ayant entre 15 et 19 ans a augmenté d'une moyenne de 5 pour cent en Afrique subsaharienne et de 21 % en Amérique latine et dans les Caraïbes.

On note en particulier que les adolescentes célibataires sexuellement actives ont deux fois plus recours aux préservatifs au moment de la dernière enquête que lors de la précédente (voir Tableau Web 10). L'usage accru de ce moyen de contraception représente pratiquement le total de l'accroissement de leur utilisation en Afrique subsaharienne et 61 % en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Chez les femmes célibataires sexuellement actives ayant entre 20 et 24 ans, le niveau de recours aux moyens de contraception a augmenté de 6 % en Afrique subsaharienne et de 18 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Là encore, la majeure partie de cette augmentation est due à un usage plus impor-

tant des préservatifs en Afrique subsaharienne et pour 57 % en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Face à l'épidémie de VIH/SIDA, de nombreux pays ont cherché à faire en sorte que les jeunes aient un meilleur accès aux préservatifs et les utilisent davantage. En Colombie, par exemple, le programme national de planning familial — PROFAMILIA — a de plus en plus intégré les services d'hygiène de la reproduction et d'hygiène sexuelle à ceux qui sont fournis dans ses cliniques et a ciblé en particulier les besoins des jeunes (55). L'usage de préservatifs par les jeunes adolescentes sexuellement actives a augmenté de 3 à 28 % dans ce pays entre 1990 et l'an 2000 et de 4 à 28 % chez les célibataires sexuellement actives âgées de 20 à 24 ans (voir Tableau Web 10).

Il en va de même au Sénégal, où, entre l'enquête de 1992-93 et celle de 1997, le recours aux préservatifs par les adolescentes célibataires sexuellement actives a augmenté de 15 à 29 % et de 7 à 41 % chez celles qui ont entre 20 et 24 ans. Ce pays a récemment fait des efforts substantiels pour la promotion de l'usage des préservatifs par les jeunes (4). (Pour de plus amples renseignements sur le VIH/SIDA chez les jeunes, voir *Population Reports, Les jeunes et le VIH/SIDA : pouvons-nous éviter la catastrophe ?* Série L, N° 12, automne 2001.)

Grossesse chez les adolescentes

On estime que chaque année 15 millions de femmes âgées de 15 à 19 donnent naissance dans le monde entier (7). La grossesse chez les adolescentes peut poser un risque pour la santé de la mère et celle du nouveau-né. Les femmes de moins de 20 ans courent davantage de risques de complication que celles qui sont plus âgées (40, 143). Ceci peut être particulièrement dangereux si anémie et malnutrition sont courantes et lorsque l'accès aux soins obstétriques qualifiés est limité (61, 107).

Les grossesses non désirées, en particulier chez les célibataires, peuvent entraîner des avortements dangereux (70). Les complications provenant d'avortements dangereux représentent, par exemple, entre 40 et 54 % de tous les décès maternels en Ethiopie, au Myanmar, au Sénégal et à la Trinité et à Tobago (1).

Dans 50 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête, une moyenne de 23 % des adolescentes, mariées ou non, ont donné naissance ou sont enceintes (voir Tableau 11, p. 32). La grossesse chez les adolescentes est la plus courante en Afrique subsaharienne — 26 % pour celles qui ont entre 15 et 19 ans. Plus d'un tiers des adolescentes de Guinée, de Madagascar, du Mali, Niger, de la République centrafricaine et du Tchad sont enceintes ou ont eu un enfant.

Dans 16 pays d'Amérique latine et des Caraïbes où des enquêtes ont été menées, 19 % en moyenne de toutes les adolescentes ont commencé à avoir des enfants. Ces niveaux sont les plus élevés au El Salvador et au Nicaragua, où ils sont de 25 %. Dans neuf pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, environ 8 % des adolescentes sont mères. (Les données pour la plupart des pays d'Asie, d'Afrique du Nord et du Proche Orient ne sont disponibles que pour les adolescentes mariées et ne sont donc pas comparables.)

La plupart des adolescentes mariées ou faisant partie d'une union ont commencé à avoir des enfants. C'est le cas, en moyenne, pour 80 % de celles qui vivent en Amérique latine et dans les Caraïbes et pour 73 % de celles d'Afrique subsaharienne. Parmi tous les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête, l'Afrique du Sud enregistre, à 50 %, le pourcentage le plus faible d'adolescentes mariées ayant commencé à avoir des enfants.

Dans 49 pays en développement pour lesquels on dispose de données, une moyenne de 7 % des adolescentes célibataires

a commencé à avoir des enfants. Par contre, dans 13 de 30 pays d'Afrique sub-saharienne pour lesquels on dispose de données depuis 1990, entre 10 et 25 % des adolescentes célibataires étaient enceintes ou avaient eu un enfant. Ailleurs, le taux le plus élevé chez les célibataires âgées de 15 à 19 ans est enregistré au Nicaragua, avec 10 %.

Tendances. Si l'on en croit les données provenant de 29 pays en développement où plusieurs enquêtes ont été effectuées depuis 1990, les niveaux moyens de grossesse chez les adolescentes, mariées ou non, sont demeurés pratiquement les mêmes. Ils ont par contre nettement chuté au Ghana, au Mozambique et en Ouganda (voir Tableau Web 11).

Ces dernières années, le Ghana a fait de la réduction des taux de grossesse des adolescentes une haute priorité. Le gouvernement a adopté une politique relative à l'hygiène de la reproduction des adolescentes et des centres de jeunes ont été ouverts afin de fournir des informations sur le planning familial, l'hygiène de la reproduction et sexuelle et les IST et leur traitement (6, 45, 84).

Survie et santé de l'enfant

Dans les pays en développement, une moyenne de 11 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts en moyenne chaque année pendant les années 1990, ce qui représente une baisse par rapport aux 20 millions de décès annuels enregistrés quatre décennies plus tôt. En Afrique sub-saharienne, par contre, le nombre des décès de cette catégorie de population a presque doublé pendant cette période, passant d'environ 2,3 millions à 4,5 millions par an (117). En l'an 2000, 43 % des morts infantiles dans le monde se sont produites en Afrique sub-saharienne, contre 14 % en 1960 (118).

Malgré les améliorations constatées en matière de survie de l'enfant dans le monde en développement, certains pays n'ont

Tableau 11

Grossesse chez les adolescentes, 1990-2001

Pourcentage des femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont commencé à avoir des enfants^a

Certains pays d'Asie et du Proche Orient et d'Afrique du Nord ont été exclus parce que l'enquête n'a porté que sur les femmes mariées au moins une fois.

ND = Non disponible

^a Les femmes qui sont enceintes ou ont eu un enfant

Région, pays et année	Actuellement mariée ou dans une union	Célibataires	Total	Région, pays et année	Actuellement mariée ou dans une union	Célibataires	Total
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE				ASIE			
<i>Africa du Sud</i> 1998	50	15	16	<i>Cambodge</i> 2000	64	1	8
<i>Bénin</i> 2001	82	3	22	<i>Philippines</i> 1998	79	1	7
<i>Burkina Faso</i>				AMERIQUE LATINE ET CARAIBES			
1998-99	69	2	25	<i>Belize</i> 1999	78	NA	15
<i>Cameroun</i> 1998	69	10	31	<i>Bolivie</i> 1997	89	3	14
<i>Cap-Vert</i> 1998	79	13	18	<i>Brésil</i> 1996	82	5	18
<i>Comores</i> 1996	78	1	9	<i>Colombie</i> 2000	84	8	19
<i>Côte d'Ivoire</i>				<i>Costa Rica</i> 1993	77	7	17
1998-99	80	16	31	<i>El Salvador</i> 1998	83	9	25
<i>Erythrée</i> 1995	61	0	23	<i>Equateur</i> 1999	85	6	20
<i>Ethiopie</i> 2000	63	2	16	<i>Guatemala</i> 1998-99	78	2	22
<i>Gabon</i> 2000	69	25	33	<i>Haïti</i> 2000	86	5	18
<i>Ghana</i> 1998	74	3	14	<i>Honduras</i> 2001	66	9	23
<i>Guinée</i> 1999	75	6	37	<i>Jamaïque</i> 1997	61	7	24
<i>Kenya</i> 1998	78	9	21	<i>Nicaragua</i> 2001	77	10	25
<i>Madagascar</i> 1997 ..	78	14	36	<i>Paraguay</i> 1998	71	7	16
<i>Malawi</i> 2000	79	11	33	<i>Pérou</i> 2000	84	5	13
<i>Mali</i> 2001	76	11	40	<i>Porto Rico</i> 1996	100	7	18
<i>Maurice</i> 1991	74	1	9	<i>Rép. dominicaine</i>			
<i>Mozambique</i> 2001				1996	76	2	23
<i>Namibie</i> 1992	78	17	22	median	80	7	19
<i>Niger</i> 1998	68	3	43	Moyenne			
<i>Nigeria</i> 1990	71	2	28	(non pondérée)	80	6	19
<i>Ouganda</i> 2000-01				TOUS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT			
<i>Rép. centrafricaine</i>				median	77	6	22
1994-95	67	14	36	Moyenne			
<i>Rwanda</i> 2000	79	2	7	(non pondérée)	75	7	23
<i>Sénégal</i> 1997	65	5	22	EASTERN EUROPE & CENTRAL ASIA			
<i>Tanzanie</i> 1999	74	10	26	<i>Arménie</i> 2000	NA	NA	6
<i>Tchad</i> 1996-97	77	3	39	<i>Azerbaïdjan</i> 2001	40	0	4
<i>Togo</i> 1998	77	5	19	<i>Géorgie</i> 1999	67	0	10
<i>Zambie</i> 1996	84	11	31	<i>Kazakhstan</i> 1999	70	1	7
<i>Zimbabwe</i> 2001	78	7	21	<i>Moldova</i> 1997	65	1	9
Median	75	8	26	<i>Ouzbékistan</i> 1996	73	0	10
Moyenne				<i>Rép. kirghize</i> 1997 ..	71	0	9
(non pondérée)	73	8	26	<i>Roumanie</i> 1999	64	1	7
PROCHE ORIENT ET				<i>Ukraine</i> 1999	64	1	8
AFRIQUE DU NORD				median	66	0	8
<i>Maroc</i> 1992	58	0	7	Moyenne			
<i>Mauritania</i>				(non pondérée)	64	0	8
2000-01	54	0	14				

Population Reports

toujours pas atteint les objectifs de réduction de la mortalité infanto-juvénile fixés pour l'an 2000 par le Sommet mondial de l'enfance de 1990. Parmi ces objectifs figuraient la réduction, avant l'an 2000, des niveaux de mortalité infantile (probabilité de décès d'un enfant avant qu'il ne célèbre son premier anniversaire) et de celle des moins de cinq ans (probabilité de décès d'un enfant avant qu'il n'atteigne cinq ans d'âge) soit d'un tiers ou entre 50 et 70 décès par tranche de 1 000 naissances, la préférence allant au chiffre inférieur (123).

Selon les enquêtes menées entre 1990 et 2001, 30 pays sur 56 avaient réussi à atteindre l'objectif fixé pour la mortalité infantile et tout juste 19 pour celle des moins de cinq ans. Lors de premières enquêtes réalisées au Cameroun, au Kenya et en Haïti dans les années 1990, les niveaux de mortalité infantile sont tombés à entre 50 et 70 décès par tranche de 1 000 naissances vivantes, mais ils avaient remontés au moment de celles qui ont été menées par la suite.

Les objectifs fixés par le Sommet mondial n'ont pas été atteints pour diverses raisons, parmi lesquelles on peut citer un engagement moindre en faveur des programmes de vaccination des enfants, les conflits armés et la guerre civile et la transmission du VIH de la mère à l'enfant (130, 142). Par contre, les pratiques relatives à l'alimentation au sein se sont améliorées dans de nombreux pays depuis 1990, un plus grand nombre de mères adoptant celles qui sont bénéfiques au plan de la santé et de la survie juvénio-infantile.

Les taux de survie juvénio-infantile sont liés à ceux de la fécondité (10, 43, 59). Une étude portant sur 23 pays d'Afrique sub-saharienne a constaté que les différences enregistrées en matière de taux de survie de l'enfant représentent la majeure partie des différences de taux de fécondité entre pays lors des années 1980 et 1990 (61). L'une des raisons est que lorsque les enfants meurent, les familles ont fortement tendance à en avoir beaucoup.

Les niveaux de mortalité des nourrissons aussi bien que des enfants sont élevés dans un pays qui n'est toujours pas en transition démographique. Les décès d'enfants ayant entre un et cinq ans d'âge représentent la majeure partie des niveaux de mortalité des moins de cinq ans. Lorsque les taux de mortalité et de fécondité baissent pendant la transition démographique, le nombre de décès d'enfants ayant entre un et cinq ans chute plus rapidement que parmi ceux qui ont moins de douze mois.

Au fur et à mesure de l'amélioration des soins de santé infantile dans les pays, les décès des nourrissons commenceront à représenter la plus grande partie de la mortalité des moins de cinq ans. Ainsi donc, il faudra que les programmes qui ont fortement contribué à la survie de l'enfant — vaccination, thérapie de réhydratation par voie orale, traitement des maladies respiratoires aiguës — soient associés à des efforts plus importants dans ce domaine, comme l'amélioration des services de santé maternelle et une meilleure nutrition au début de la période de sevrage (14).

■ Mortalité infantile

Dans 56 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, 68 enfants sur 1 000 naissances en moyenne meurent avant leur premier anniversaire. Les niveaux de mortalité infantile sont en moyenne les plus élevés en Afrique sub-saharienne (87 décès de nourrissons par tranche de 1 000 naissances) et les plus faibles en Amérique latine et dans les Caraïbes (39 sur 1 000). Au niveau des pays,



Une moyenne de 11 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts chaque année dans les pays en développement au cours de la décennie écoulée.

les taux les plus élevés sont enregistrés au Mozambique (135 sur 1 000) et les plus bas en Colombie (21 sur 1 000) (voir Tableau 12, p. 34).

Sur 37 pays en développement où plus d'une enquête a été effectuée depuis 1990, les taux de mortalité infantile se sont améliorés dans 12, mais ont empiré dans 6. (Les changements portant sur moins de 10 décès par tranche de 1 000 naissances ne sont pas statistiquement importants et ne peuvent donc pas être considérés comme reflétant des changements véritables dans le taux de mortalité (96).) En Afrique sub-saharienne, il n'y a eu une amélioration de la mortalité infantile qu'au Ghana et au Malawi. La situation dans ce domaine s'est le plus détériorée en Côte d'Ivoire et au Rwanda (voir Tableau Web 12).

Ailleurs, les niveaux régionaux de mortalité infantile se sont améliorés d'une moyenne de 16 à 19 % entre les enquêtes. Au Bangladesh, au Belize, en Indonésie, au Nicaragua et au Pérou, les taux ont baissé de 20 à 29 décès par tranche de 1 000 naissances au cours des 6 à 9 ans qui ont séparé deux enquêtes successives. Sur 28 pays ayant fait l'objet d'une enquête en dehors de l'Afrique sub-saharienne, tous — à l'exception du Cambodge, de Haïti, de la Mauritanie, du Pakistan et du Yémen — ont fait passer la mortalité infantile aux niveaux fixés par le Sommet mondial de l'enfance de l'an 2000.

Tableau 12

Taux de mortalité et de vaccination juvéniles, 1990–2001

ND = Non disponible

^a Pour la période de cinq ans précédant l'enquête

^b Selon les carnets de vaccination et les déclarations des mères.

^c Données pour 1992–93 (données de vaccination non disponibles pour 1997).

^d Pour les enfants âgés de 18 à 29 mois.

^e Pour la période de dix ans précédant l'enquête ; données non disponibles pour l'enquête de 1998.

Population Reports

Région, pays et année	Décès pour 1.000 naissances ^a		% d'enfants de 12 à 23 mois dont la couverture vaccinale est complète ^b	Région, pays et année	Décès pour 1.000 naissances ^a		% d'enfants de 12 à 23 mois dont la couverture vaccinale est complète ^b
	De 0 à 1 an	De 0 à 5 ans			De 0 à 1 an	De 0 à 5 ans	
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE				ASIE			
Africa du Sud 1998.....	45	59	63	Bangladesh 1999–2000	66	94	60
Bénin 2001.....	89	160	59	Cambodge 2000.....	95	124	40
Burkina Faso 1998–99..	105	219	29	Inde 1998–99.....	68	95	39
Cameroun 1998.....	77	151	36	Indonésie 1997.....	46	58	55
Cap-Vert 1998.....	31	42	37	Népal 2001.....	64	91	66
Comores 1996.....	77	104	55	Pakistan 1990–91.....	86	112	35
Côte d'Ivoire 1998–99	112	181	51	Philippines 1998.....	35	48	73
Erythrée 1995.....	66	136	41	Vietnam 1997.....	29	38	50
Ethiopie 2000.....	97	166	14	Médiane	65	93	53
Gabon 2000.....	57	89	15	Moyenne (non pondérée)	61	83	52
Ghana 1998.....	57	108	62	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES			
Guinée 1999.....	98	177	32	Belize 1999.....	22	26	ND
Kenya 1998.....	74	112	60	Bolivie 1998.....	67	92	26
Madagascar 1997.....	96	159	36	Brésil 1996.....	39	49	73
Malawi 2000.....	104	189	70	Colombie 2000.....	21	25	52
Mali 2001.....	113	229	29	El Salvador 1998.....	35	43	77
Mozambique 1997.....	135	201	47	Equateur 1999.....	30	39	77
Namibie 1992.....	57	84	58	Guatemala 1998–99.....	45	59	60
Niger 1998.....	123	274	18	Haïti 2000.....	80	119	34
Nigeria 1990.....	87	193	29	Honduras 2001.....	34	45	89
Ouganda 2000–01.....	88	152	37	Nicaragua 2001.....	31	40	72 ^d
Rép. centrafricaine				Paraguay 1995–96 ^e	27	33	50
1994–95.....	97	158	37	Pérou 2000.....	33	47	56
Rwanda 2000.....	107	196	76	Rép dominicaine 1996..	47	57	39
Sénégal 1997.....	68	139	49 ^c	Médiane	34	45	58
Tanzanie 1999.....	99	147	68	Moyenne (non pondérée)	39	52	59
Tchad 1996–97.....	103	194	11	TOUS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT			
Togo 1998.....	80	146	31	Médiane	67	104	50
Zambia 1996.....	109	197	78	Moyenne (non pondérée)	68	111	49
Zimbabwe 1999.....	65	102	64	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE			
Médiane	89	158	41	Arménie 2000.....	36	39	71
Moyenne				Azerbaïdjan 2001.....	74	88	ND
(non pondérée)	87	154	45	Géorgie 1999.....	43	46	ND
PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD				Kazakhstan 1999.....	62	71	73
Egypte 2000.....	44	54	92	Ouzbékistan 1996.....	49	59	73
Jordanie 1997.....	29	34	21	Rép. kirghize 1997.....	61	72	70
Maroc 1992.....	70	104	32	Roumanie 1999.....	30	32	ND
Mauritanie 2001.....	57	76	76	Turkménistan 2000.....	74	94	85
Turquie 1998.....	43	52	46	Ukraine 1999.....	14	14	ND
Yémen 1997.....	75	105	28	Médiane	49	59	73
Médiane	50	65	39	Moyenne (non pondérée)	49	57	76
Moyenne							
(non pondérée)	53	71	49				

Les niveaux de mortalité infantile varient énormément entre les neuf pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale pour lesquels on dispose de données, allant d'un plancher de 14 décès par tranche de 1 000 naissances en Ukraine à un plafond de 74 en Azerbaïdjan et au Turkménistan. Les taux sont plus élevés en Asie centrale et dans le Caucase qu'en Europe de l'Est. A l'exception du Kazakhstan, où ils ont augmenté, ils ont généralement baissé dans la région depuis 1990.

Mortalité des moins de cinq ans

Les niveaux et tendances de la mortalité des moins de cinq ans ont été similaires à ceux de la mortalité infantile pendant les années 1990. Les maladies qui entraînent la mort de nombreux nourrissons tuent aussi un grand nombre d'enfants entre un et cinq ans. Les différences constatées en ce qui concerne

cette mortalité dans 56 pays ayant fait l'objet d'une enquête sont cependant plus importantes que celles qui ont trait à la mortalité infantile.

En Afrique sub-saharienne, la mortalité des moins de cinq ans — 154 par tranche de 1 000 naissances — est deux à trois supérieure à la moyenne de toute autre région. La pauvreté, la propagation des maladies contagieuses, dont une montée en flèche de la tuberculose et du VIH/SIDA, une aggravation des niveaux de malnutrition et un accès limité aux services médicaux contribuent aux niveaux élevés de la mortalité des moins de cinq ans dans cette région (118).

Dans plus de la moitié des 29 pays ayant fait l'objet d'une enquête sur ce continent, les taux de mortalité des moins de cinq ans dépassent 150 pour 1 000 naissances. Ils sont de plus de 200 au Burkina Faso, au Mali et au Mozambique et atteignent 274 pour 1 000 naissances au Niger. Parmi les 27 pays

d'autres régions où une enquête a été menée, les taux les plus élevés se situent entre 104 et 124 décès pour 1 000 naissances au Cambodge, en Haïti, en Mauritanie, au Pakistan et au Yémen (voir Tableau 12).

Sur les 37 pays en développement où plus d'une enquête a été effectuée depuis 1990, ces taux ont baissé dans 17, augmenté dans six d'entre eux et sont demeurés à peu près les mêmes dans 14 autres. La mortalité des moins de cinq ans a nettement diminué dans les cinq pays d'Asie où plusieurs enquêtes ont été menées. En Amérique latine et dans les Caraïbes, où les taux de cette mortalité sont les plus faibles de toutes les autres régions en développement, on a constaté une baisse sensible dans sept des 12 pays ayant fait l'objet de plus d'une enquête depuis 1990.

Les six pays où l'on constate un accroissement des taux de mortalité des moins de cinq ans se trouvent en Afrique subsaharienne : Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Rwanda et Zimbabwe. Par contre, des améliorations substantielles ont été constatées dans trois autres pays de la région — Malawi, Niger et Ouganda — dans le domaine de la survie de l'enfant au cours des années 1990 (voir Tableau Web 12).

Impact du VIH/SIDA

Les Nations Unies estiment qu'en Afrique, entre 1995 et 2015, le SIDA mettra fin aux jours de 3,7 millions d'enfants avant qu'ils n'atteignent cinq ans. Les pays les plus touchés — Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe — prévoient des taux de mortalité des moins de cinq ans deux à trois fois plus élevés qu'ils ne l'auraient été s'il n'y avait pas le SIDA (113). Même dans les pays où l'impact du VIH/SIDA ne s'est toujours pas fait complètement sentir il est improbable que l'on ait d'autres réductions de cette mortalité parce que celle qui est due au SIDA dépasse de loin tout progrès que l'on peut faire contre les autres causes de décès (3).

Une étude portant sur les données EDS collectées dans 25 pays depuis 1990, estime que dans les pays où le taux de séroprévalence est élevé, celui-ci est responsable d'une part importante des décès des moins de cinq ans — de 13 % en Tanzanie à 61 % au Zimbabwe (2). D'autres chercheurs estiment qu'entre les enquêtes effectuées dans les années 1990, l'accroissement de la prévalence du VIH/SIDA a annulé les progrès réalisés dans le domaine de la survie de l'enfant en Tanzanie (71).

Mais, dans les 25 pays où des enquêtes ont été effectuées, le VIH/SIDA n'est pas le facteur le plus important affectant les taux de mortalité des moins de cinq ans. Ceux qui le sont le plus sont les conditions sociales et économiques de la famille et l'infrastructure médicale du pays (2). Une autre étude, portant sur 39 pays d'Afrique subsaharienne, a constaté qu'au Botswana, en Namibie, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe, plus de 30 décès sur 1 000 naissances chez les enfants de moins de cinq ans étaient dus au VIH, alors que celui-ci n'en est la cause que de 10 sur 1 000 dans 18 autres pays (130).

Vaccination des enfants

Le Sommet mondial de l'enfance de 1990 a fixé le but de vacciner 90 % des enfants de moins d'un an du monde entier avant l'an 2000 (123). A la date des enquêtes les plus récentes, les

niveaux de vaccination complète des enfants de 12 à 23 mois n'ont cependant atteint ou dépassé ce chiffre qu'en Egypte, le Honduras suivant de près avec 89 %. La vaccination complète des enfants n'a pas dépassé 49 % dans 55 pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête. Ces faibles niveaux ont affecté en particulier la survie de l'enfant dans les pays d'Afrique subsaharienne (118).

Le programme étendu de vaccination de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se concentre sur six maladies infantiles courantes qui peuvent être prévenues par la vaccination : diphtérie, coqueluche et tétanos (DPT), rougeole, polio et tuberculose (BCG). La vaccination complète comprend trois doses de vaccin DPT, trois de vaccin anti-polio administré par voie orale, une vaccination contre la rougeole et le BCG.

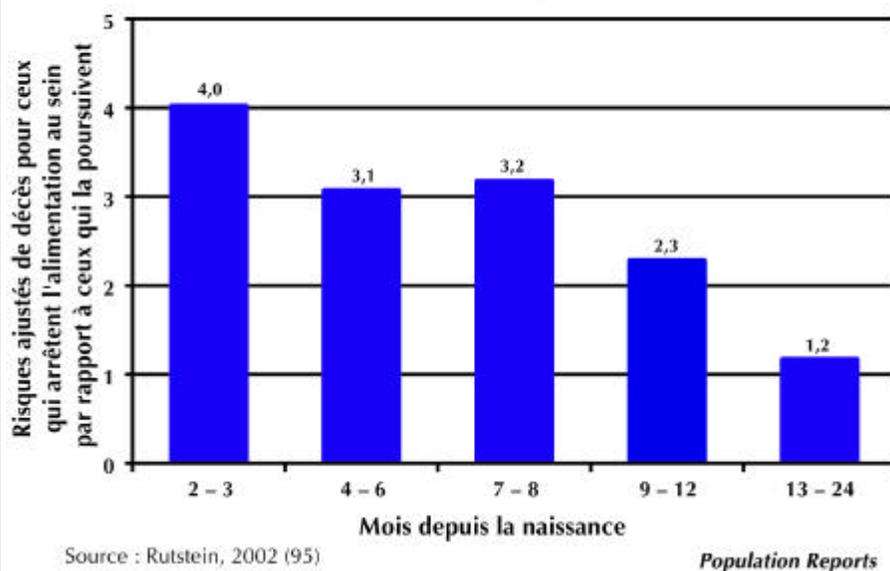
La couverture complète de vaccination des enfants âgés de 12 à 23 mois varie énormément entre les 29 pays d'Afrique subsaharienne ayant fait l'objet d'une enquête, allant de 11 % seulement au Tchad, à 78 % en Zambie. Il en va de même pour six pays d'Afrique du Nord et du Proche Orient où les taux vont de 21 % en Jordanie à 92 % en Egypte. Dans les pays d'Asie où une enquête a été menée, ces niveaux vont d'un tiers des enfants du Pakistan à environ les trois quarts de ceux des Philippines. Les niveaux moyens de couverture complète sont les plus élevés en Amérique latine et dans les Caraïbes, où ils atteignent 59 %. On trouve les plus bas en Bolivie, avec 26 %, mais ils sont de plus de 75 % en Equateur, au El Salvador et au Honduras (voir Tableau 12).

Les niveaux de couverture complète sont faibles dans certains pays parce que la troisième dose de DPT et celle du vaccin contre la polio ne sont pas administrées. En Ouganda, par exemple, moins de la moitié des enfants les ont reçues alors que 70 % avaient eu la première de la série (109). Dans d'autres pays, la couverture n'est pas complète parce qu'il manque un vaccin particulier (37). Une couverture incomplète peut



Au Maroc et dans plusieurs autres pays ayant fait l'objet d'une enquête, plus des trois quarts des jeunes enfants ont été entièrement vaccinés. Mais les niveaux de vaccination sont toujours nettement inférieurs aux recommandations de l'OMS dans de nombreux pays.

Figure 2. Effets de l'arrêt de l'alimentation au sein sur la mortalité juvéno-infantile



L'alimentation au sein peut sauver la vie des jeunes. Elle présente de nombreux avantages en matière de santé et de nutrition pour les nourrissons et les jeunes enfants.

être due à une mauvaise prestation de services et à des problèmes de logistique aussi bien qu'au manque de services de santé dans les endroits isolés et aux conflits ou troubles civils qui perturbent les services de santé (116, 121).

Alimentation au sein et santé juvéno-infantile

Il semble que les pratiques en matière d'alimentation au sein se soient améliorées dans les pays en développement depuis 1990. Le niveau de cette forme exclusive d'alimentation jusqu'à trois mois a augmenté d'une moyenne de 10 % en moyenne dans 35 pays où plus d'une enquête a été effectuée depuis 1990, principalement parce que les mères ont arrêté de donner à leurs enfants d'autres aliments trop tôt. Cette pratique est en forte augmentation dans certains pays depuis 1990, dont une pointe à 59 % au Malawi (voir Tableau Web 13).

La pratique consistant à donner des aliments complémentaires à un âge approprié a augmenté d'environ 6 % dans 35 pays où plusieurs enquêtes ont été effectuées. Ce chiffre est nettement supérieur dans trois pays : 28 % au Ghana, 30 % au Bangladesh et 38 % en Ouganda.

Le niveau d'alimentation au sein continue pour les enfants de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois est demeuré en général à peu près le même dans les pays ayant fait l'objet de plusieurs enquêtes depuis 1990. Il a cependant augmenté de 12 à 28 % entre les enquêtes au El Salvador, au Malawi, au Nicaragua et au Pérou.

Les pratiques dans ce domaine se sont détériorées dans plusieurs pays. Les niveaux d'alimentation exclusive au sein ont chuté de 32 à 15 % en Jordanie entre deux enquêtes et il en a été de même pour l'alimentation complémentaire au Bénin (de 83 à 64 %) et en Turquie (de 45 à 33 %). Au Niger et au Rwanda, l'alimentation au sein continue pour les enfants de 20 à 23 mois a baissé de 26 et de 40 % entre les enquêtes.

Avantages de l'alimentation au sein. L'alimentation au sein présente un avantage important pour la santé des nourrissons

et des enfants en les immunisant contre certaines maladies, en les empêchant d'être exposés à de l'eau impure et en contribuant une nutrition adéquate. Une étude récente de données provenant de 17 pays illustre son impact sur la survie de l'enfant. Si l'on tient compte d'autres facteurs affectant cette dernière, un nourrisson a quatre fois plus de chances de mourir si sa mère arrête l'alimentation au sein quand il a entre 2 et 3 mois que si elle poursuit celle-ci (voir Figure 2).

L'alimentation au sein protège même les nourrissons plus âgés de la mort. Par exemple, ceux qui ne prennent plus le sein entre 9 et 12 mois ont 2,3 fois plus de chances de mourir que ceux qui continuent ce type d'alimentation (95).

Presque tous les nourrissons des pays en développement sont plus ou moins nourris au sein pendant leurs trois premiers mois. Les données obtenues auprès de 56 pays depuis 1990 indiquent qu'un tiers de ceux qui ont moins de quatre mois sont exclusivement alimentés au sein — de 44 % en Asie à 29 % en Afrique sub-saharienne. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la moyenne est de 37 % pour cette catégorie et de 34 % au Proche Orient et en Afrique du Nord (voir Tableau 13).

Commencer l'alimentation complémentaire trop tard peut entraîner une malnutrition. Vers six mois, l'enfant a besoin d'aliments solides ou presque afin de compléter les éléments nutritifs du lait maternel (120). Les enquêtes indiquent que 64 % des bébés de 6 à 9 mois en bénéficient, encore que les différences entre pays soient substantielles (voir Tableau 13).

L'alimentation au sein jusqu'à l'âge de deux ans, associée à une alimentation complémentaire appropriée, contribue à une bonne nutrition et à prévenir la diarrhée (120). Dans les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête, 78 % des mères continuent à donner plus ou moins le sein à leurs enfants âgés de 12 à 15 mois. Ces niveaux chutent considérablement pour ceux qui ont entre 20 et 23 mois, soit à 45 %. Les mères d'Afrique sub-saharienne et d'Asie ont deux fois plus tendance à poursuivre l'alimentation au sein très avant dans la deuxième année de leur enfant que celles d'autres régions en développement (voir Tableau 13).

Tableau 13. Alimentation au sein jusqu'à 24 mois, 1990-2001

Région, pays et année	% des nourrissons ayant :				De 6 à 9 mois avec complément	De 12 à 15 mois AF	De 20 à 23 mois AF
	De 0 à 3 mois		De 6 à 9 mois				
	Exclusive ^a	Prédominante ^b	Prédominante ^b	Exclusive ^a			
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE^c							
Afrique du Sud 1998	16	10	15	62	60	33	86
Bénin 2001	2	47	23	64	94	60	54
Burkina Faso 1998-99	1	5	88	49	96	86	69
Cameroun 1998	1	16	55	71	85	70	88
Cap-Vert 1998	2	57	15	64	60	ND	86
Comores 1996	3	5	48	86	80	44	85
Côte d'Ivoire 1998-99	2	1	77	63	91	55	51
Frythérie 1995	1	65	28	45	91	60	23
Éthiopie 2000	1	62	20	42	94	77	23
Gabon 2000	13	7	28	62	44	6	60
Ghana 1998	1	36	48	63	97	57	57
Guinée 1999	2	12	68	27	95	73	82
Kenya 1998	1	17	31	88	89	54	86
Madagascar 1997	2	61	25	88	90	49	86
Malawi 2000	2	62	15	92	97	72	86
Malï 2001	2	28	62	32	93	65	86
Mozambique 1997	4	38	37	83	94	59	86
Namibie 1992	2	22	52	66	75	27	86
Niger 1998	2	1	86	71	95	48	86
Nigeria 1990	4	1	60	51	87	41	86
Ouganda 2000-01	2	74	5	73	88	44	86
Rep. centrafricaine 1994-95	1	4	63	93	96	54	86
Rwanda 2000	2	88	2	75	93	61	86
Sénégal 1997	2	14	63	62	90	50	86
Tanzanie 1999	2	40	39	63	90	49	86
Togo 1998	3	2	82	71	91	63	86
Tchad 1995-96	3	15	54	88	96	77	86
Zambie 1996	3	25	45	93	94	43	86
Zimbabwe 1999	3	39	26	90	95	37	86
Médiane	2	22	45	66	93	54	86
Moyenne (non pondérée)	3	29	43	68	88	53	86
PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD							
Égypte 2000	4	66	18	64	79	30	86
Jordanie 1997	6	15	32	63	42	12	86
Maroc 1992	1	62	15	35	63	19	86
Mauritanie 2000-01	6	28	38	62	88	52	86
Turquie 1998	7	9	50	33	51	21	86
Yémen 1997	8	22	30	51	59	37	86
Médiane	6	25	31	57	61	25	86
Moyenne (non pondérée)	5	34	30	51	64	29	86
ASIE							
Bangladesh 1999-2000	1	53	18	59	59	18	86
Cambodge 2000	2	14	71	71	71	87	86
Inde 1998-99	2	55	25	34	88	69	86
Indonésie 1997	3	52	8	81	81	86	86
Népal 2001	1	78	10	66	66	98	86
Pakistan 1990-91	5	25	41	29	78	51	86
Philippines 1998	18	48	11	58	48	48	86
Vietnam 1997	4	25	39	84	84	23	86
Médiane	3	50	22	63	87	60	86
Moyenne (non pondérée)	4	44	28	60	61	57	86
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES							
Belize 1999	10	24	24	54	54	ND	86
Bolivie 1998	2	60	10	70	76	31	86
Bresil 1996	15	40	15	30	33	17	86
Colombie 2000	6	33	15	60	49	23	86
El Salvador 1998	7	21	28	77	65	25	86
Équateur 1999	6	42	21	70	60	25	86
Costa Rica 1998-99	5	45	27	61	83	45	86
Haïti 2000	4	31	26	74	79	27	86
Honduras 2001	8	43	16	61	76	34	86
Nicaragua 2001	5	39	15	67	62	36	86
Paraguay 1995-96	8	7	59	59	40	15	86
Pérou 2000	1	72	9	75	83	46	86
Rep. dominicaine 1996	12	26	15	38	31	8	86
Médiane	6	39	16	61	64	27	86
Moyenne (non pondérée)	7	37	22	61	61	28	86
TOUS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT							
Médiane	3	29	28	63	87	45	86
Moyenne (non pondérée)	4	34	35	64	79	45	86
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE							
Arménie 2000	6	44	29	51	29	13	86
Azerbaïdjan 2001	5	ND	ND	ND	ND	ND	86
Kazakhstan 1999	1	47	30	64	61	10	86
Ouzbékistan 1996	5	4	60	57	64	34	86
Rep. kirghize 1995	5	30	45	55	73	18	86
Turkmenistan 2000	5	16	68	70	76	27	86
Médiane	5	30	45	57	64	18	86
Moyenne (non pondérée)	4	28	48	59	60	22	86

^a Exclusive : lait maternel uniquement.
^b Prédominante : lait maternel et eau ou autre liquide non lacté.
^c Avec complément : lait maternel et aliments solides ou semi solides.
 ND = Non disponible.

Santé maternelle

Une assistance médicale qualifiée pendant l'accouchement, que ce soit à la maison ou dans un centre médical, peut sauver la vie des femmes. Les complications non ou mal traitées de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont les principales causes de décès chez les femmes dans les pays en développement (77). Pour prévenir les complications de la maternité, il faut que des assistants qualifiés participent à l'accouchement et suivent la période du post-partum (66, 68, 108, 129, 139). Parmi ceux-ci, on peut citer les médecins, les infirmières et les sages-femmes formés aux accouchements normaux et pouvant aussi diagnostiquer et référer ou autrement gérer les complications obstétriques.

Les visites prénatales peuvent permettre d'identifier et de soigner certains problèmes tels que la malnutrition, la tuberculose, la syphilis, l'anémie grave, la pré-éclampsie et l'éclampsie. Des assistantes qualifiées peuvent administrer des injections antitétaniques et des compléments de fer et de folates et donner des conseils aux futures mères sur la santé et la nutrition pendant la grossesse. Elles peuvent aussi les aider à se préparer à l'accouchement et planifier ce qu'il faut faire en cas de complication (68).

Les enquêtes démontrent que les pratiques en matière de santé maternelle ne sont souvent pas à la hauteur. Un quart des femmes interrogées dans les pays en développement n'ont pas bénéficié de soins avant la naissance dispensés par une assistante qualifiée lors de leur plus récente grossesse au cours des cinq dernières années. Plus d'un tiers n'a pas reçu d'injection antitétanique et près de la moitié n'avaient pas d'aide qualifiée au moment de l'accouchement. Seuls quelques rares pays ont enregistré une amélioration notable de leurs indicateurs de santé maternelle depuis 1990.



Patricia Poppe, JHU, KCCP

Au Guatemala, des femmes attendent de recevoir des soins prénatals dans une clinique rurale. L'accès des femmes à une assistance médicale qualifiée pendant la grossesse et à la naissance varie énormément.

Soins avant la naissance

Si l'on se base sur 60 pays ayant fait l'objet d'une enquête, l'accès des femmes des régions en développement à des soins prénatals varie considérablement. En Asie, au Proche Orient et en Afrique du Nord, près de 60 % des femmes enceintes ont reçu une visite ou plus de prestataires qualifiés de soins lors de leurs plus récentes grossesses. Au Bangladesh, au Maroc et au Yémen, par contre, cela n'a été le cas que pour un tiers seulement des femmes et pour à peine un quart au Pakistan. Par opposition, en Indonésie et en Jordanie, neuf femmes sur 10 ont bénéficié de soins prénatals assurés par un prestataire qualifié (voir Tableau 14).

En Afrique sub-saharienne, 77 % des femmes en moyenne ont reçu la visite d'une personne qualifiée pour des soins avant la naissance au cours de leur dernière grossesse. Au moins la moitié des femmes enceintes de chacun des 30 pays ayant fait l'objet d'une enquête, à l'exception de l'Éthiopie, du Niger et du Tchad, ont bénéficié de soins prénatals et ce chiffre est de 90 % ou plus dans 11 pays. En Amérique latine et aux Caraïbes, cette moyenne était de 86 %, avec des taux nettement inférieurs en Bolivie (65 %) et au Guatemala (60 %). Dans tous les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ayant fait l'objet d'une enquête, 90 % ou plus des femmes ont reçu de tels soins pendant leur grossesse, à l'exception de l'Azerbaïdjan et du Kazakhstan.

Le pourcentage de femmes ayant bénéficié, depuis 1990, de soins qualifiés avant la naissance a légèrement augmenté en Asie (6 %), en Afrique du Nord et au Proche Orient (8 %) et en Amérique latine et dans les Caraïbes (7 %), mais il est demeuré à peu près le même en Afrique sub-saharienne. Sur les 38 pays où plusieurs enquêtes ont été effectuées, des augmentations de 10 % ou plus des soins avant la naissance ont été enregistrées en Bolivie, en Haïti, en Jordanie, au Mali, au Népal, au Nicaragua et au Pérou. Le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par une personne qualifiée n'a pas fluctué de plus de 3 % dans aucun des pays en développement (voir Tableau Web 14).

Injections antitétaniques

Dans les années 1990, le tétanos maternel a tué entre environ 150 000 et 300 000 femmes (42). Les spores infectent les femmes et les enfants lors d'accouchements dangereux et non hygiéniques, ce qui se monte, selon les estimations, à 5 % des décès maternels et 14 % des morts néonatales (119).

Les vaccins antitétaniques peuvent prévenir ces infections et sauver la vie des mères comme celle de leurs enfants. Les femmes enceintes devraient recevoir au moins deux doses d'anatoxine tétanique, ce qui assure entre un et trois ans de protection (122).

Dans les 56 pays ayant fait l'objet de l'enquête depuis 1990, près de deux tiers des femmes ont reçu une ou plusieurs injections antitétaniques au cours d'une grossesse dans les cinq ans de l'enquête (voir Tableau 14). Les immunisations antitétaniques et les soins prénatals ne sont pas toujours liés. En Jordanie par exemple, presque toutes les femmes interrogées ont bénéficié de soins prénatals pendant leur dernière grossesse, mais seulement 40% d'entre elles ont reçu des injections antitétaniques. En Égypte par contre, la moitié des femmes environ a bénéficié de soins prénatals, alors que près de trois-quarts d'entre elles ont reçu des injections antitétaniques. Près de 30 % des femmes ayant été vaccinées contre le tétanos n'ont pas demandé à recevoir d'autres soins prénatals (39).

La couverture par vaccination antitétanique est en moyenne la plus basse au Proche-Orient et en Afrique de Nord, soit 44%.

Tableau 14

Indicateurs relatifs à la santé maternelle, 1990-2001

Region, Country & Year	Soins qualifiés avant la naissance ^{a,b}	Injections antitétaniques ^c	Accouchement dans une installation médicale ^a	Assistance qualifiée à la naissance ^{a,b}	Region, Country & Year	Soins qualifiés avant la naissance ^{a,b}	Injections antitétaniques ^c	Accouchement dans une installation médicale ^a	Assistance qualifiée à la naissance ^{a,b}
SUB-SAHARAN AFRICA					ASIE				
<i>Africa du Sud 1998</i>	94	59	83	84	<i>Indonésie 1997</i>	89	72	21	49
<i>Bénin 2001</i>	87	71	76	73	<i>Népal 2001</i>	49	55	8	13
<i>Burkina Faso 1998-99</i>	61	54	32	31	<i>Pakistan 1990-91</i>	26	30	13	19
<i>Cameroun 1998</i>	79	69	54	58	<i>Philippines 1998</i>	86	69	34	56
<i>Cap-Vert 1998</i>	97	77	93	97	<i>Vietnam 1997</i>	71	71	62	77
<i>Comores 1996</i>	85	57	43	52	Mediane	57	70	17	37
<i>Côte d'Ivoire 1998-99</i>	84	75	47	47	Moyenne (non pondérée)	57	62	23	38
<i>Erythrée 1995</i>	49	33	17	21	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES				
<i>Ethiopie 2000</i>	27	26	5	6	<i>Belize 1999</i>	96	80	85	84
<i>Gabon 2000</i>	95	80	85	87	<i>Bolivie 1998</i>	65	46	53	57
<i>Ghana 1998</i>	88	81	43	44	<i>Brésil 1996</i>	86	59	92	88
<i>Guinée 1999</i>	71	68	29	35	<i>Colombie 2000</i>	91	83	88	86
<i>Kenya 1998</i>	92	90	42	44	<i>Costa Rica 1993</i>	95	ND	98	98
<i>Madagascar 1997</i>	77	50	34	47	<i>El Salvador 1998</i>	76	90	58	58
<i>Malawi 2000</i>	93	82	55	56	<i>Equateur 1999</i>	81	ND	69	69
<i>Mali 2001</i>	57	49	23	39	<i>Guatemala 1998-99</i>	60	56	40	41
<i>Maurice 1991</i>	91	ND	92	93	<i>Haïti 2000</i>	80	71	17	24
<i>Mozambique 1997</i> ..	71	34	44	44	<i>Honduras 2001</i>	85	94	55	55
<i>Namibie 1992</i>	87	61	67	68	<i>Jamaïque 1997</i>	99	77	90	95
<i>Niger 1998</i>	39	34	18	18	<i>Nicaragua 2001</i>	86	83	66	67
<i>Nigeria 1990</i>	59	52	32	33	<i>Paraguay 1998</i>	88	89	56	61
<i>Ouganda 2000-01</i> ..	92	70	37	38	<i>Pérou 2000</i>	84	80	58	59
Rep. centrafricaine 1994-95	67	70	50	46	<i>Porto Rico 1996</i>	99	ND	99	ND
<i>Rwanda 2000</i>	92	70	27	31	Rep. Dominicain 1996	98	96	95	95
<i>Sénégal 1997</i>	82	83	48	47	Mediane	86	80	68	67
<i>Tanzanie 1999</i>	93	83	44	44	Moyenne (non pondérée)	86	77	70	69
<i>Tchad 1996-97</i>	32	31	11	15	TOUS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT				
<i>Togo 1998</i>	82	61	49	51	Mediane	83	70	48	51
<i>Zambie 1996</i>	96	85	47	47	Moyenne (non pondérée)	75	64	50	53
<i>Zimbabwe 1999</i>	93	79	72	73	EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE				
Mediane	84	69	44	46	<i>Arménie 2000</i>	92	ND	91	97
Moyenne (non pondérée)	77	63	47	49	<i>Azerbaïdjan 2001</i>	70	ND	74	89
PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD					<i>Géorgie 1999</i>	91	ND	92	93
<i>Egypte 2000</i>	56	72	48	61	<i>Kazakhstan 1999</i>	74	ND	98	99
<i>Jordanie 1997</i>	96	40	93	97	<i>Moldova 1997</i>	99	ND	99	ND
<i>Maroc 1992</i>	32	54	28	31	<i>Ouzbékistan 1996</i>	95	ND	94	98
<i>Mauritanie 2000-01</i> ..	64	38	49	53	<i>Rép. kirghize 1997</i> ..	97	ND	96	98
<i>Turquie 1998</i>	68	44	73	81	<i>Rép. tcheque 1993</i> ..	99	ND	ND	ND
<i>Yémen 1997</i>	34	17	16	22	<i>Roumanie 1999</i>	89	ND	98	98
Mediane	60	42	48	57	<i>Turkménistan 2000</i> ..	98	ND	95	97
Moyenne (non pondérée)	58	44	51	57	<i>Ukraine 1999</i>	90	ND	99	ND
ASIE					Mediane	92	ND	95	97
<i>Bangladesh 1999-2000</i>	33	81	6	12	Moyenne (non pondérée)	90	ND	94	96
<i>Cambodge 2000</i>	38	45	10	32					
<i>Inde 1998-99^d</i>	65	75	34	42					

Population Reports

En Afrique sub-saharienne et in Asie, environ trois femmes enceintes sur cinq reçoivent au moins une injection antitétanique, et en Amérique latine et aux Caraïbes, ceci est le cas pour presque quatre femmes sur cinq.

Le pourcentage des femmes ayant reçu une injection antitétanique au cours d'une grossesse a augmenté de 5 % en moyenne dans 36 pays ayant fait l'objet de plusieurs enquêtes depuis 1990. Les augmentations ont été les plus fortes en Colombie et au Pérou. Mais dans les quatre pays, le Burkina Faso, Madagascar, l'Ouganda et le Rwanda les taux de vaccinations antitétaniques ont baissé (voir Tableau web 14).

Soins à l'accouchement

Il est capital, en cas d'urgence obstétrique ou de complication médicale pendant ou immédiatement après l'accouchement, qu'il y ait des assistants qualifiés pour gérer rapidement et efficacement le problème (138). Les enquêtes mesurent ces soins de deux façons : par le pourcentage de femmes donnant naissance dans une installation de santé plutôt qu'à la maison et par celui des naissances bénéficiant d'une assistance qualifiée, que ce soit à la maison ou en milieu médical. En règle

générale, plus le niveau d'accouchements ayant lieu à la maison est élevé, plus celui de l'assistance qualifiée est faible. Dans les pays où de nombreuses femmes accouchent dans des installations médicales, l'assistance qualifiée est aussi élevée.

Accouchement dans une installation médicale. Les femmes accouchent nettement plus à la maison que dans une installation de santé dans une bonne partie de l'Asie et dans certains pays d'Afrique sub-saharienne, du Proche Orient et d'Afrique du Nord. C'est le cas pour environ un quart des femmes enceintes vivant en Asie. Les pourcentages varient énormément d'un pays à un autre, allant de 10 % ou moins au Bangladesh, au Cambodge et au Népal, à 62 % au Vietnam (voir Tableau 14, p. 39).

Dans 30 pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête depuis 1990, près de la moitié des femmes qui ont accouché l'ont fait dans une installation médicale, de 5 % en Ethiopie — le niveau le plus bas de tous les pays où une enquête a été menée — à plus de 90 % à Maurice et au Cap-Vert, qui est presque le plus fort pourcentage de tous les pays du monde. Il en va de même pour dans six pays du Proche Orient et d'Afrique du Nord où une enquête a été effectuée : près de la moitié des femmes enceintes y ont donné naissance en milieu médical, de 16 % au Yémen à 93 % en Jordanie.

En Amérique latine et aux Caraïbes, 70 % en moyenne des femmes enceintes ont accouché dans de telles installations. Haïti enregistre le niveau le plus faible avec 17 %, alors que les plus élevés sont de 98 % au Costa Rica et de 99 % à Porto Rico. Il en a été de même dans tous les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, où cette moyenne est de plus de 90 %, à l'exception de l'Azerbaïdjan (74 %).

C'est dans les pays du Proche Orient et d'Afrique du Nord que l'on constate la plus forte augmentation du pourcentage des naissances ayant lieu en milieu médical pendant les années 1990 : 30 % de plus entre les enquêtes. L'augmentation la plus frappante a été enregistrée en Egypte où, lors d'un sondage effectué en l'an 2000, 48 % des femmes ont indiqué que leur accouchement le plus récent avait eu lieu en milieu médical, contre 27 % en 1992 (voir Tableau Web 14).

En Afrique sub-saharienne où plusieurs enquêtes ont été effectuées depuis 1990, les déclinés enregistrés dans certains pays dans le domaine des soins à l'accouchement ont dépassé les progrès réalisés par d'autres. Une étude de huit pays de cette région a constaté un déclin du nombre de césariennes, lié en partie à celui de l'accès aux services de santé (27).

Assistance qualifiée à la naissance. Presque toutes les femmes des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ayant fait l'objet d'une enquête ont accouché avec l'assistance de personnel qualifié alors que ce n'est le cas que pour la moitié seulement des naissances ayant lieu dans les pays en développement en général.

Les femmes bénéficient davantage d'une telle assistance en Amérique latine et au Caraïbes, où la moyenne est de 69 %. Elle est pratiquement universelle au Costa Rica, à la Jamaïque et en République dominicaine. Les seuls pays de la région où moins de la moitié des femmes accouchent avec une telle assistance sont le Guatemala (41 %) et Haïti (24 %) (voir Tableau 14, p. 39).

Dans les 30 pays d'Afrique sub-saharienne ayant fait l'objet d'une enquête, environ la moitié des femmes donnent naissance avec l'aide de personnel qualifié, mais cette moyenne dis-

simule de vastes écarts entre pays. On enregistre dans cette région certains des niveaux les plus élevés aussi bien que les plus bas dans ce domaine, allant de plus de neuf femmes sur 10 au Cap-Vert et à Maurice à moins de une sur 10 en Ethiopie.

De grandes différences sont aussi notées entre l'Asie du Sud-est et l'Asie du Sud. Par exemple, 56 % des femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel qualifié lors de leur accouchement au Philippines, contre moins de 20 % au Bangladesh, au Népal et au Pakistan. Dans les six pays du Proche Orient et d'Afrique du Nord ayant fait l'objet d'une enquête, ces niveaux vont de 97 % en Jordanie à 22 % au Yémen.

Dans les 37 pays où plus d'une enquête a été effectuée pendant les années 1990, le pourcentage moyen des femmes ayant bénéficié d'une assistance qualifiée à l'accouchement est demeuré essentiellement le même, mais des augmentations sensibles ont cependant été constatées en Asie et dans certains pays d'autres régions. Quelques pays ont enregistré des baisses dans ce domaine, dont le Burkina Faso et le Yémen (voir Tableau Web 14).

Valeur des enquêtes

Les programmes d'enquêtes EDS et EHR permettent d'obtenir des données uniques, qui se révèlent intéressantes à plusieurs égards. Ils comblent un fossé de l'information car de nombreux pays en développement ne disposent pas de systèmes vitaux d'enregistrement pouvant produire des données fiables. Même lorsqu'ils existent, ils ne donnent pas nécessairement toutes les informations nécessaires en matière d'utilisation des moyens de contraception, de santé maternelle, de mortalité infantile et d'autres sujets d'importance capitale.

Ces enquêtes EDS et EHR ne se contentent pas de collecter des données sur l'hygiène de la reproduction pouvant être utiles pour la planification des programmes et des politiques et aux fins de comparaison entre pays : elles permettent aussi d'effectuer des études analytiques sur les relations de cause à effet. En d'autres termes, les enquêtes permettent aux analystes d'aller au-delà d'une simple description et d'arriver à une explication, en particulier si elles sont utilisées en conjonction avec des données provenant d'autres sources.

Les enquêtes servent aussi à évaluer les programmes, à mesurer leur effet et à améliorer la conception de ceux qui ont trait aux soins de santé. Par exemple, les données qui en sont tirées ont contribué à démontrer le rôle joué par le planning familial dans le déclin des taux de fécondité dans les pays en développement.

Au cours des vingt dernières années, les enquêtes EDS et EHR ont nettement approfondi notre compréhension des niveaux, des tendances et des facteurs déterminants de la fécondité, documenté le recours croissant aux moyens de contraception dans le monde en développement et démontré qu'il faut de meilleurs services d'hygiène de la reproduction. Ces enquêtes sont améliorées de façon continue afin d'aborder les questions que posent les décideurs et directeurs de programmes sur la façon de s'attaquer au problème du VIH/SIDA, de se concentrer sur les jeunes, de toucher les femmes mariées aussi bien que célibataires et autres sujets. Les enquêtes continueront, comme elles le font actuellement, à constituer à l'avenir un guide important pour l'accès à la prestation de soins de santé de qualité pour tous. (*L'édition française de ce numéro : avril 2004.*)

Tableau annexe. Enquêtes couvertes dans le présent rapport

Région, pays et année	Type d'en- quête	Femmes interrogées ^a	Région, pays et année	Type d'en- quête	Femmes interrogées ^a
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE			PROCHE ORIENT ET AFRIQUE DU NORD		
Afrique du Sud 1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Egypte 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Bénin 1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1995	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
2001	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Burkina Faso 1993	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Jordanie 1990	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
1998-99	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Cameroun 1991	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Maroc 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Mauritanie 2000-01	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Cap-Vert 1998	RHS	Toutes de 15 à 49 ans	Turquie 1993	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Comores 1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Côte d'Ivoire 1994	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Yémen 1991-92	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
1998-99	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Erythrée 1995	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	ASIE		
Ethiopie 2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Bangladesh 1993-94	DHS	Toutes de 10 à 49 ans mariées au moins une fois
Gabon 2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1996-97	DHS	Toutes de 10 à 49 ans mariées au moins une fois
Ghana 1993	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1999-2000	DHS	Toutes de 10 à 49 ans mariées au moins une fois
1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Cambodge 2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Guinée 1999	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Inde 1992-93	DHS	Toutes de 13 à 49 ans mariées au moins une fois
Kenya 1993	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1998-99	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Indonésie 1991	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Madagascar 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1994	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Malawi 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Népal 1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	2001	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Pakistan 1990-91	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Mali 1995-96	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Philippines 1993	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
2001	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Maurice 1991	RHS	Toutes de 15 à 44 ans	Vietnam 1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans mariées au moins une fois
Mozambique 1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	AMERIQUE LATINE ET CARAIBES		
2001	EHRJA	Toutes de 15 à 24 ans	Belize 1991	RHS	Toutes de 15 à 44 ans
Namibie 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1999	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
Niger 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Bolivie 1994	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Nigeria 1990 ^b	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Brésil 1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Ouganda 1995	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Colombie 1990	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
2000-01	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1995	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Rép. centrafricaine			2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
1994-95	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Costa Rica 1991	EHRJA	Toutes de 15 à 24 ans
Rwanda 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1993	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	El Salvador 1993	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
Sénégal 1992-93	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1998	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Equateur 1994	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
Tanzanie 1991-92	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1999	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Guatemala 1995	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
1999	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1998-99	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Tchad 1996-97	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Haïti 1994-95	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Togo 1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Zambie 1992	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Honduras 1996	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	2001	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
Zimbabwe 1994	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Jamaïque 1993	RHS	Toutes de 15 à 44 ans
1999	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1997	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
2001	EHRJA	Toutes de 15 à 29 ans	Nicaragua 1992-93	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE			1998	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Arménie 2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	2001	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Azerbaïdjan 2001	RHS	Toutes de 15 à 49 ans	Paraguay 1990	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Géorgie 1999	RHS	Toutes de 15 à 49 ans	1995-96	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
Kazakhstan 1995	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	1998	RHS	Toutes de 15 à 44 ans
1999	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Pérou 1991-92	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Moldova 1997	RHS	Toutes de 15 à 49 ans	1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Ouzbékistan 1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	2000	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
Rép. kirghize 1997	DHS	Toutes de 15 à 49 ans	Porto Rico 1996	RHS	Toutes de 15 à 49 ans
			Rép. dominicaine 1991	DHS	Toutes de 15 à 49 ans
			1992	EHRJA	Toutes de 15 à 49 ans
			1996	DHS	Toutes de 15 à 49 ans

^a Certaines personnes interrogées ne sont pas incluses dans tous les tableaux fournissant des données tirées de ces enquêtes.

^b Une enquête effectuée au Nigeria en 1999 a collecté des données avec une assistance technique limitée offerte par le programme des EDS. Ce dernier fournit les résultats de cette

enquête à titre de courtoisie pour les utilisateurs des données, mais les données de l'enquête ne figurent pas dans le présent rapport.

EDS : Enquête démographique et de santé
EHR : Enquête sur l'hygiène de la reproduction

EHRJA : Enquêtes sur l'hygiène de la reproduction des jeunes adultes

Bibliographie

Un astérisque (*) dénote une publication qui a été particulièrement utile pour préparer le présent numéro de **Population Reports**.

1. ABOUZHAR, C. Unsafe abortion and ectopic pregnancy. In: Murray, C.L.J. and Lopez, A.D., eds. *Health Dimensions of Sex and Reproduction. Global Burden of Disease and Injury Series*. Vol. 3. Boston and Geneva, Harvard School of Public Health, 1998. p. 267-296.
2. ADETUNJI, J. Trends in under-5 mortality rates and the HIV/AIDS epidemic. *Bulletin of the World Health Organization* 78(10): 1200-1206. Oct. 2000. (Available: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0746.pdf>>, Accessed Aug. 7, 2001)
3. AHMAD, O.B., LOPEZ, A.D., and INOUE, M. The decline in child mortality: A reappraisal. *Bulletin of the World Health Organization* 78(10): 1175-1191. Oct. 2000. (Available: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0792.pdf>>, Accessed Aug. 7, 2001)
4. AIDS CONTROL AND PREVENTION PROJECT (AIDSCAP). Final report to the AIDSCAP program in Senegal: August 1993 to October 1997. Chapel Hill, North Carolina, Family Health International, 1997. 134 p. (Available: <<http://www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/special/countryprog/Senegal/senexec.html>>, Accessed Mar. 11, 2003)
5. AINSWORTH, M., BEEGLE, K., and NYAMETE, A. The impact of women's human capital on fertility and contraceptive use in sub-Saharan Africa. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Miami, Florida, May 5-7, 1994. 64 p.
6. AKAKPO, B. Safer young motherhood in Ghana. *Planned Parenthood Challenges* (1): 19-20. 1998.
7. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI). Risks and realities of early childbearing worldwide. *Issues in Brief*. AGI, 1997. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/ib10.html>>, Accessed Mar. 11, 2003)
8. ARNOLD, F. Gender preferences for children. *Calverton, Maryland, Macro International*, Aug. 1997. (DHS Comparative Studies No. 23) 56 p.
9. BANKOLE, A. and WESTOFF, C.F. The consistency and validity of reproductive attitudes: Evidence from Morocco. *Journal of Biosocial Science* 30(4): 439-455. Oct. 1998.
10. BARBIERI, M. Is the current decline in infant and child mortality in sub-Saharan Africa a sign of future fertility changes? In: Loco, T. and Hertrich, V., eds. *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, 1994. p. 21-42.
11. BEEGLE, K. The quality and availability of family planning services and contraceptive use in Tanzania. *Washington, D.C., World Bank*, 1995. (LSMS Working Paper No. 114) 63 p.
12. BERMAN, S.M. and HEIN, K. Adolescents and STD. In: Holmes, K.K., Sparling, P.F., Mardh, P., Lemon, S.M., Stamm, W.E., Piot, P., and Wasserheit, J.N., eds. *Sexually Transmitted Diseases*. Third ed. New York, McGraw-Hill, 1999. p. 129-142.
13. BERTRAND, J.T., MAGNANI, R.J., and RUTENBERG, N. Evaluating family planning programs, with adaptations for reproductive health. Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, 1996. 105 p. (Available: <<http://www.cpc.unc.edu/projects/measure/publications/manuals/evalmar/evalman.html>>, Accessed Mar. 11, 2003)
14. BICEGO, G. and AHMAD, O.B. Infant and child mortality. *Calverton, Maryland, Macro International*, Aug. 1996. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 20) 65 p.
15. BLANC, A.K. and POUKOUTA, P.V. Components of unexpected fertility decline in sub-Saharan Africa. *Calverton, Maryland, Macro International*, Sep. 1997. (Demographic and Health Surveys Analytical Reports No. 5) 29 p.
16. BOERMA, J.T. and MGALLA, Z. Introduction. In: Boerma, J.T. and Mgalla, Z., eds. *Women and Infertility in sub-Saharan Africa*. KIT Publishers, 2001. p. 13-23.
17. BONGAARTS, J. The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning* 13(6-7): 179-189. Jun.-Jul. 1982.
18. BONGAARTS, J. The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions. In: G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell, and D'souza, R.M., eds. *The Continuing Demographic Transition*. Clarendon Press, 1997. p. 422-443.
19. BONGAARTS, J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. *Studies in Family Planning* 16(3): 267-277. Dec. 1997.
20. BONGAARTS, J. The fertility impact of changes in the timing of childbearing in the developing world. *New York, Population Council*, 1999. (Policy Research Division Working Papers No. 120) 33 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/120.pdf>>, Accessed May 18, 2002)
21. BONGAARTS, J. The end of fertility transition in the developing world. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. *New York, United Nations Population Division*, Feb. 19, 2002. 22 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/BONGAARTSpaper.PDF>>, Accessed Mar. 20, 2002)
22. BONGAARTS, J. and POTTER, R. Fertility, biology, and behavior: An analysis of the proximate determinants. *New York, Academic Press*, 1983. 230 p.
23. BONGAARTS, J. and STOVER, J. The Population Council target-setting model: A user's manual. *New York, Population Council*, Dec. 1986. (Center for Policy Studies Working Paper No. 130) 100 p.
24. BONGAARTS, J. and WESTOFF, C.F. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 31(3): 193-202. Sep. 2000.
25. BOS, E., VU, M.T., MASSIAH, E., and BULATAO, R.A. *World Population Projections*. 1994-95 ed. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1994. 521 p.
26. BRUNETTE, T.A. Ethnicity and fertility in West Africa: A modified proximate determinants analysis among ethnic groupings in Nigeria and Senegal. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, New Orleans, Louisiana, May 9-11, 1996. 32 p.
27. BUEKENS, P., CURTIS, S., and ALAYON, S. Demographic and health surveys: Caesarian section rates in sub-Saharan Africa. *British Medical Journal* 326: 136. Jan. 18, 2003. (Available: <<http://bmj.com/cgi/content/full/326/7381/136>>, Accessed Jan. 29, 2003)
28. CALDWELL, J.C. The contemporary population challenge. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. *United Nations Population Division*, Jan. 16, 2002. 15 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/Caldwellpaper.pdf>>, Accessed Mar. 20, 2002)
29. CASTERLINE, J.B. The pace of fertility transition: National patterns in the second half of the twentieth century. *Population and Development Review* 27(S): 17-52. 2001.
30. CASTRO MARTIN, T. Women's education and fertility: Results from 26 Demographic and Health Surveys. *Studies in Family Planning* 26(4): 187-202. Jul.-Aug. 1995.
31. CASTRO MARTIN, T. and NIJOGU, W. A decade of change in contraceptive behavior in Latin America: A multivariate decomposition analysis. *Population Bulletin of the United Nations* (36): 81-109. 1994.
32. CHAYA, N. and HELSING, K. Contraceptive choice: Worldwide access to family planning [wall chart]. *Washington, DC, Population Action International*, 1997.
33. CLARK, S. Son preference and sex composition of children: Evidence from India. *Demography* 37(1): 95-108. Feb. 2000.
34. CLELAND, J. and MAULDIN, W.P. The promotion of family planning by financial payments: The case of Bangladesh. *Studies in Family Planning* 22(1): 1-18. Jan./Feb. 1991.
35. COHEN, B. The emerging fertility transition in sub-Saharan Africa. *World Development* 26(8): 1431-1461. 1998.
36. CURTIS, S.L. and NEITZEL, K. Contraceptive knowledge, use, and sources. *Calverton, Maryland, Macro International*, Mar. 1996. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 19) 92 p.
37. DEPARTMENT OF STATISTICS (JORDAN) and MACRO INTERNATIONAL (MI). *Jordan Population and Family Health Survey*, 1997. *Calverton, Maryland, MI*, Dec. 1998. 196 p.
38. EDWARDS, S. Schooling's fertility effect greatest in low-literacy, high-fertility societies. *International Family Planning Perspectives* 22(1): 43-44. Mar. 1996.
39. EL-ZANATY, F. and WAY, A.A. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. Cairo and Calverton, Maryland, Ministry of Health and Population, National Population Council and ORC Macro, Jan. 2001. 326 p.
40. EURE, C.N., LINDSAY, M.K., and GRAVES, W.L. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent patients in an inner-city hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5): 918-920. May 2002.
41. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Breastfeeding as a family planning method. *Consensus statement*. *Lancet* 2(8621): 1204-1205. Nov. 19, 1988.
42. FAUVEAU, V., MAMDANI, M., STEINGLASS, R., and KOBLINSKY, M. Maternal tetanus: Magnitude, epidemiology, and potential control measures. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (40): 3-12. 1993.
43. FEENEY, G. Fertility decline in East Asia. *Science* 266(5190): 518-523. Dec. 2, 1994.
44. FEYSETAN, B. and CASTERLINE, J.B. Fertility preferences and contraceptive change in developing countries. *Policy Research Division Working Paper No. 130*. *New York, Population Council*, 1999. 30 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/publications/wp/prd/130.html>>, Accessed Sep. 9, 2000)
45. FOCUS ON YOUNG ADULTS. Advancing young adult reproductive health: Actions for the next decade. *Washington, DC, Pathfinder International*, 2001. (End of project report) (Available: <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/focus/focuspdfs/eop_report.pdf>, Accessed Jul. 30, 2002)
46. GOULD, W.T. and BROWN, M.S. A fertility transition in sub-Saharan Africa? *International Journal of Population Geography* 2(1): 1-22. Mar. 1996.
47. GREGSON, S., ZABA, B., and HUNTER, S.-C. The impact of HIV-1 on fertility in sub-Saharan Africa: Causes and consequences. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. *United Nations*, 2002. 33 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/Revise dZabapaper.PDF>>, Accessed March 5, 2003)
48. GUENGANT, J.-P. The proximate determinants during the fertility transition. *New York, United Nations Population Division*, Jan. 31, 2002. 21 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/GUENGANT paper.PDF>>, Accessed Aug. 28, 2002)
49. GUPTA, N. and MAHY, M. Adolescent childbearing in sub-Saharan Africa: Can increased schooling alone raise age at first birth? *Demographic Research* 8(4): 93-106. Feb. 14, 2003. (Available: <<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol8/4/8-4.pdf>>, Accessed March 3, 2003)
50. HAGGERTY, P.A. and RUTSTEIN, S.O. Breastfeeding and complementary infant feeding and the postpartum effects of breastfeeding. *Calverton, Maryland, Macro International*, Jun. 1999. (DHS Comparative Studies No. 30) 282 p.
51. HARDEE, K., JANOWITZ, B., STANBACK, J., and VILLINSKI, M.T. What have we learned from studying changes in service delivery guidelines and practices? *International Family Planning Perspectives* 24(2): 84-90. Jun. 1998. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2408498.html>>, Accessed Aug. 13, 1999)
52. HAUB, C. Flat birth rates in Bangladesh and Egypt challenge demographers' projections. <http://www.prb.org/Content/ContentGroups/Population_Today/Flat_Birth_Rates_in_Bangladesh_and_Egypt_Challenge_Demographers_Projections.htm> *Population Reference Bureau*, Oct. 2000.
53. HEATON, T.B. and FORSTE, R. Education as policy: The impact of education on marriage, contraception, and fertility in Colombia, Peru, and Bolivia. *Social Biology* 45(3-4): 194-213. Fall/Winter 1998.
54. HENSHAW, S.K., SINGH, S., and HAAS, T. Recent trends in abortion rates worldwide. *International Family Planning Perspectives* 25(1): 44-48. Mar. 1998. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2504499.html>>, Accessed Aug. 28, 2002)
55. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Integrating sexual and reproductive health services for youth in Colombia. *IPPF/AVHR Spotlight on Youth*, No. 1, IPPF, 2001. (Available: <http://www.ippfwhr.org/publications/download/serial_issues/spotyouth1.pdf>, Accessed Mar. 11, 2003)
56. INTERNATIONAL UNION FOR THE STUDY OF POPULATION (IUSSP). Proceedings of the Conference on the Socio-Demographic Impact of AIDS in Africa, Durban, South Africa, 1997. *IUSSP*. (Available: <<http://www.iussp.org/Activities/scp-aid/aid-rep97.php>>, Accessed Mar. 6, 2003)
57. JEJEBHOY, S.J. Women's education, fertility and the proximate determinants of fertility. Presented at the Expert Group Meeting on Population and Women, Gabarone, Botswana, Jun. 22-26, 1992. *United Nations*. 40 p.
58. JOHNSTON, H.B. and HILL, K.H. Induced abortion in the developing world: Indirect estimates. *International Family Planning Perspectives* 22(3): 108-114, 137. Sep. 1996. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2210896.html>>, Accessed Mar. 12, 2000)
59. JUAREZ, F. Fertility decline and child survival: Overview. In: Loco, T. and Hertrich, V., eds. *The onset of fertility transition in sub-Saharan Africa*. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, 1993. p. 55-64.
60. KIM, Y.M., MARANGWANDA, C., and KOLS, A. Quality of counselling of young clients in Zimbabwe. *East African Medical Journal* 74(8): 514-518. Aug. 1997.
61. KIRK, D. and PILLET, B. Fertility levels, trends, and differentials in sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning* 29(1): 1-22. Mar. 1998.
62. KISHOR, S. Changes in educational differentials in contraceptive use over time. *Calverton, Maryland, Macro International*, 1997. 17 p.
63. LABBOK, M., HIGHT-LAUKARAN, V., PETERSON, A., FLETCHER, V., VON HERTZEN, H., and VAN LOOK, P. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Unpublished*, 1997. 9 p.
64. LABBOK, M. and KRASOVEC, K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning* 21(4): 226-230. Jul./Aug. 1990.
65. LARSEN, U. and RAGGERS, H. Levels and trends in infertility in sub-Saharan Africa. In: Boerma, J.T. and Mgalla, Z., eds. *Women and Infertility in sub-Saharan Africa*. KIT Publishers, 2001. p. 26-69.
66. LI, X.F. The postpartum period: The key to maternal mortality. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 54(1): 1-10. Jul. 1996.
67. MARSTON, C. and CLELAND, J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives* 29(1): 6-13. Mar. 2003. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2900603.html>>, Accessed Apr. 3, 2003)
68. MATERNAL AND NEONATAL HEALTH (MNH). Best practices: Focused antenatal care planning and providing care during pregnancy. <<http://www.mnh.jhpiego.org/best/focantl.asp>> MNH, 2003.
69. MBOUP, G. and SAHA, T. Fertility levels, trends, and differentials. *Calverton, Maryland, Macro International*, Aug. 1998. (DHS Comparative Studies No. 28) 78 p.
70. MCCAULEY, A.P. and SALTER, C. Meeting the needs of young adults. *Population Reports, Series J*, No. 41. *Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program*, Oct. 1995. 43 p.
71. MEASURE DHS+ and MEASURE EVALUATION. An assessment of trends in child mortality in Tanzania during the nineties: A summary. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/special/child_mortality.html> *Jan. 2000*.
72. MEASURE EVALUATION PROJECT. HIV, STDs and infertility: Key issues. <http://www.cpc.unc.edu/measure/topics/hiv_aids/key_issues.html> MEASURE EVALUATION, 1998.
73. MENSCH, B., BRUCE, J., and GREENE, M. The uncharted passage: Girls' adolescence in the developing world. *New York, Population Council*, 1998. 115 p. (Available: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0746.pdf>>, Accessed Aug. 7, 2001)

- www.popcouncil.org/pdfs/passagel/passagel.pdf>, Accessed Apr. 9, 2003
74. MINISTRY OF HEALTH (KENYA) and ORC MACRO. Kenya Service Provision Assessment Survey 1999. Nairobi, Kenya and Calverton, Maryland, Kenya Ministry of Health and ORC Macro, Oct. 2000. 242 p. (Available: <[http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/03d62f55c37fe6085256b19005ed6e2/\\$FILE/SerProvAssesKenya.doc](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/03d62f55c37fe6085256b19005ed6e2/$FILE/SerProvAssesKenya.doc)>, Accessed Aug. 22, 2002)
75. MORENO, L. Differences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 19(2): 54-60. 71. Jun. 1993.
76. MUHURI, P.K., BLANC, A.K., and RUTSTEIN, S.O. Socioeconomic differentials in fertility. Calverton, Maryland, Macro International, May 1994. (DHS Comparative Studies No. 13) 79 p.
77. MURRAY, C.J.L. and LOPEZ, A.D. Estimating causes of death: New methods and global and regional applications for 1990. In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds. *The Global Burden of Disease. The Global Burden of Disease and Injury Series*. Vol. 1. Boston, Harvard University Press, 1996. p. 117-200.
78. MUTHARAYAPPA, R., CHOE, M.K., ARNOLD, F., and ROY, T.K. Son preference and its effect on fertility in India. Mumbai, India, International Institute for Population Sciences, Mar. 1997. (National Family Health Survey Subject Reports No. 3) 35 p.
79. NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT (NCPD), CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (CBS), and MACRO INTERNATIONAL (MI). Kenya Demographic and Health Survey, 1998. Calverton, Maryland, NCPD, CBS, MI, Apr. 1999. 285 p.
80. NATIONAL RESEARCH COUNCIL, COMMISSION ON BEHAVIORAL AND SOCIAL SCIENCES AND EDUCATION, and COMMITTEE ON POPULATION. Factors affecting contraceptive use in sub-Saharan Africa. Washington, D.C., National Academy Press, 1993. 252 p.
81. NATIONAL STATISTICAL OFFICE (NSO) (MALAWI) and MACRO INTERNATIONAL (MI). Malawi: Demographic and Health Survey 2000. Calverton, Maryland, MI, 2001.
82. PACHAURI, S. Reproductive health: The concept, ideology, and operational issues. In: Sengupta, J. and Shosh, D., eds. *Perspectives in Reproductive Health*. New Delhi, New Age Publishers, 1996. p. 47-60.
83. PIOTROW, P., KINCAID, D.L., RIMON III, J., and RINEHART, W. Health communication: Lessons from family planning and reproductive health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.
84. PLANNED PARENTHOOD ASSOCIATION OF GHANA (PPAG). Youth (Adolescent reproductive health). <<http://www.africanline.com/gh/PPag/youth.html>> PPAG, 1998.
85. POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). World Population Data Sheet. PRB, 2001. (Available: <http://www.prb.org/Content/NavigationMenu/Other_reports/2000-2002/2001_World_Population_Data_Sheet.htm>, Accessed Dec. 12, 2001.)
86. PRESTON, S.H., HEUVELINE, P., and GUILLOT, M. Demography: Measuring and modeling population processes. Oxford, England, Blackwell, 2001. 291 p.
87. RETHERFORD, R. and PALMORE, J. Diffusion processes affecting fertility. In: Bulatao, R., Lee, R., Hollerbach, P., Bongaarts, J., ed. *Determinants of Fertility in Developing Countries*. Vol. 2. New York, Academic Press, 1983. p. 295-339.
88. ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSAN, I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports*, Series J, No. 43. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1996. 35 p.
89. ROBEY, B., RUTSTEIN, S.O., MORRIS, L., and BLACKBURN, R. The reproductive revolution: New survey findings. *Population Reports*, Series M, No. 11. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1992. 43 p.
90. ROGERS, E.M. Diffusion of innovations. 3rd ed. New York, Free Press, 1983.
91. ROGERS, E.M. and KINCAID, D.L. Communication networks: Toward a new paradigm for research. New York, Free Press, 1981. 386 p.
92. ROSS, J. The question of access. *Studies in Family Planning* 26(4): 241-242. Jul./Aug. 1995.
93. ROSS, J., HARDEE, K., MUMFORD, E., and EID, S. Contraceptive method choice in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 28(3): 32-40. Mar. 2002. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2803202.html>>, Accessed Mar. 25, 2002)
94. ROSS, J. and WINFREY, W. Unmet need in the developing world and former USSR: An updated estimate. *International Family Planning Perspectives* 28(3): 138-143. Sep. 2002. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2813802.html>>, Accessed Sep. 24, 2002)
95. RUTSTEIN, S. Effect of birth intervals on mortality and health. [PowerPoint presentation]. Calverton, Maryland, Measure/DHS+, Macro International, Inc., 65 p.
- *96. RUTSTEIN, S. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bulletin of the World Health Organization (WHO)* 78(10): 1256-1270. Oct. 2000. (Available: <<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue10/bu0793.pdf>>, Accessed Aug. 7, 2001)
97. RUTSTEIN, S.O. Change in the desired number of children: A cross-country cohort analysis of levels and correlates of change. Calverton, Maryland, Macro International, Jul. 1998. (DHS Analytical Reports No. 9) 46 p.
- *98. RUTSTEIN, S.O. Fertility levels, trends, and differentials: 1995-1999. Calverton, Maryland, ORC Macro, 2002. (Comparative Report #3)
99. SAHA, T. Bangladesh Service Provision Assessment Survey 1999-2000. Calverton, Maryland, National Institute of Population Research, Mitra and Associates, and ORC Macro, 2002. 93 p.
100. SATHAR, Z.A. The processes by which female education affects fertility and child survival. In: International Population Conference, Montreal, 1993. Vol. 4. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, p. 229-240.
101. SENLET, P., CURTIS, S.L., MATHIS, J., and RAGGERS, H. The role of changes in contraceptive use in the decline of induced abortion in Turkey. *Studies in Family Planning* 32(1): 41-52. Mar. 2001.
102. SERBANESCU, F., MORRIS, L., and MARIN, M. Reproductive Health Survey, Romania, 1999. Final Report. Atlanta, Georgia, Romanian Association of Public Health and Management, Centers for Disease Control and Prevention, United States Agency for International Development, United Nations Population Fund, and United Nations Children's Fund, Sep. 2001. 414 p.
103. SERBANESCU, F., STUPP, P., and MORRIS, L. Romania Reproductive Health Survey 1993. Bucharest, Romania, Centers for Disease Control and Prevention and Institutul de Ocrotire a Mamei si Copiului, Mar. 1995. 168 p.
104. SETEL, P. The effects of HIV and AIDS on fertility in East and Central Africa. *Health Transition Review* 5(S): 179-189. 1995.
105. SETTY-VENUGOPAL, V. and UPADHYAY, U. Birth spacing: Three to five saves lives. *Population Reports*, Series L, No. 13. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Summer 2002. 23 p.
106. SHELTON, J.D. and DAVIS, S.S. Some priorities in maximizing access to and quality of contraceptive services. *Advances in Contraception* 12(3): 233-237. Sep. 1996.
- *107. SINGH, S. Adolescent childbearing in developing countries: A global review. *Studies in Family Planning* 29(2): 117-136. Jun. 1998.
108. STEWART, M.K., STANTON, C.K., and AHMED, O. Maternal health care. Calverton, Maryland, Macro International, Sep. 1997. (DHS Comparative Studies No. 25) 41 p.
109. UGANDA BUREAU OF STATISTICS (UBS) and ORC MACRO. Uganda Demographic and Health Survey 2000. Entebbe, Uganda, Calverton, Maryland, UBS and ORC Macro, Dec. 2001. 333 p.
110. UNESCO REGIONAL OFFICE FOR EDUCATION IN AFRICA. "The youth rally against AIDS:" Community project for the fight against AIDS for the youth in Africa. <http://www.dakar.unesco.org/news/en/010313_theatre_sida_base.shtml> UNESCO, 2001.
111. UNITED NATIONS (UN). Recent levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988. New York, UN, 1989. 129 p.
112. UNITED NATIONS (UN). Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1994. New York, UN, 1996. 163 p.
113. UNITED NATIONS (UN). World Population Prospects: The 1998 Revision. Volume III: Analytical report. New York, UN, 2000. 248 p.
114. UNITED NATIONS (UN). World Contraceptive Use 2001. New York, UN, 2002. (wall chart) (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2001/contraception01.htm>>, Accessed July 18, 2002)
- *115. UNITED NATIONS (UN) POPULATION DIVISION. Women's education and fertility behavior. Recent evidence from the Demographic and Health Surveys. New York, UN, 1995. 113 p.
116. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). The progress of nations 2000. New York, UNICEF, 2000. 38 p. (Available: <<http://www.unicef.org/pubsgen/pon00/pon2000.pdf>>, Accessed Dec. 10, 2002)
117. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Progress since the World Summit on Children: A statistical review. Geneva, UNICEF, Sep. 2001. 32 p. (Available: <http://www.unicef.org/pubsgen/wethechildren-stats/greport_adapted_stats_eng.pdf>)
118. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). We the children: Meeting the promises of the World Summit for Children. New York, UNICEF, 2001. 103 p. (Available: <http://www.unicef.org/pubsgen/wethechildren/greport_adapted_eng.pdf>, Accessed Dec. 1, 2002)
119. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Maternal and neonatal tetanus. <<http://www.childinfo.org/eddb/mnt/>> 2003.
120. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Breastfeeding and complementary feeding. <<http://www.childinfo.org/eddb/brfeed/>> UNICEF, undated.
121. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), and THE WORLD BANK. State of the world's vaccines and immunizations. Geneva, WHO, 2002. 97 p. (Available: <<http://www.unicef.org/pubsgen/soww/sowv-en-02.pdf>>, Accessed Dec. 10, 2002)
122. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), and UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005. Strategies for achieving and maintaining elimination. Geneva, WHO, 2000. 28 p. (Available: <<http://www.who.int/vaccines-documents/Docs/PDF02/www692.pdf>>, Accessed Sep. 25, 2002)
123. UNITED NATIONS FUND FOR CHILDREN (UNICEF). Goals for children and development in the 1990s. <<http://www.unicef.org/wsc/goals.htm>> UNICEF, 1990.
- *124. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (UNPD). Demographic situation in high fertility countries. [Prepared for the workshop, Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries, New York, 9-11 July 2001]. New York, UNPD, Jun. 7, 2001. 35 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/prospectsdecline/highfert.pdf>>, Accessed May 13, 2002)
- *125. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (UNPD). The future of fertility in intermediate-fertility countries. [Prepared for the Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002]. New York, UNPD, Mar. 11, 2002. 31 p. (Available: <<http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/PEPPOPDIVpaper.PDF>>, Accessed May 13, 2002)
126. UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (UNPD). World population prospects: The 2002 revisions database. <<http://esa.un.org/unpp/>> New York, UNPD, 2003.
127. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). USAID Programs: Youth and HIV/AIDS. <http://www.usaid.gov/pop_health/aids/TechAreas/youthandhiv/youthfactsheet.html> USAID, 2003.
128. UPADHYAY, U. Informed choice in family planning: Helping people decide. *Population Reports*, Series J, No. 50. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Spring 2001. 39 p.
- *129. VILLAR, J. and BERGSJØ, P. WHO antenatal care randomized trial: Manual for the implementation of the new model. *World Health Organization (WHO)*, 2002. 33 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html>, Accessed Feb. 26, 2003)
130. WALKER, N., SCHWARTLÄNDER, B., and BRYCE, J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet* 360(9329): 284-289. Jul. 27, 2002. (Available: <<http://image.thelancet.com/extras/01art9188web.pdf>>, Accessed Aug. 4, 2002)
131. WEINBERGER, M.B. Recent trends in contraceptive use. *Population Bulletin of the United Nations* (36): 55-80. 1994.
132. WESTOFF, C.F. The substitution of contraception for abortion in Kazakhstan in the 1990s. Calverton, Maryland, ORC Macro, Dec. 2000. (Demographic and Health Surveys Analytical Studies No. 1) 30 p. (Available: <<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS1/AS1.PDF>>, Accessed Nov. 20, 2002)
133. WESTOFF, C.F. Unmet need at the end of the century. Calverton, Maryland, ORC Macro, Sep. 2001. (Demographic and Health Surveys Comparative Report No. 1) 33 p.
134. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Unmet need: 1990-1994. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. 1995. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 16) 55 p.
- *135. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Reproductive preferences in developing countries at the turn of the century. Calverton, Maryland, ORC Macro, Apr. 2002. (Demographic and Health Surveys Comparative Report No. 2) 31 p.
136. WESTOFF, C.F. and MORENO, L. Reproductive intentions and fertility in Latin America. In: Guzmán, J.M., Singh, S., Rodriguez, G., and Pantelides, E.A., eds. *The Fertility Transition in Latin America*. International Studies in Demography. New York, Oxford University Press, 1996. p. 242-251.
137. WESTOFF, C.F., SHARMANOV, A.T., SULLIVAN, J.M., and CROFT, T. Replacement of abortion by contraception in three Central Asian Republics. Calverton, Maryland, The POLICY Project and Macro International, Aug. 1998. 53 p.
138. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Antenatal care: Report of a technical working group. Geneva, WHO, 1996. (No. WHO/FRH/MSM/96.8) (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_8/MSM_96_8_table_of_contents.en.html>, Accessed Aug. 7, 2002)
139. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva, WHO, 2000. (Available: <http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2mncp/manual_toc.htm>, Accessed Jan. 29, 2003)
140. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies. Geneva, WHO, 2001. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/publications/RHR_01_8_Sexual_relations_among_young_people_in_developing_countries/RHR_01_08_table_of_contents.en.html>, Accessed Sep. 27, 2002)
141. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global data bank on breastfeeding. <http://www.who.int/nut/db_bfd.htm> WHO, Sep. 12, 2002.
142. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and WORLD BANK WORKING GROUP ON CHILD HEALTH AND POVERTY. Better health for poor children. WHO and World Bank, 2002. 34 p. (Available: <http://www.who.int/consultation-child-adolescent/Documents/Better_Health.pdf>, Accessed Mar. 12, 2002)
143. ZABIN, L.S. and KIRAGU, K. The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232. Jun. 1998.

ADDENDUM

144. OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION (ONAPO) and ORC MACRO. Enquête Démographique et de Santé Rwanda 2000. EDSR-II [FRE] [Rwanda Demographic and Health Survey 2000]. Kigali, Rwanda and Calverton, Maryland, ONAPO and ORC Macro, Sep. 2001. 344 p. ISSN 0887-025X

