

PRB



jeunesse

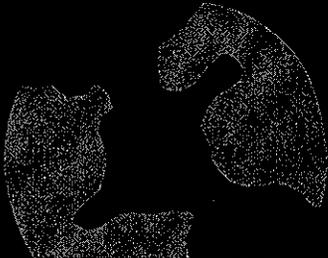


Table des matières

Généralités	1
Introduction : Un monde d'1,7 milliards de jeunes	2
Encadré 1 : Qui sont les « jeunes » ?	2
L'éducation des filles et des garçons	3
La vie sexuelle et reproductive des jeunes gens	4
Le mariage	4
Activité sexuelle des adolescents	5
Grossesses chez les adolescentes	6
Encadré 2 : Comment toucher les jeunes hommes	6
Impact des grossesses chez les adolescentes sur la population mondiale de demain	8
Usage de la contraception	8
Violence sexuelle perpétrée à l'encontre des jeunes femmes	9
Abus sexuel et coercition	9
Excision	10
Les jeunes et la crise du VIH/SIDA	10
Appel à l'éducation en matière de VIH/SIDA	11
Les jeunes en marge de la société	11
Encadré 3 : Méthodes clés pour toucher les jeunes vivant en marge de la société	12
Approches stratégiques et programmatiques	12
Comment informer la jeunesse par le biais de l'éducation sexuelle	13
Etablissement de liens avec les services	13
Autres approches prometteuses	14
Encadré 4 : Etude de cas : Programme MEXFAM pour les adolescents au Mexique	14
Références	15
Définitions et remerciements	16
ANNEXE : La jeunesse du monde 2000 — Tableaux de données	17-24

Généralités

Il y a de nos jours plus de jeunes sur la terre que jamais auparavant. Alors que nous abordons un nouveau siècle, 1,7 milliards de personnes ont entre 10 et 24 ans, et la grande majorité vit dans des pays moins développés. Pour toute une gamme de politiques et de programmes, il est essentiel de répondre aux besoins de la jeunesse d'aujourd'hui, car ce sont les actes de ces jeunes qui définiront la dimension, la santé et la prospérité de la population mondiale de demain.

Le présent rapport et les fiches de données qui l'accompagnent offrent un profil de la jeunesse d'aujourd'hui, avec les informations fournies en matière de population, d'éducation et de santé, en mettant plus particulièrement l'accent sur la santé sexuelle et reproductive. (Les tableaux de données figurent à l'Annexe, aux pages 17 à 24).

Les besoins des jeunes varient de manière considérable selon l'étape de la vie qu'ils traversent—puberté, adolescence et jeunesse adulte—et le contexte dans lequel ils vivent. C'est à cause de cette diversité qu'il est difficile de formuler des généralisations sur les jeunes, mais les plans d'action adoptés lors de récentes conférences internationales ont permis de commencer à identifier des besoins d'importance critique et de comparer les progrès accomplis dans le domaine de la santé ou de l'éducation par rapport aux objectifs initiaux.

Dans l'ensemble, les perspectives des jeunes en matière de santé ou d'éducation semblent s'améliorer, et le mariage et la grossesse se produisent à un stade plus tardif de la vie, à un âge plus avancé que leurs prédécesseurs. Il n'en reste pas moins certaines préoccupations. Par exemple :

- En dépit de l'attention accrue portée à l'éducation à l'échelle mondiale, les taux de scolarisation dans les écoles secondaires demeurent faibles dans un grand nombre de régions du monde, et le taux de scolarisation des filles demeure inférieur à celui des garçons.
- Les complications dues aux grossesses, aux accouchements et aux avortements dans des conditions peu salubres sont la cause principale des décès des femmes de 15 à 19 ans.
- Les jeunes de 15 à 24 ans présentent les taux les plus élevés d'infections sexuellement transmissibles (IST), VIH/SIDA compris.
- Les statistiques relatives aux viols révèlent que un tiers à deux tiers des victimes de viols à l'échelle mondiale ont 15 ans ou moins.

Tant à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) organisée en 1994 que lors de son évaluation cinq ans plus tard en 1999, les participants ont identifié les adolescents comme constituant un groupe particulièrement vulnérable. Lors de ces conférences mondiales, les gouvernements se sont engagés « à répondre aux besoins des jeunes et des adolescents en matière d'informations, de services de conseil, et de services de santé sexuelle et reproductive de qualité » pour les « encourager à poursuivre leur éducation, à développer leur potentiel au maximum, et à prévenir les mariages précoces et grossesses à risque. »¹ L'expérience des programmes récents a mis en valeur des méthodes pratiques qui permettent de fournir aux jeunes gens les informations, le soutien social et services dont ils ont besoin pour se protéger contre les problèmes de santé sexuelle et reproductive.

Introduction : Un monde d'1,7 milliards de jeunes

À l'aube du XXI^e siècle, 1,7 milliards de personnes—soit plus d'un quart de la population mondiale qui est de 6 milliards—ont entre 10 et 24 ans ; c'est le groupe le plus important à jamais aborder l'âge adulte (voir Encadré 1). Quatre-vingt six pour cent des 10 à 24 ans vivent dans des pays moins développés. La proportion des jeunes dans ces pays est nettement supérieure à celle enregistrée dans les pays plus développés, comme l'indique la Figure 1.

Encadré 1

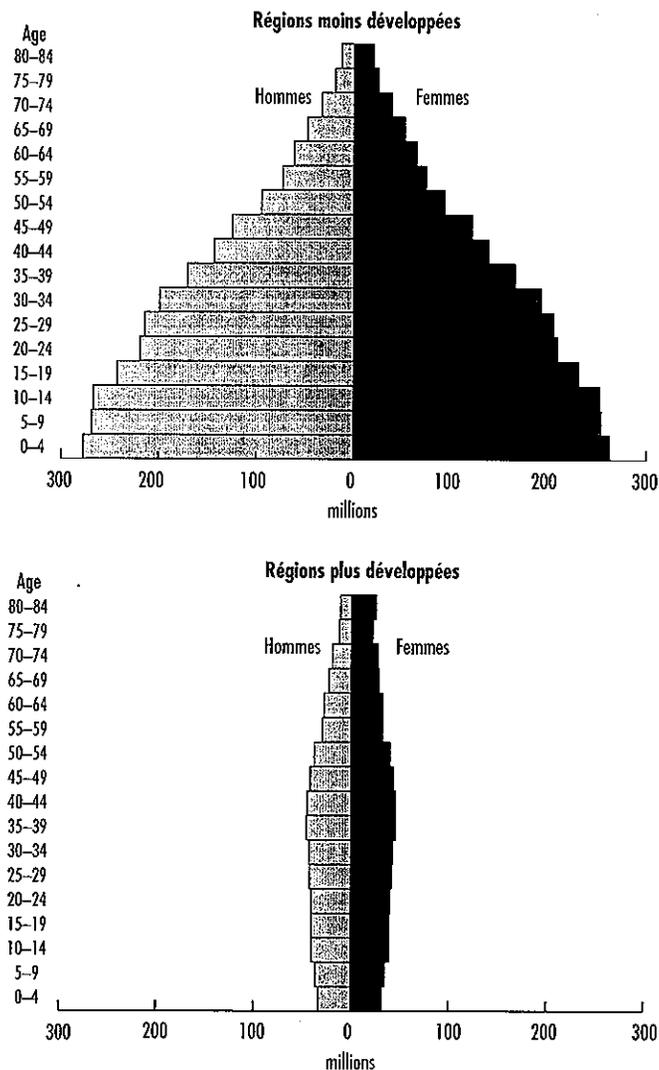
Qui sont les « jeunes » ?

Pour les besoins du présent rapport, nous définissons la jeunesse ou les jeunes comme étant les personnes dans la tranche d'âge de 10 à 24 ans, qui inclut les préadolescents, les adolescents (10 à 19 ans) et les jeunes adultes (20 à 24 ans). Nous utilisons le terme « adolescent » et « teen-agers » de manière interchangeable, bien que la période de transition connue sous le nom d'adolescence varie d'un pays à l'autre et entre les filles et les garçons.

Les temps changent pour les jeunes gens de notre monde, et ces changements ont sur leur vie des impacts parfois positifs et parfois négatifs. La génération actuelle de jeunes gens est la génération la plus éduquée, la plus urbanisée et celle bénéficiant de la meilleure santé de l'histoire de l'humanité (voir à la Figure 2 les tendances à l'urbanisation dans les pays moins développés). L'urbanisation offre un accès amélioré aux services d'éducation et de santé, mais elle expose aussi les gens à des niveaux de risques plus élevés pour ce qui est de l'abus de stupéfiants ou d'alcool, de la violence et des infections sexuellement transmissibles (IST), VIH/SIDA compris. La modernisation donne souvent naissance à plus d'opportunités d'emploi, mais elle est aussi la cause de la perte de certaines cultures traditionnelles et la séparation des familles élargies.

Le contexte dans lequel les jeunes gens, filles et garçons, vivent a une influence considérable sur le cours de leur existence. Certains jeunes sont mariés, et considérés comme des adultes au sein de leurs sociétés, alors que d'autres poursuivent encore leurs études et sont considérés comme des enfants dépendants. De nombreux jeunes sont actifs au plan sexuel et sont eux-mêmes devenus des parents, mais ils n'ont peut-être pas atteint l'âge adulte suivant la définition de leur pays ou de leur état. Le terme « adolescence » est une expression moderne qui se réfère à une période de la vie qui commence à la puberté et se termine à l'entrée dans l'âge adulte telle qu'elle est définie par la culture et la société locale (maturité sociale et indépendance économique).

Figure 1 :
Population par âge et par sexe : Régions moins développées et régions plus développées, 2000



Note : Les données indiquées reflètent les projections pour l'an 2000.

Source : Division des Nations Unies pour les questions relatives à la population, 1998.

Dans le monde entier, la puberté se déclenche plus tôt et les gens se marient plus tard. Les jeunes sont donc confrontés à une période plus longue pendant laquelle ils sont en fait sexuellement mûrs et peuvent être sexuellement actifs avant le mariage. Si l'adolescence est généralement une partie de la vie pendant laquelle les gens sont en bonne santé, nombreux sont les jeunes gens qui sont exposés à des risques de santé associés à leur activité sexuelle, y compris les IST, les grossesses non souhaitées et les complications dues à la grossesse et à l'accouchement. Bien souvent, les jeunes n'ont à leur disposition que des informations inadéquates ou trompeuses sur la sexualité et la santé reproductive, et n'ont pas toujours accès aux services de santé reproductive.

L'amélioration de la santé des jeunes gens est un objectif fondamental en soi, qui comportent des avantages sur le long terme pour l'ensemble de la société. Qui plus est, la mesure dans laquelle les besoins de cette génération en termes de santé reproductive sont satisfaits aura un impact considérable sur la croissance démographique à l'échelle mondiale. De manière plus spécifique, les décisions que prennent régulièrement ces jeunes en ce qui a trait à la taille de leur famille ou au moment où ils ont des enfants feront de la jeunesse d'aujourd'hui la « cohorte critique » pour déterminer la taille de la population mondiale pour bien des années à venir.

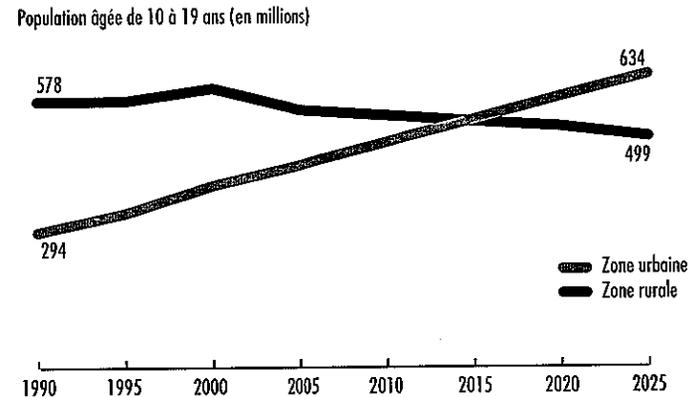
L'éducation des filles et des garçons

De récentes conférences à l'échelle mondiale ont lancé un appel à l'accès universel à l'éducation primaire et à la conclusion des études primaires, et à la réduction de « l'écart entre les sexes »—la différence entre les taux de scolarisation des garçons et des filles—en ce qui concerne la scolarisation dans le secondaire. Les décideurs politiques sont de plus en plus conscients du fait que la promotion des femmes par l'ouverture de plus grandes opportunités d'éducation est essentielle pour le développement économique et social.

Dans les régions plus développées, la plupart des filles et des garçons vont tant à l'école primaire qu'à l'école secondaire. Dans les régions moins développées, des progrès ont été accomplis au niveau de l'augmentation des taux de scolarisation, mais seuls 57 % des garçons et 48 % des filles étaient inscrits dans des écoles secondaires à compter du milieu des années 1990 jusqu'à la fin de la décennie (voir colonnes sur l'éducation aux pages 18 à 24 de l'Annexe). La différence entre les taux de scolarisation des filles et des garçons est particulièrement flagrante au niveau du secondaire. Cependant, dans certaines régions où les taux de scolarisation sont extrêmement faibles tant pour les filles que pour les garçons, un simple relèvement des niveaux de scolarisation des fillettes ne suf-

Figure 2 :

Population d'adolescents dans les pays moins développés, répartie entre les zones urbaines et les zones rurales, 1990-2025



Source : Division des Nations Unies pour les questions relatives à la population, Perspectives pour la population mondiale, 1992 et 1996.

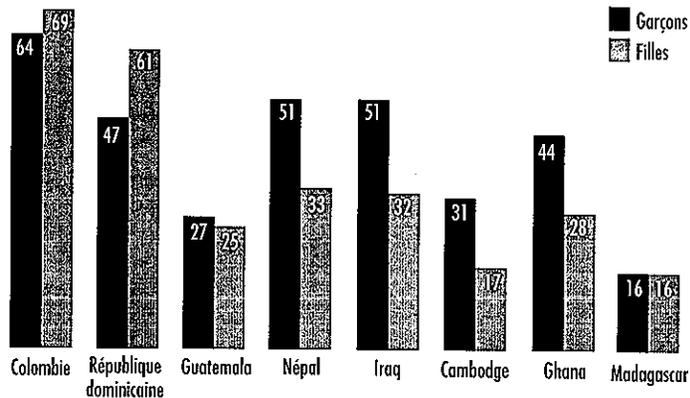
fira pas. Des efforts doivent être déployés pour augmenter l'accès à l'éducation pour tous.

Les chiffres mondiaux de scolarisation dissimulent des différences considérables entre régions et entre pays (voir la Figure 3 en page suivante). Au Ghana, par exemple, 44 % des garçons et 28 % seulement des filles sont inscrits à l'école secondaire. D'un autre côté, en Colombie, il y a un plus grand nombre de filles que de garçons inscrites dans les écoles secondaires : 69 % des filles et 64 % des garçons. Les données cachent en outre les différences importantes qui existent d'un pays à l'autre ou d'une localité à l'autre en termes de taux de rétention. Par exemple, en Côte d'Ivoire, 27 % des étudiants dans les écoles primaires devaient redoubler une année en 1995, et au Brésil, ce chiffre était de 18 %.²

Dans certains des pays les plus pauvres, moins de la moitié des jeunes femmes bénéficient d'une éducation fondamentale, c'est à dire au moins sept ans de scolarité.³ Un grand nombre de jeunes femmes se marient et deviennent des mères ou assument les responsabilités d'un foyer au lieu de poursuivre leur éducation. Il existe plusieurs facteurs qui expliquent le faible taux de scolarisation des fillettes dans le secondaire : la notion qu'ont les parents que l'éducation secondaire bénéficie davantage à leurs fils qu'à leurs filles, des inquiétudes quant à la sécurité des filles en dehors de l'environnement du village ; et des opportunités professionnelles beaucoup plus limitées pour les femmes dans les secteurs qui exigent un niveau

Figure 3 :
Scolarisation des garçons et des filles dans le secondaire, pays choisis

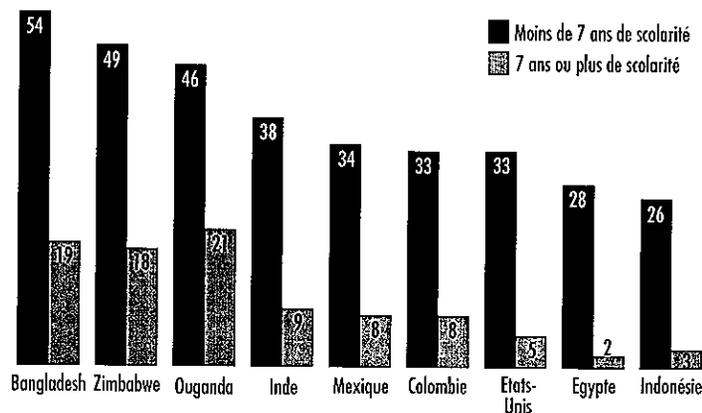
Pourcentage d'enfants scolarisés (taux brut d'inscription dans les écoles secondaires)



Source : Edition 1999 des Statistiques annuelles de l'UNICEF.

Figure 4 :
Education des mères et naissances, pays choisis

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant eu un enfant avant l'âge de 18 ans



Source : *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (New York : Alan Guttmacher Institute, 1998).

d'éducation plus poussé. Plusieurs décennies de recherche ont révélé que les femmes éduquées exercent un contrôle beaucoup plus sérieux sur leur vie reproductive, en particulier sur les décisions relatives au nombre d'enfants qu'elles veulent avoir et l'espacement des naissances (voir la Figure 4). La recherche a également révélé que les femmes plus éduquées ont des enfants en meilleure santé.

Les progrès accomplis récemment sont des plus encourageants. Entre 1985 et 1995, l'accès à l'éducation s'est amélioré à l'échelle mondiale, surtout pour les filles et surtout pour ce qui est de l'éducation secondaire.⁴ De nos jours, les jeunes femmes dans les régions moins développées sont plus éduquées que leurs mères. A titre d'exemple, au Maroc, les jeunes femmes entre 15 et 19 ans ont quatre fois plus de chance que leurs mères d'être allées à l'école pendant sept ans. Au Soudan, ce chiffre est de neuf.⁵ Ce nonobstant, les niveaux d'éducation demeurent faibles dans ces pays, comme dans bien d'autres, et les gouvernements doivent s'efforcer de les augmenter.

La vie sexuelle et reproductive des jeunes gens

Le mariage

L'âge auquel a lieu le mariage est l'un des nombreux aspects de la vie des jeunes gens qui passe à l'heure actuelle par une période de transition. Dans l'ensemble, le mariage des moins de 18 ans est moins commun qu'il ne l'était il y a une génération ; cependant, les fluctuations d'une région à l'autre sont considérables. La Figure 5 présente une gamme allant de 3 % en Allemagne à 73 % au Bangladesh. (Les données sur le mariage incluent les unions formelles sanctionnées par la loi ou la religion, et les unions informelles ou relations de concubinage). Si l'on compare ces données à celles d'il y a 20 ans, le nombre des mariages précoces a diminué d'un quart en Inde et au Bangladesh, et de moitié environ en Indonésie. Cependant, l'âge auquel les gens se marient demeure peu élevé dans ces pays, au Bangladesh par exemple l'âge moyen est de 14,2 ans.

En Afrique sub-saharienne, la proportion des adolescents mariés a diminué au cours de 20 dernières années. Cependant, au moins un quart des femmes de 15 à 19 ans d'un grand nombre de pays d'Afrique sub-saharienne sont mariées, et environ la moitié des femmes de 15 à 19 ans au Mali, au Mozambique, au Niger, au Tchad et en Ouganda sont mariées. Dans la majorité de l'Amérique latine et des Caraïbes, les mariages précoces sont tout aussi fréquents

aujourd'hui pour les jeunes femmes qu'ils l'étaient pour leurs mères. Entre 20 et 40 % des femmes de la région forment leur première union avant l'âge de 18 ans.⁶

Un mariage à un âge plus tardif a de nombreuses implications pour les jeunes gens. Les jeunes femmes qui se marient à un âge plus avancé sont plus susceptibles d'avoir bénéficié d'une éducation de base que celles qui se marient plus tôt. Par suite, les femmes plus éduquées sont souvent en meilleure santé et sont plus prospères, et elles ont des enfants moins nombreux et en meilleure santé. Cependant, un mariage plus tardif, combiné à une augmentation des rapports sexuels des adolescents en dehors du mariage, placent les jeunes gens dans une situation de risque accru de grossesses non souhaitées, d'avortements à risque, de naissances en dehors des liens du mariage et d'IST, y compris le VIH/SIDA.

Activité sexuelle des adolescents

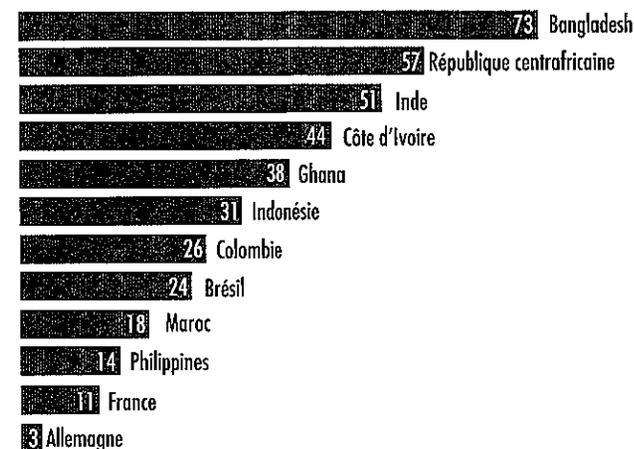
Les rapports sexuels avant le mariage sont communs dans bien des pays du monde, et seraient en augmentation marquée dans toutes les régions.⁷ Dans un grand nombre de régions, les jeunes gens, garçons et filles, font l'objet de fortes pressions sociales et de groupes pour avoir des rapports sexuels avant le mariage. Qui plus est, certaines des caractéristiques de la vie moderne sont susceptibles d'augmenter le désir d'avoir des rapports sexuels et les opportunités de s'y livrer : les mass médias, l'effondrement de la cellule familiale traditionnelle et des mœurs, l'augmentation de l'urbanisation, des migrations et du matérialisme. Pour une minorité importante de jeunes femmes, les rapports sexuels précoces ne sont en outre pas de nature consensuelle (voir page 9).

Comme l'indique le Tableau 1, au Kenya il existe un écart de plus de trois ans entre l'âge auquel se produisent les premiers rapports sexuels et l'âge du mariage ; au Brésil, cet écart est d'un peu plus de deux ans. D'après les enquêtes réalisées, en moyenne 43 % des femmes en Afrique sub-saharienne et 20 % des femmes en Amérique latine ont eu des rapports sexuels avant le mariage avant d'avoir fêté leur vingtième anniversaire. Les activités sexuelles des adolescentes sont encore plus intenses dans certains pays plus avancés : 68 % des adolescentes aux Etats-Unis et 72 % en France ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 20 ans.⁸ Les rapports sexuels avant le mariage sont encore plus fréquents chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Dans un grand nombre de sociétés, le sexe est considéré comme un signe de maturité et stature chez les jeunes hommes, alors que pour les femmes il s'agit d'un acte interdit et jugé honteux.⁹ (Voir Encadré 2 pour une discussion plus poussée de la situation des jeunes hommes).

L'augmentation des rapports sexuels avant le mariage s'accompagne de risques et de conséquences sérieux, surtout s'il se combine

Figure 5 :

Pourcentage de femmes mariées* à l'âge de 18 ans et avant, pays choisis



* Inclut les mariages formels et les unions libres.

Source : *Into a New World: Young Womens' Sexual and Reproductive Lives* (New York: Alan Guttmacher Institute, 1998).

Tableau 1 :

Age au mariage et âge au moment des premiers rapports sexuels chez les jeunes femmes*, pays choisis

Pays	Age médian au mariage**	Age médian au moment des premiers rapports sexuels
Cameroun	18,0	15,9
Kenya	20,2	16,8
Niger	15,3	15,3
Bolivie	20,9	19,0
Brésil	21,0	18,8
Guatemala	19,2	18,6
Haïti	20,5	18,7
Indonésie	19,9	19,8
Philippines	22,7	22,8

* Chez les femmes de 25 à 29 ans.

** Mariages formels et unions informelles compris. L'âge médian indique que la moitié des femmes interrogées ont contracté leur première union avant cet âge et l'autre moitié après cet âge.

Source : Enquêtes démographiques et de santé (Calverton, Maryland : Macro International).

à des informations inadéquates et à des services de santé reproductive insuffisants. L'augmentation de l'activité sexuelle place les jeunes dans une situation de risque accru de voir se produire des grossesses non souhaitées ou des IST, y compris le VIH/SIDA (voir la section sur le VIH/SIDA en page 10). Un grand nombre de grossesses non souhaitées se terminent par un avortement, mais les données complètes concernant les avortements commencent à peine à être disponibles (voir la Figure 6). Les avortements à risque, qui sont parfois provoqués par la femme elle-même, peuvent donner lieu à des maladies graves, à l'infertilité et parfois même à la mort. Même dans les endroits où des services d'avortement en toute sécurité sont propo-

sés, l'accès à ces services est souvent restreint pour les adolescentes. Les complications émanant d'avortements à risque sont la cause principale de mortalité chez les adolescentes dans certains pays.¹⁰

Grossesses chez les adolescentes

Sur les 15 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans qui accouchent chaque année, 13 millions vivent dans des pays moins développés.¹¹ Trente-trois pour cent des femmes des pays moins développés accouchent avant l'âge de 20 ans, de 8 % en Asie de l'Est à 55 % en Afrique de l'Ouest. Dans les pays plus développés, environ 10 % des femmes accouchent avant l'âge de 20 ans ;

Encadré 2

Comment toucher les jeunes hommes

Les jeunes hommes déclarent généralement que leurs premières expériences sexuelles se produisent plus tôt que les jeunes femmes ; par ailleurs, ils ont tendance à se marier plus tard. C'est la raison pour laquelle ils vivent une période plus longue d'activité sexuelle en dehors du mariage. Cependant, si les spécialistes de la santé reconnaissent de plus en plus que les jeunes gens ont besoin de soutien et d'information pour bien contrôler leur vie sexuelle et reproductive, l'attention portée avant tout à la santé des femmes laisse souvent de côté les hommes. De fait, les communications et les services de santé sont nettement moins susceptibles de cibler les jeunes hommes que les jeunes femmes.

Les normes culturelles relatives à ce qui est considéré comme un comportement sexuel acceptable pour les jeunes femmes et les jeunes hommes compliquent la question de la santé reproductive des adolescents. Au sein de certaines sociétés, les jeunes hommes sont encouragés ou poussés à adopter des comportements sexuels à risque, comme par exemple d'avoir plusieurs partenaires ou d'avoir leur première expérience sexuelle avec des travailleurs du sexe. Cependant, bien souvent, les services ne fournissent pas aux jeunes les moyens nécessaires pour se protéger et protéger leurs partenaires contre les maladies à transmission sexuelle ou les grossesses non souhaitées. Un accès limité aux préservatifs et à d'autres modes de contraception, même lorsqu'ils sont d'un prix raisonnable, demeure un obstacle majeur à leur utilisation. Au nombre des autres obstacles, l'on peut citer les comportements et les

conceptions erronées. Par exemple, les jeunes hommes croient qu'ils doivent utiliser un préservatif lorsqu'ils ont des rapports sexuels avec une prostituée mais pas quand c'est avec leur partenaire.

Des efforts déployés par les programmes pour sensibiliser les jeunes hommes sont en cours dans un grand nombre de pays. Les programmes pour la santé reproductive des jeunes hommes cherchent avant tout à encourager des comporte-

ments sexuels responsables. Ils peuvent également appuyer d'autres attitudes et comportements positifs, comme de ne pas abandonner sa scolarité, de réexaminer ses perceptions des rôles et des responsabilités de chacun des sexes, de fournir un soutien à leurs partenaires féminines quant à leurs besoins et à leurs décisions en matière de santé reproductive, et éviter la violence, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Les responsables de la planification des programmes doivent établir une distinction marquée entre les besoins des jeunes hommes et ceux des jeunes femmes, et faire la distinction entre les jeunes hommes en fonction de leur âge, car les changements de développement et d'émotions se produisent rapidement pendant l'adolescence. Certains des endroits à choisir pour contacter les jeunes hommes sont les sites communautaires tels que les discothèques, les salles de billards, les manifestations sportives et les marchés, les lieux de travail, les dispensaires accueillant favorablement les hommes et les jeunes, et les centres polyvalents pour la jeunesse. Au nombre des canaux d'informations par le biais desquels il est possible de contacter les jeunes hommes, l'on peut citer les mass médias (radio, télévision, et musique populaire) et la communication face à face par le biais de programmes organisés avec des élèves éducateurs et de services de conseil.

Pourcentage d'adolescents célibataires et sexuellement actifs et nombre de partenaires qu'ils ont eues en un an, pays choisis

Pays	% sexuellement actifs	Nombre moyen de partenaires sur 12 mois
Brésil (Rio de Janeiro)	61	2,6
Kenya	54	1,6
Côte d'Ivoire	43	2,4
Tanzanie	37	2,5
Thaïlande	29	3,8
Togo	18	2,0
Philippines (Manille)	15	1,8

Source : *Into a New World : Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (New York : Alan Guttmacher Institute, 1998).

Source : C. Green, « Reaching Young Men with Reproductive Health Programs », *In FOCUS* (Washington, DC : Pathfinder International, 1998).

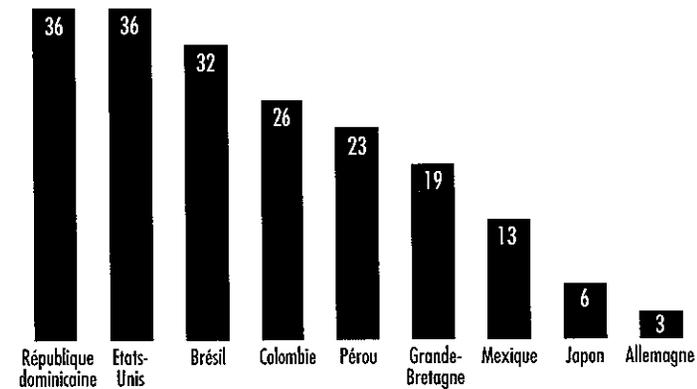
cependant, aux Etats-Unis, le niveau des grossesses chez les adolescentes est nettement supérieur (de l'ordre de 19 %). Des différences significatives existent également entre pays d'une même région (voir la Figure 7 et les colonnes sur la Population d'adolescents aux pages 18 à 24 de l'Annexe). A titre d'exemple, au Sénégal, 43 % des femmes de 20 à 24 ans accouchent à l'âge de 20 ans, contre 70 % au Mali.

Les grossesses et les accouchements précoces sont généralement associés à un niveau plus faible de revenus et ils réduisent les perspectives de revenus futurs pour les jeunes mères. Pour les adolescentes non mariées, dans certains pays, la maternité peut déboucher sur une sorte d'ostracisme social. Dans certains contextes, les adolescentes choisiront parfois de retomber enceinte pour obtenir un certain respect de leurs camarades, améliorer les relations avec les membres de leur famille ou parce qu'elles ont en fait peu d'opportunités dans la vie autres que la maternité.¹² Ces circonstances relèvent de stratégies et d'implications différentes pour les services à assurer.

Les jeunes femmes et leurs enfants sont confrontés à des risques sérieux en termes de santé à cause de ces grossesses et de ces accouchements précoces. Plus d'adolescentes meurent des suites d'une grossesse que de tout autre cause.¹³ De fait, la mortalité maternelle chez les femmes de 15 à 19 ans est deux fois plus élevée que celle des femmes de 20 ans et plus. Les adolescentes ne sont parfois pas totalement formées au plan physique, surtout pour ce qui est de leur taille ou de la dimension de leur bassin, elles courent donc davantage de risque d'un travail avec complications (en raison de l'obstruction du canal vaginal), ce qui est susceptible de provoquer une lésion permanente ou même la mort de la mère et du bébé. Les enfants nés de mères très jeunes sont également plus susceptibles de naître de manière prématurée et d'avoir un poids faible à la naissance. Dans un grand nombre de pays, le risque de décès au cours de la première année de la vie est 1,5 fois plus élevé pour les enfants nés de mères de moins de 20 ans que pour ceux nés de mères âgées de 20 à 29 ans.¹⁴ Pour toutes les femmes, les premières naissances comportent un risque plus élevé que les naissances ultérieures, et pour les adolescentes, les risques sont encore plus importants. Les adolescentes ayant moins d'expérience, moins de ressources et moins de connaissances en ce qui concerne les grossesses et les accouchements que les femmes plus âgées, leurs enfants et elles souffrent davantage lorsque des problèmes obstétricaux graves se produisent.

Figure 6 :

Nombre d'avortements pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans, pays choisis

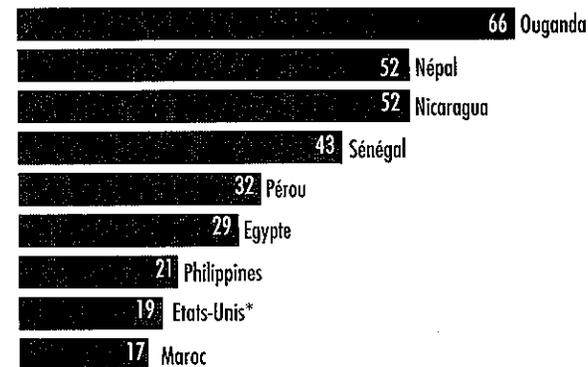


Source: *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (New York: Alan Guttmacher Institute, 1998).

Figure 7 :

Pourcentage de femmes ayant un enfant avant l'âge de 20 ans, pays choisis

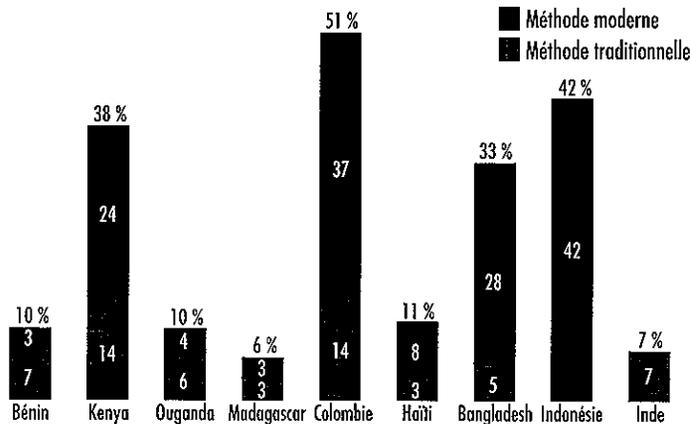
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans



*1995 National Survey of Family Growth (Hyattsville, Maryland : National Center for Health Statistics).

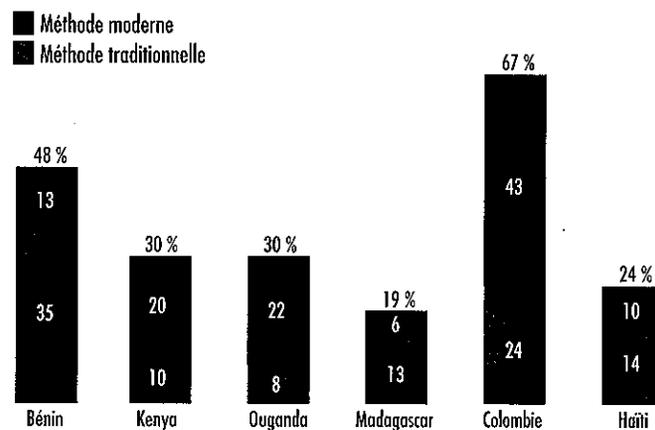
Source: Enquêtes démographiques et de santé, 1995-1998 (Calverton, Maryland : Macro International).

Figure 8 :
Utilisation des contraceptifs chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans, pays choisis



Source : Enquêtes démographiques et de santé (Calverton, Maryland : Macro International).

Figure 9 :
Utilisation des contraceptifs chez les femmes célibataires sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans, pays choisis



Source : Enquêtes démographiques et de santé (Calverton, Maryland : Macro International).

Impact des grossesses chez les adolescentes sur la population mondiale de demain.

Les décisions reproductives des jeunes d'aujourd'hui auront un impact considérable sur la croissance démographique future. Les projections démographiques établies par les Nations Unies illustrent la manière dont de légères différences dans les nombres des grossesses peuvent provoquer des différences considérables dans les niveaux de population. A titre d'exemple, les Nations Unies ont projeté en 1998 que si les femmes avaient en moyenne deux enfants, la population mondiale atteindrait 9,4 milliards de personnes d'ici 2050. Cependant, si les femmes avaient en moyenne 2,5 enfants chacune, la population mondiale atteindrait 11 milliards d'ici 2050.¹⁵

Le moment choisi pour les naissances est lui aussi d'importance critique. Les projections révèlent que si les jeunes femmes d'aujourd'hui commencent à avoir des enfants deux ans et demi plus tard que l'âge moyen actuel à la naissance du premier enfant, d'ici 2100 la population serait inférieure de 10 % au chiffre qu'elle atteindra s'il n'y a pas de changement dans le calendrier des naissances. De même, si elles attendaient cinq ans pour avoir leur premier enfant, la taille de la population serait de 20 % moins élevée que si elles suivent le schéma actuel.¹⁶

Usage de la contraception

Dans l'ensemble, les adolescentes sont moins susceptibles de recourir à la contraception que les femmes de plus de 20 ans. Les raisons de cet état de choses sont le manque d'informations, la fourniture d'informations erronées et la crainte des effets secondaires éventuels, ainsi que les obstacles géographiques, sociaux, culturels et économiques à l'accès et à l'utilisation des méthodes de planification familiale. Le plus souvent, les services de planification familiale sont conçus à l'intention des femmes adultes et mariées. Les adolescentes non mariées se heurteront parfois à l'hostilité ou au manque de coopération des prestataires de services, surtout lorsqu'il existe des croyances ou des convictions qui condamnent fermement les activités sexuelles des adolescents célibataires. Les adolescentes hésitent aussi souvent à révéler leur activité sexuelle à leurs parents ou aux prestataires de services. Par ailleurs, la nature sporadique et non planifiée de l'activité sexuelle des adolescents sera parfois un obstacle à un usage constant et correct des contraceptifs.

Les enquêtes réalisées révèlent qu'entre 12 % et 42 % des adolescentes mariées des pays moins développés qui déclarent qu'elles souhaitent procéder à un espacement des naissances n'utilisent pas de méthodes de planification familiale. Si les adolescentes célibataires sexuellement actives étaient incluses, la quantité des

besoins non satisfaits ne manquerait pas d'augmenter.¹⁷ Les adolescentes mariées peuvent bénéficier de l'usage des contraceptifs pour reporter la naissance de leur premier enfant jusqu'à ce que leurs corps soient suffisamment développés pour assumer une grossesse saine à terme, et reporter les naissances ultérieures.

L'usage des contraceptifs varie de manière considérable d'une région et d'un pays à l'autre (voir la Figure 8 et les colonnes sur la population des adolescents aux pages 18 à 24 de l'Annexe). Treize pour cent seulement des adolescentes mariées âgées de 15 à 19 ans ont recours à la contraception en Afrique sub-saharienne, par rapport à 55 % en Amérique latine et aux Caraïbes, 11 % en Haïti et 51 % en Colombie. Si l'on examine les chiffres pour l'Asie, en Inde, 7 % utilisent des contraceptifs, contre 42 % en Indonésie.

La ventilation entre l'utilisation des méthodes modernes de contraception et des méthodes traditionnelles varie elle aussi de manière considérable d'un pays à l'autre. Les méthodes modernes généralement utilisées par les jeunes comprennent les préservatifs, la pilule contraceptive orale et les injections d'hormones. Les méthodes traditionnelles comprennent la méthode du rythme ou méthode du calendrier, les méthodes aux plantes et le retrait. En Inde, sur les 7 % qui utilisent la contraception, personne n'a recours à une méthode moderne. En Indonésie, par contre, pratiquement les 42 % d'adolescentes mariées utilisant la contraception se servent de méthodes modernes (voir la Figure 8).

Les Figures 8 et 9 soulignent en outre les différences qui existent entre les pratiques contraceptives des adolescentes mariées et célibataires. Dans un grand nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les adolescentes célibataires sont tout aussi susceptibles d'avoir recours à la contraception que les adolescentes mariées. En Afrique sub-saharienne, les adolescentes célibataires sont plus susceptibles d'avoir recours à la contraception que les adolescentes mariées. Au Bénin, par exemple, 47 % des 15 à 19 ans sexuellement actives utilisent une méthode contraceptive (méthodes traditionnelles et modernes combinées), contre 9 % des adolescentes mariées. Si l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes mariées a enregistré une augmentation substantielle dans certaines parties de l'Asie, l'on en sait beaucoup moins sur les pratiques contraceptives des jeunes célibataires de la région, dans la mesure où elles sont souvent exclues des enquêtes menées à l'échelle nationale.

Violence sexuelle perpétrée à l'encontre des jeunes femmes

Abus sexuel et coercition

Il existe des adolescentes sexuellement actives dans la majeure partie du monde; cependant, ce n'est que récemment que l'on a commencé à déterminer quelle était la proportion de cette activité qui se faisait par consentement mutuel. Au nombre des abus sexuels figurent le viol, les agressions sexuelles, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel, les échanges économiques contre des faveurs sexuelles et l'inceste. Dans la mesure où la violence et l'exploitation sexuelle constituent des abus de pouvoir, les jeunes y sont particulièrement vulnérables, et ces violations peuvent avoir des effets dévastateurs et des conséquences à long terme. Par ailleurs, dans la mesure où la majorité des programmes sur la santé reproductive sont conçus à l'intention des jeunes qui ont des rapports sexuels par consentement mutuel, les besoins forts différents et très pressants des personnes victimes d'agressions sexuelles ne sont pas satisfaits.¹⁸

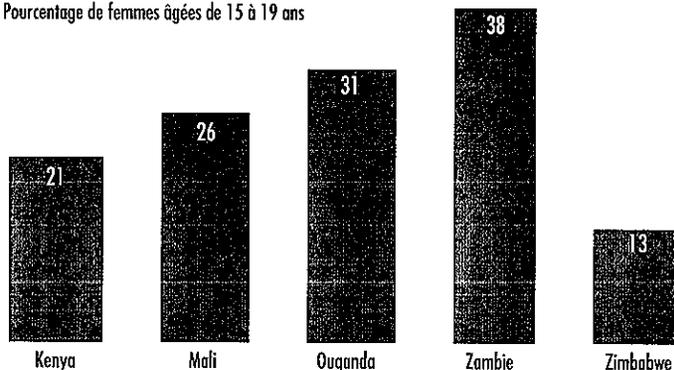
Les femmes sont plus vulnérables que les hommes à toute forme de violence ou d'abus à tous les stades de leur existence, que ce soit l'infanticide, l'inceste, la prostitution des enfants, le trafic du sexe, le viol, les violences exercées par le partenaire, les sévices psychologiques, le harcèlement sexuel, le viol comme arme de guerre, et les pratiques traditionnelles dangereuses telles que les mariages précoces forcés, l'excision et le brûlage des épouses. Les statistiques relatives au viol révèlent qu'entre un tiers et deux tiers des victimes de viol à l'échelle mondiale ont 15 ans ou moins.¹⁹ Les garçons sont aussi parfois des victimes, mais ce sont les filles qui sont les plus susceptibles de faire l'objet d'abus sexuels et de contracter le VIH ou d'autres IST à un âge beaucoup plus jeune que les garçons. Les autres risques comprennent les grossesses non souhaitées, les blessures physiques et les traumatismes psychologiques. Les études ont par ailleurs révélé que les jeunes gens qui ont été les victimes d'abus sexuel sont plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels à haut risque que les autres.²⁰

D'après l'UNICEF, l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents est une industrie représentant plusieurs milliards de dollars. Certains jeunes s'adonnent à la prostitution pour gagner de l'argent. Dans bien des pays, tels que le Bangladesh, le Brésil, le Népal, les Philippines et la Thaïlande, les jeunes sont piégés ou forcés de devenir des prostitués.²¹ De même, les privations économiques poussent un grand nombre de jeunes femmes de l'Afrique sub-saharienne et d'ailleurs à nouer des relations sexuelles avec des hommes plus âgés qu'elles—et connus parfois sous le nom de

Figure 10 :

Adolescentes non mariées ayant récemment* reçu de l'argent ou des cadeaux en échange de faveurs sexuelles, pays choisis d'Afrique sub-saharienne

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans



*Zimbabwe : au cours des 4 dernières semaines ; Ouganda : derniers rapports sexuels ; autres pays : au cours des 12 derniers mois

Source : Enquêtes démographiques et de santé (Calverton, Maryland : Macro International).

« papas gâteau »—qui, en échange de leurs faveurs sexuelles, leur donnent de l'argent et d'autres choses, comme des vêtements, des fournitures scolaires et le paiement de leurs frais de scolarité (voir la Figure 10).

Excision

Entre 100 et 180 millions de femmes dans le monde ont subi des mutilations génitales, aussi connues sous le nom d'excision ou de circoncision féminine, procédures qui consistent à retirer une partie de l'appareil génitale de la femme. Quelque 600 jeunes femmes courent le risque d'être l'objet de cette pratique tous les jours. L'excision est une question de santé très sérieuse, susceptible de causer divers effets secondaires dont les hémorragies, un état de choc, des douleurs et diverses complications et infections susceptibles de gravement porter préjudice à la santé d'une jeune femme pour le restant de ses jours. L'excision constitue une violation des droits de la femme à la santé et à l'intégrité de son corps, ce qui en fait une question relevant des droits de la personne. L'excision se produit essentiellement en Afrique, mais elle est également pratiquée par des minorités ou des immigrants africains dans d'autres régions.

Au cours des dernières années, les communautés et les pays ont commencé à progresser sur la voie de l'objectif adopté par la communauté internationale, à savoir l'élimination totale de l'exci-

sion. Les efforts déployés à l'échelle locale dans divers contextes ont permis de commencer à accumuler des informations permettant de savoir comment au mieux traiter de la question de l'excision. Ces efforts comprennent entre autres le développement de nouveaux rites de passage à l'âge adulte pour les adolescentes, des déclarations publiques contre l'excision faites par les familles et les membres des communautés, et des programmes de démarginalisation et de défense des droits des femmes et des filles. Une évaluation systématique de ces efforts devra être réalisée si l'on veut déterminer quelles sont les approches les plus prometteuses pour mettre un terme à cette pratique.

Les jeunes et la crise du VIH/SIDA

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé, environ la moitié des personnes séropositives ont moins de 25 ans, et dans les pays moins développés, jusqu'à 60 % de tous les nouveaux cas d'infection se produisent chez les 15 à 24 ans.²² Au sein de cette tranche d'âge des nouveaux séropositifs, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes.

L'une des raisons pour lesquelles les adolescents courent le risque de contracter cette maladie et d'autres IST est essentiellement parce qu'ils ont souvent de multiples relations sexuelles de courte durée et qu'ils n'utilisent pas toujours de préservatifs. En outre, ils ne disposent généralement pas de suffisamment d'informations et de connaissances du VIH/SIDA : leur vulnérabilité à ce virus, la manière dont ils peuvent l'éviter, et le degré de confiance requis pour se protéger. Les IST autres que le VIH (comme par exemple la chlamydia et la gonorrhée) constituent également une menace sérieuse pour les adolescents. A l'échelle mondiale, les taux les plus élevés d'IST sont détectés chez les jeunes de 15 à 24 ans. Dans les pays plus développés, les deux tiers des cas d'IST identifiés se produisent chez les jeunes de moins de 25 ans, et dans les pays moins développés, la proportion des infections chez les jeunes est encore plus élevée.²³

Les jeunes sont confrontés à des difficultés toutes particulières lorsqu'ils tentent d'obtenir le diagnostic du VIH/SIDA ou d'autres IST et les traitements correspondants, même lorsque les services sont disponibles. En effet, le plus souvent, ils ne disposent pas de suffisamment d'informations sur les IST, leurs symptômes, le fait qu'il faille se faire soigner, et où se procurer les services requis. Ils hésitent aussi souvent à demander ces services, et le personnel soignant aura parfois certaines réticences à les soigner. Les femmes atteintes de chlamydia et de gonorrhée, les deux IST les plus fréquentes, ne présentent souvent aucun symptôme, et dans la mesure où la présence d'une autre IST augmente le risque de contracter le VIH, les jeunes sont beaucoup plus

susceptibles de contracter ces infections et de les transmettre.²⁴ Dans certains cas, ils peuvent même se heurter à des obstacles de nature institutionnelle ou juridique lorsqu'ils tentent de se procurer les services nécessaires, avec par exemple une attitude négative des prestataires de services, l'exigence de fournir un consentement des parents ou du conjoint, ou le consentement du partenaire avant tout test ou traitement. Qui plus est, les jeunes sont souvent convaincus (à tort) que les IST finissent par disparaître si on ne les soigne pas, ou ne se reproduisent pas une fois soignées.

Les jeunes femmes se trouvent dans une situation de vulnérabilité particulière aux IST pour des raisons à la fois culturelles et biologiques. Les adolescentes disposent de moins d'anticorps protecteurs que les femmes plus âgées, et le manque de maturité du col de leur utérus augmente le risque de transmission de la maladie en cas d'exposition à une infection.²⁵ La violence et l'exploitation sexuelles, le manque d'éducation formelle (y compris l'éducation sexuelle), l'impossibilité de négocier avec leurs partenaires pour la prise des décisions de nature sexuelle et l'accès limité aux services de contraception et de santé reproductive se combinent pour placer les jeunes femmes en situation de risque particulièrement élevé. Par ailleurs, au sein de nombreuses sociétés, les femmes n'ont pas l'habitude de discuter de questions de santé reproductive et de sexualité avec autrui, ce qui contribue encore davantage à leur vulnérabilité.

Appel à l'éducation en matière de VIH/SIDA

De nos jours, les décideurs politiques accordent une attention sans cesse croissante à la nécessité de l'éducation sur le SIDA, sa prévention et son traitement. D'après les estimations, quelque 30 millions d'adultes et d'enfants dans le monde vivent avec le VIH ou le SIDA, mais la plupart d'entre eux ignorent qu'ils sont infectés. Une grande majorité des séropositifs (95 %) vivent dans des pays moins développés.²⁶ En 1999, lors de la première évaluation quinquennale suivant la CIPD, les gouvernements se sont donnés comme objectif de fournir à au moins 90 % des jeunes gens de 15 à 24 ans un accès à des méthodes préventives d'ici 2005, pour réduire leur susceptibilité à l'infection au VIH.²⁷ Au nombre de ces méthodes figurent des préservatifs masculins et féminins, des tests et des services de conseil volontaires, et un suivi. La colonne Santé aux pages 18 à 24 de l'Annexe indique si en 1993 les pays offraient ou non des services d'éducation sur le VIH/SIDA dans leurs programmes scolaires. Il est nécessaire de disposer de données plus à jour pour déterminer le degré de réponse des politiques appliquées face à la crise du VIH/SIDA.

En dépit du fait qu'il est nécessaire de mobiliser l'attention du grand public, des obstacles de nature culturelle et institutionnelle s'opposent à l'éducation des jeunes quant aux risques du VIH et aux méthodes permettant d'en contrôler la contagion. Nombreux sont les

parents et les éducateurs qui craignent depuis bien longtemps que l'éducation sexuelle ne contribue à intensifier l'activité sexuelle des jeunes. Cependant, une évaluation réalisée récemment par le Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA (ONUSIDA) révèle que l'éducation sur le VIH et sur l'éducation sexuelle encourage en fait l'adoption de pratiques sexuelles plus sûres et n'augmente pas l'activité sexuelle.²⁸ D'après ce rapport, des programmes efficaces contribuent à reporter les premiers rapports sexuels et à protéger les jeunes qui sont sexuellement actifs contre les IST, y compris le VIH, et contre les grossesses non souhaitées. L'ONUSIDA a par ailleurs révélé que l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle est intensifiée lorsqu'ils ont lieu avant que les jeunes ne deviennent sexuellement actifs.

Les jeunes en marge de la société

L'on s'inquiète de plus en plus du sort des jeunes qui sont isolés de leurs familles et des institutions sociales, telles que les écoles, les institutions religieuses, les clubs pour la jeunesse ou les lieux de travail. Ces jeunes « en marge de la société » sont particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle, et courent un risque disproportionné élevé de grossesses non souhaitées et d'IST, y compris le VIH/SIDA. Bien souvent, ils n'ont pas d'accès à des informations sur les services de santé, les services de conseil, la protection juridique, la santé et d'autres services. Ils vivent dans les rues, ou y passent le plus clair de leur temps, et le plus souvent, le seul soutien social qu'ils reçoivent émane de jeunes vivant dans des circonstances similaires. Il est difficile de recenser ces jeunes, et de leur faire parvenir une assistance. Cependant, les statistiques révèlent qu'un nombre important de jeunes ont besoin d'informations et de services allant au-delà de ce qui est traditionnellement assuré ou offert par les programmes scolaires.

- D'après les estimations des Nations Unies, 404 millions de jeunes de moins de 18 ans—soit 38 % des jeunes dans les pays moins développés—ne vont pas à l'école.
- D'après les estimations de l'UNICEF, environ 100 millions de jeunes gens travaillent dans les rues, avec des activités comme la collecte des ordures, la vente à la sauvette, le parking des véhicules et le lavage des voitures ; d'autres cirent les chaussures ou mendient. Environ 10 % de ces jeunes vivent en fait dans les rues, et n'ont ni domicile fixe ni lien avec leurs familles.
- Une jeune fille sans abri aux Etats-Unis a 14 fois plus de chances de tomber enceinte qu'une jeune fille ayant un foyer.²⁹
- Une étude portant sur 143 jeunes Guatémaltèques vivant dans les rues a révélé qu'ils avaient tous faits l'objet de sévices sexuels : la majorité l'avaient été par des membres de leur

famille, souvent des beaux-parents, ou par des personnes de leur connaissance. Ces jeunes ont souvent répété qu'ils avaient fui leur foyer pour échapper à des sévices physiques, sexuels ou psychologiques.³⁰

Un nouveau groupe de jeunes socialement marginalisés, les orphelins du SIDA, sont souvent négligés et mis à l'écart par leurs propres communautés. Comme la plupart des orphelins, ils souffrent de taux de malnutrition, de rachitisme et d'analphabétisme plus élevés. Les orphelins du SIDA sont socialement isolés à cause du stigmatisation attaché à la maladie, et ils sont plus vulnérables aux abus et à l'exploitation, souvent abandonnés à eux-mêmes dans les rues. Ces jeunes ont souvent la responsabilité de frères et sœurs plus jeunes dont ils doivent s'occuper, et ils ont d'autant plus de mal à continuer à aller à l'école. Selon les prédictions des Nations Unies, l'épidémie du VIH/SIDA sera responsable de 13 millions d'enfants orphelins—c'est-à-dire sans père, sans mère, ou sans aucun de leurs parents—d'ici la fin de l'an 2000. D'après les derniers recensements, 90 % des 8,2 millions d'enfants qui sont déjà orphelins à cause du SIDA vivent en Afrique sub-saharienne.³¹

Encadré 3

Méthodes clés pour toucher les jeunes vivant en marge de la société

- Dans la mesure où un grand nombre de jeunes socialement marginalisés vivent dans des conditions marquées par la violence et le manque de confiance, les programmes doivent avant tout établir un environnement de respect, d'acceptation et de stabilité.
- Pour établir un contact initial, les programmes de vulgarisation trouvent les jeunes là où ils passent le plus clair de leur temps, à savoir dans les rues. Par exemple, les programmes au Guatemala, au Honduras et au Mexique ont mis en place des équipes de vulgarisation qui offrent aux jeunes des rues des soins médicaux d'urgence, des services d'information sur le VIH, une éducation informelle et des services de conseil.
- Les centres de jour et les foyers offrent aux jeunes un endroit où se reposer en toute sécurité. Les foyers de transition et les maisons de groupe préparent les jeunes à vivre de manière indépendante ou les aident à reprendre contact avec leurs familles.
- Les programmes peuvent travailler avec les membres de la communauté qui ont déjà acquis la confiance des jeunes, comme par exemple les vendeurs des marchés ou les colporteurs, les marchands ou les prestataires de services de santé.

Source : C. Stevens, « Reaching Socially Marginalized Youth », *In FOCUS* (Washington, DC : Pathfinder International, 1999).

Dans bien des endroits, les enfants de plus de 5 ans ne font plus partie des populations ciblées par les services de santé, dans la mesure où leur survie est relativement assurée. Les besoins de nombreux jeunes en matière de santé sont négligés jusqu'à ce que les adolescentes tentent de se procurer des services de santé car elles sont enceintes, comme c'est trop souvent le cas. De même, les garçons, qui courent le plus de risque d'accidents, de violences et de toxicomanie, ne tentent souvent de se procurer des services que lorsqu'ils deviennent les victimes de ces maux de la société (voir Encadré 3).

Approches stratégiques et programmatiques

Pour assurer un avenir viable aux jeunes, il est essentiel de répondre aux besoins des adolescents en matière d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive. Lors de plusieurs conférences et conventions internationales des années 1980 et 1990, les gouvernements ont réitéré leur engagement à un programme d'action universel dont l'objet est d'améliorer la santé des adolescents, selon les points suivants³² :

- Fournir des services d'éducation sexuelle aux adolescents et aux adolescentes, y compris des informations sur la sexualité, les comportements sexuels responsables, la reproduction, l'abstinence volontaire, la planification familiale et les avortements à risque, les IST y compris le VIH/SIDA et les rôles des deux sexes.
- Encourager la participation des parents et promouvoir la communication et les interactions entre adultes et adolescents.
- Utiliser des élèves-enseignants pour arriver à toucher les jeunes.
- Offrir des services de santé intégrés aux adolescents incluant des informations sur la planification familiale et les services correspondants pour les adolescents déjà actifs au plan sexuel.
- Rendre les services de santé plus conviviaux en garantissant la confidentialité et le respect des patients et la fourniture des informations de grande qualité requises pour un consentement éclairé, et en incluant des jeunes dans le processus d'élaboration des programmes.
- Augmenter les opportunités d'éducation et d'emploi offertes aux femmes.
- Prendre des mesures pour éliminer la violence à l'encontre des femmes sous toutes ses formes, et mettre un terme à la traite des femmes.
- Éliminer la pratique de l'excision.

L'expérience accumulée par la recherche et les programmes semble indiquer que les décideurs politiques et les prestataires de services de santé doivent éliminer les obstacles institutionnels et

juridiques qui empêchent les jeunes de bénéficier des services de planification familiale et de santé reproductive qui existent déjà. En outre, les informations et les services doivent être conçus de manière à répondre aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes adultes.

Comment informer la jeunesse par le biais de l'éducation sexuelle

L'éducation sexuelle pour les jeunes s'est de longue date heurtée aux préoccupations d'adultes craignant que les informations ainsi fournies n'encouragent la promiscuité chez les adolescents non mariés. Cependant, une évaluation réalisée à l'échelle mondiale des études effectuées par l'OMS et l'ONUSIDA³³ a conclu que l'éducation sexuelle n'encourageait en rien des rapports sexuels plus précoces ; par contre, elle est susceptible de retarder les premiers rapports sexuels et encourager une utilisation plus constante de la contraception et des pratiques sexuelles moins dangereuses (voir aussi la section sur l'éducation sur le VIH/SIDA en page 11).

Il est crucial de parvenir à communiquer des informations aux adolescents le plus tôt possible, avant qu'ils ne commencent à avoir des rapports sexuels. Les écoles sont un emplacement idéal pour toucher un grand nombre de jeunes; cependant, dans la mesure où un nombre important d'adolescents n'est pas scolarisé, dans bien des régions il faudra aussi adopter des approches à base communautaire. Selon les spécialistes de la santé reproductive des adolescents, certains éléments sont essentiels pour le succès d'un message concernant l'éducation sexuelle et le VIH, à savoir³⁴ :

- La transmission d'un message clair quant aux pratiques sexuelles à risque. Concentration sur la réduction de quelques comportements clés susceptibles de provoquer une grossesse non désirée ou une infection au VIH/SIDA.
- L'utilisation d'un cadre de référence pour le changement des comportements qui permettent de définir et d'évaluer les activités.
- La fourniture d'informations fondamentales et précises sur les risques que comportent les rapports sexuels non protégés et les manières d'éviter tout rapport sexuel non protégé.
- L'inclusion d'activités qui traitent des pressions sociales pesant sur les comportements sexuels. Présenter des exemples et pratiquer les aptitudes de communication, de négociations et de refus.
- L'utilisation de toute une gamme de méthodes d'enseignement conçues de manière à inclure les participants et à les encourager à adapter les informations fournies à leur propre situation. Faire appel à des pédagogues et à des élèves-ensei-

gnants convaincus de la validité du programme qu'ils aident à faire appliquer et leur fournir la formation nécessaire.

- L'inclusion d'objectifs de comportements, de méthodes d'enseignement et de matériaux pédagogiques qui correspondent à l'âge, à l'expérience sexuelle et à la culture des étudiants.

Etablissement de liens avec les services

L'augmentation des connaissances ne constitue que le premier pas sur la voie de la prévention des grossesses non souhaitées et des IST, VIH compris. Pour être efficaces, les programmes d'éducation (que ce soit dans le cadre des écoles ou en dehors) doivent informer les jeunes sur les services dont ils sont susceptibles d'avoir besoin et les endroits où se les procurer. Les dispensaires basés dans les écoles sont souvent une méthode efficace pour offrir des services aux étudiants, mais il faut également des dispensaires dans les communautés pour subvenir aux besoins des nombreux jeunes non scolarisés. Des programmes de vulgarisation à base communautaire seront parfois nécessaires pour toucher les jeunes hommes, les enfants des rues, les adolescents qui se prostituent et divers autres groupes marginaux qui hésitent peut-être à utiliser des services conçus pour les mères et leurs enfants.

Il existe un certain nombre de programmes modèles qui incorporent des éléments dont l'objet est de mettre les jeunes à leur aise au sein des services de santé existants.³⁵ Les centres polyvalents pour la jeunesse ne sont qu'une approche parmi d'autres pour répondre à ces besoins ; l'établissement de liens avec les services sociaux par le biais de systèmes de renvoi à des spécialistes constitue peut-être une approche plus viable dans un certain nombre de contextes. Certains programmes tentent d'amener les services jusqu'aux emplacements où les jeunes étudient, travaillent ou se distraient. Quel que soit le site choisi, les composantes fondamentales d'un service accueillant par les jeunes comprennent des prestataires de services ayant bénéficié d'une formation spéciale, la confidentialité et l'accessibilité.³⁶

*Encadré 4***Étude de cas : Programme MEXFAM pour les adolescents au Mexique**

En 1986, MEXFAM, qui est la principale organisation mexicaine privée de planification familiale, a lancé dans une zone urbaine un programme pour les adolescents intitulé *Gente Joven*, ou « Jeunes gens ». L'approche décentralisée de ce programme à base communautaire, qui a recours à de jeunes promoteurs pour ses activités de vulgarisation, est de nature souple et adaptable aux circonstances locales. Conçu pour atteindre nos adolescents sur leur propre terrain, comme par exemple dans les écoles, dans les clubs, dans les salles pour la jeunesse, dans les endroits où se trouvent les bandes de jeunes et dans les installations sportives, le programme a réussi à toucher plus de 4 millions de jeunes depuis son lancement. *Gente Joven* est fondé sur des activités entre jeunes, qui permettent aux adolescents d'assumer un rôle plus dynamique lorsqu'ils fournissent des services et des informations à des gens de leur âge. L'approche intégrée du programme comprend trois éléments principaux, à savoir :

- L'éducation sexuelle et la santé reproductive,
- une collaboration entre les coordinateurs adultes et les jeunes bénévoles, et
- une participation et une action intégrées : jeunes gens, parents et éducateurs sont tous des participants.

Gente Joven reconnaît que les jeunes voudront découvrir leur sexualité quels que soient les obstacles mis en place par la société ; c'est pourquoi ce programme fait la promotion d'une activité sexuelle sans risque, saine et responsable. Le programme est confronté aux attitudes fortement négatives de nombreux adultes vis-à-vis de la sexualité des adolescents, et il réagit en œuvrant à la sensibilisation des parents, des éducateurs et des responsables politiques locaux par le biais de vidéos, de discussions, de la distribution de brochures et de programmes radios. Dans l'ensemble, les principales approches responsables du succès de ce programme sont les suivantes :

- **Une approche fondée sur les jeunes.** La promotion de jeune à jeune garantit que le programme ne s'écarte pas des besoins et des désirs exprimés par les jeunes eux-mêmes.
- **Une formation intensive.** Le personnel et les bénévoles sont formés aux techniques de conseil, de communication et d'éducation sexuelle.
- **Un personnel et des bénévoles dévoués.** *Gente Joven* a joué un rôle crucial dans la motivation et le développement du potentiel de chef de file des jeunes bénévoles.
- **Un matériel pédagogique à fort impact.** *Gente Joven* a produit des vidéos primées, des

guides pour leur utilisation et d'autres matériaux qui traitent de manière spécifique et directe des besoins des jeunes.

- **Une souplesse responsable.** Le programme offre à ses coordinateurs la souplesse voulue pour renforcer leurs propres talents, tout en assurant une harmonisation avec l'ensemble des objectifs du programme par le biais du suivi et de l'évaluation.

Dans l'ensemble, l'on estime que *Gente Joven* a permis une amélioration considérable de la communication entre générations sur les questions de sexualité. Cinq ans après le lancement du programme, MEXFAM a annoncé que dans les écoles qui enregistraient des taux élevés de grossesses chez les adolescentes, ces chiffres avaient fortement diminué après la présentation du cours en dix heures de *Gente Joven*. Ce programme traite de questions qui sont importantes pour les jeunes, d'une manière franche et ouverte, ce qui encourage la réflexion et la discussion sur les décisions importantes qu'ils sont amenés à prendre.

Source : « Mexico: *Gente Joven*, MEXFAM's Adolescent Program » *Family Planning Programs : Diverse Solutions to a Global Challenge* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1994) ; données ultérieures fournies sur le site web de MEXFAM à l'adresse électronique suivante : www.mexfam.org.mx/.

Autres approches prometteuses

Les programmes qui ciblent les jeunes peuvent utiliser toute une gamme de moyens de communication pour leur fournir des informations sur la santé sexuelle et reproductive, encourager le dialogue sur des questions délicates, et aider les jeunes à acquérir les connaissances et la confiance en soi nécessaires pour protéger leur santé. L'encadré 4 présente une description d'une approche novatrice. Les services de conseil prodigués par des élèves enseignants—lorsque des jeunes sont formés à parler à leurs homologues—peuvent être offerts dans les écoles, sur les lieux de travail ou dans d'autres endroits publics fréquentés par les jeunes. Par ailleurs, il est aussi possible de transmettre des messages par le biais des mass médias et de l'industrie du spectacle, que ce soit les chansons à la mode, les feuilletons télévisés, les vidéos, les spots télévisés, les panneaux d'affichage, les manifestations sportives et les perfor-

mances théâtrales. La combinaison de l'éducation et des distractions s'est révélée très efficace et a réussi à toucher les jeunes dans des contextes très variés. En outre, les numéros de téléphone d'urgence et les programmes de radio avec participation des auditeurs offrent aux jeunes une occasion de parler de leurs préoccupations de manière anonyme avec des conseillers spécialisés. Les pharmaciens et les programmes de marketing social commencent eux aussi à cibler les jeunes adultes en leur qualité de consommateurs de produits pour la santé, en particulier les préservatifs.

Les jeunes ont toute une gamme de besoins variés qui changent d'un contexte à l'autre. L'un des aspects fondamentaux de l'élaboration des programmes pour la jeunesse est la participation de jeunes gens pour aider à déterminer les approches programmatiques et les composantes qui répondent de la meilleure manière à leurs préoccupations. De la sorte, les jeunes gens acquièrent de nouvelles aptitudes et une plus grande confiance en soi, alors qu'ils

prennent des décisions qui auront un impact sur leur avenir et celui des générations futures.

Dans l'idéal, les pays devraient élaborer des stratégies exhaustives et polyvalentes pour toucher les jeunes. La fourniture d'informations sur la santé, de services de conseil et de services de santé aux jeunes peut constituer à la fois un défi et un sujet de contro-

verse, et ce à cause des sensibilités culturelles sur la sexualité des adolescents. Cependant, les tendances récentes en matière de santé des adolescents et de leur activité sexuelle, et surtout la pandémie du VIH/SIDA exigent qu'une attention soit portée de toute urgence à ces questions, que soient organisées des discussions publiques et que des mesures stratégiques soient prises. ■

Références

- 1 Nations Unies, *Programme d'action de la CIPD* (New York : ONU, 1994) : par. 6.7.
- 2 Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture. (UNESCO), *World Education Report, 1998: Teachers and Teaching in A Changing World* (Paris : publications UNESCO, 1998) : 136-138.
- 3 Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives* (New York : AGI, 1998) : 12.
- 4 Population Action International (PAI), *Educating Girls: Gender Gap and Gains* (Washington, DC : PAI, 1998).
- 5 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 6 Ibid.
- 7 Population Reference Bureau (PRB), *Improving Reproductive Health in Developing* (Washington, DC : PRB, 1997) : 5.
- 8 AGI, *Hopes and Realities* (New York : AGI, 1994) : Tableau 4.
- 9 B. Barnett et J. Stein, *Women's Choices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Research Triangle Park, NC : Family Health International, 1998).
- 10 J. Senderowitz, « Adolescent Health », documents thématiques 272 de la Banque mondiale (Washington, DC : 1995) : 17.
- 11 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 12 B. Barnett et J. Stein, *Women's Choices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*.
- 13 UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance), *Progress of Nations 1998* (New York : UNICEF, 1998) : 21.
- 14 B. Shane, *Family Planning Saves Lives* : 4.
- 15 C. Haub et D. Cornelius, *Fiches de données sur la population mondiale, 1998* (Washington, DC : PRB, 1998).
- 16 J. Bongaarts, « Population Policy Options in the Developing World », *Science* 1994, 263 (5148) : 771-776.
- 17 B. Shane, *Family Planning Saves Lives*.
- 18 L. Shanler, L. Heise, L. Stewart, L. Weiss « Sexual Abuse and Young Adult Reproductive Health », *In FOCUS* (Washington, DC : Pathfinder International, 1998).
- 19 L. Heise et al., « Ending Violence Against Women », *Population Reports Series L*, no, 11, (Baltimore, MD : Johns Hopkins University) : 9.
- 20 Ibid.
- 21 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 22 B. Shane, *Family Planning Saves Lives* : 17-18.
- 23 J. Senderowitz, « Young People and STDs/HIV/AIDS; Part I: Dimensions of the Problem », *In FOCUS* (Washington, DC : Pathfinder International, 1997).
- 24 AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 25 Ibid.
- 26 Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA (ONUSIDA), *AIDS Epidemics Update December 1999* (Genève : ONUSIDA, 1999).
- 27 Nations Unies, *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (New York : UNFPA, 1999).
- 28 ONUSIDA, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People: A Review Update* (Genève : ONUSIDA, 1997).
- 29 UNICEF, *Progress of Nations 1998* (New York : UNICEF, 1998) : 29.
- 30 www.casa-alianza.org, accès en ligne disponible en avril 2000.
- 31 UNICEF, *Progress of Nations 1998* (New York : UNICEF, 1999).
- 32 Family Care International (FCI), *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action* (New York : FCI, 1995).
- 33 ONUSIDA, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People: A Review Update*.
- 34 D. Kirby, « Reducing Adolescent Pregnancy: Approaches That Work », *Contemporary Pediatrics*, Vol. 16, no 1, janvier 1999 (Montvale, NJ : Medical Economics Company).
- 35 J. Senderowitz, « Making Health reproductive Services Youth-Friendly », *In FOCUS* (Washington, DC : Pathfinder International, 1999).
- 36 Ibid.

Définitions de termes choisis du rapport et des tableaux de données

- Le **pourcentage d'enfants inscrits dans des écoles secondaires** est le rapport entre le nombre total d'enfants inscrits dans les écoles secondaires et le nombre total d'enfants dans cette tranche d'âge, soit le taux brut de scolarisation.
- L'**indice synthétique de fécondité (ISF)** est le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme pendant sa vie en prenant les taux de naissance d'un âge spécifique pour une année donnée.
- Le **nombre d'accouchements en présence de personnel qualifié** correspond aux accouchements qui se font en présence d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme formée ; les définitions données au personnel médical varient d'un pays à l'autre et certaines données incluent même les accoucheuses traditionnelles.
- Le **pourcentage de la population atteinte par le VIH/SIDA** constitue une estimation provisoire fournie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), fondée sur les estimations officielles des pays eux-mêmes lorsque ces données sont disponibles. Lorsque ces données ne sont pas disponibles, les chiffres fournis par l'OMS sont fondés sur des études de séroprévalence, le nombre de cas de SIDA déclarés, la taille de la population et sa structure, et les principaux modes de transmission de la maladie.
- Le **pourcentage de personnes utilisant la contraception** représente le pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 19 ans et de célibataires de 15 à 19 ans sexuellement actives qui utilisent à l'heure actuelle une méthode ou une autre de planification familiale. Les adolescentes célibataires sexuellement actives sont constituées par le groupe de celles ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels dans les quatre semaines précédant l'enquête.
- Les **méthodes modernes de contraception** incluent les méthodes cliniques et les méthodes à fournitures telles que la pilule, le DIU, le préservatif et la stérilisation. Toute méthode de contraception fait référence aux méthodes modernes ainsi qu'aux méthodes traditionnelles.

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Anne Boyd, en collaboration avec Lori Ashford, Carl Haub et Diana Cornelius. Nancy Yinger et Mark Sherman ont fourni leurs observations sur plusieurs versions du document.

Le PRB souhaite exprimer toute sa reconnaissance au projet FOCUS on Young Adults, de Pathfinder International, pour les informations qu'il a fournies pour différentes portions de ce rapport. L'auteur souhaite également remercier les réviseurs suivants : Jennifer Adams et Shanti Conly, de l'USAID, Anne Wilson, du Programme PATH (Program for Appropriate Technology in Health), Cynthia Green, du Population Council, Nancy Murray et Lindsay Stewart, du projet FOCUS on Young Adults, Linda Asturias de Barrios,

d'ESTUDIO 1360 S.A. au Guatemala, et Nelson Agyemang, du Youth Development Fund du Ghana.

Ce travail a été financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dans le cadre du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

Conception et production : Heather Lilley, PRB
 Rédacteur en chef : Lisa M. Hisel, PRB
 Traduction française : Pascale Ledeur
 Mise-en-page française : Comprehensive Language Center, Inc.
 Impression : McArdle Printing Company, Inc.

ANNEXE

La jeunesse du monde 2000 — Tableaux de données

	POPULATION		EDUCATION				MARIAGE ET FECONDITE				SANTÉ			POPULATION D'ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS										
	Population âgée de 10 à 24 ans (En millions)		Population âgée de 10 à 24 ans (En % du total)		% inscrits dans le secondaire en 1980		% inscrits dans le secondaire, année la plus récente		Age moyen au premier mariage* Toutes les femmes	Indice synthétique de fécondité (ISF)	% de l'ISF attribué à des mères âgées de 15 à 19 ans	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	% de la population entre 15 et 49 ans atteint par le VIH/SIDA, 1997	Inclusion de l'éducation sur le SIDA dans le cursus des écoles, 1993	Population âgée de 15 à 19 ans (En millions)		% d'analphabètes		% mariées actuellement*	% de célibataires sexuellement actifs 2000 (Femmes)	% ayant leur premier enfant à l'âge de 20 ans ^c	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	Femmes (en %) utilisant la contraception	
	2000	2025	2000	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	femmes	(ISF)	ans					(En millions)	Hommes	Femmes	(Femmes)	(Femmes)		Célibataires Toute méthode/moderne	Mariées* Toute méthode/moderne		
MONDE	1 663	1 796	27	54	44	63	56	22	2,9	12	71	—	—	554	17	27	19	—	31	—	—/—	20/—		
Plus développé	241	198	20	88	89	99	102	25	1,5	10	99	—	—	81	—	—	6	—	—	—/—	—/—			
Moins développé	1 423	1 597	29	43	30	57	48	21	3,2	12	63	—	—	474	18	29	21	—	33	—	—/—	19/—		
Moins développé (Chine non comprise)	1 105	1 321	31	38	27	52	42	20	3,7	13	53	—	—	373	23	36	26	—	42	47	—/—	22/—		
AFRIQUE	256	401	33	26	15	38	33	20	5,3	12	48	—	—	86	—	—	26	—	47	50	—/—	14/13		
Afrique sub-saharienne	210	352	33	19	10	29	23	19	5,8	—	46	—	—	70	—	—	29	—	52	50	—/—	13/11		
AFRIQUE DU NORD	56	63	33	47	29	63	57	21	3,6	7	49	—	—	19	21	40	12	—	24	51	—/—	19/—		
Algérie	10,3	12,0	33	40	26	65	62	24	3,8	3	77	0,1	0	3,5	11	31	9	—	—	—	—/—	—/—		
Egypte	22,1	22,8	32	66	41	83	73	19	3,3	10	39	z	N	7,6	26	44	14	—	29	41	—/—	21/18		
Libye	2,0	2,3	35	88	63	95	95	—	4,1	7	81	0,1	0	0,7	2	14	—	—	—	—	—/—	—/—		
Maroc	9,1	9,1	32	32	20	44	34	20	3,1	8	45	z	0	3,0	28	52	10	—	17	47	—/—	32/30		
Soudan	9,8	13,6	33	20	12	23	20	24	4,6	6	31	1,0	0	3,5	22	38	15	—	26	68	—/—	4/—		
Tunisie	3,0	2,9	32	34	20	66	63	25	2,8	3	79	z	0	1,0	5	22	4	—	13	81	—/—	11/—		
AFRIQUE DE L'OUEST	73	122	33	24	12	31	22	18	5,9	12	38	—	—	25	—	—	37	—	55	39	41/14	5/2		
Bénin	2,1	3,6	34	24	8	26	11	19	6,3	10	80	2,1	N	0,7	46	71	29	9	50	82	47/13	9/3		
Burkina Faso	3,9	7,7	33	4	2	11	6	18	6,8	12	42	7,2	0	1,3	—	—	44	4	62	31	31/14	1/z		
Côte d'Ivoire	5,2	7,5	35	26	11	34	16	18	5,2	13	45	10,1	N	1,8	34	56	—	19	—	51	47/16	11/4		
Gambie	0,4	0,6	29	16	7	30	19	—	5,6	15	44	2,2	0	0,1	—	—	53	—	—	—	—/—	—/—		
Ghana	6,6	11,3	33	50	31	44	28	19	4,5	11	41	2,4	0	2,2	—	—	20	8	49	63	45/23	20/13		
Guinée	2,5	3,9	34	24	10	20	7	—	5,5	18	31	2,1	—	0,8	—	—	—	—	—	39	—/—	3/2		
Guinée-Bissau	0,4	0,6	30	10	2	—	—	18	5,8	17	27 ^a	2,3	N	0,1	34	77	—	—	—	—	—/—	—/—		
Liberia	1,2	2,3	38	31	12	—	—	20	6,2	17	58 ^a	3,7	—	0,4	39	62	32	41	64	62	—/12	2/—		
Mali	3,8	6,8	34	12	5	17	8	16	6,7	14	47	1,7	—	1,3	—	—	49	6,9	70	50	29/16	5/2		
Mauritanie	0,9	1,5	32	17	4	21	11	23	5,5	12	47	0,5	—	0,3	41	58	14	—	84	45	—/—	—/—		
Niger	3,4	7,1	32	7	3	9	5	15	7,5	15	39	1,5	N	1,1	72	88	60	10 ^{**}	70	37	—/8	6/2		
Nigeria	36,7	57,6	33	25	13	36	30	17	6,0	12	31	4,1	N	12,4	—	—	37	10,2	54	29	40/13	1/1		
Sénégal	3,1	5,3	33	15	7	20	12	18	5,7	11	47	1,8	0	1,0	48	70	28	9 ^{**}	43	44	—/16	6/2		
Sierra Leone	1,5	2,6	31	20	8	22	13	18	6,3	17	25 ^a	3,2	0	0,5	—	—	58	—	—	—	—/—	—/—		
Togo	1,5	2,8	33	50	16	40	14	19	6,1	10	82	8,5	0	0,5	23	56	19	16,5	38	85	56/25	15/4		

Notes :

- a : Données datant d'avant 1990
b : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 18 à 24 ans
c : % des femmes de 15 à 19 ans ayant été mariées et ayant eu au moins un enfant
d : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans
e : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans
f : Accouchement dans des installations de services publics

* : Peut inclure les unions formelles et/ou informelles

** : Données fondées sur les adolescentes célibataires ayant eu des rapports sexuels plutôt que sur celles ayant déclaré avoir des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.

z : Chiffre arrondi à 0

7.1 : Les chiffres indiqués en italiques correspondent à des données d'avant 1985.

	POPULATION		EDUCATION				MARIAGE ET FECONDITE				SANTÉ			POPULATION D'ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS									
	Population âgée de 10 à 24 ans (En millions)		Population âgée de 10 à 24 ans (En % du total) 2000	% inscrits dans le secondaire en 1980		% inscrits dans le secondaire, année la plus récente		Age moyen au premier mariage* Toutes les femmes	Indice synthétique de fécondité (ISF)	% de l'ISF attribué à des mères âgées de 15 à 19 ans	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	% de la population entre 15 et 49 ans atteint par le VIH/SIDA, 1997	Inclusion de l'éducation sur le SIDA dans le cursus des écoles, 1993	Population âgée de 15 à 19 ans (En millions) 2000	% d'analphabètes		% mariées actuellement* (Femmes)	% de célibataires sexuellement actifs 2000 (Femmes)	% ayant leur premier enfant à l'âge de 20 ans ^c	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	Femmes (en %) utilisant la contraception		
	2000	2025		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes								Hommes	Femmes					Hommes	Femmes	30
AFRIQUE DE L'EST	82	140	33	12	7	18	13	19	6,0	11	43	—	—	27	29	41	30	—	53	60	—/10	4/—	
Burundi	2,2	3,7	33	4	2	8	5	22	6,5	4	19 ^a	8,3	0	0,7	38	46	6	3 ^{**}	27	37	—/—	4/—	
Comores	0,2	0,4	35	30	15	24	19	19	5,1	9	85	0,1	N	0,1	26	40	10	—	29	88	—/—	11/5	
Djibouti	0,2	0,3	32	16	9	17	12	19	5,8	3	79 ^a	10,3	N	0,1	—	—	7	—	—	—	—/—	—/—	
Erythrée	1,2	2,1	32	—	—	24	17	17	6,1	10	21	3,2	—	0,4	—	—	33	—	47	23	—/—	3/1	
Ethiopie	20,1	38,2	32	12	6	14	10	18	6,7	12	14 ^a	9,3	N	6,5	47	62	42	—	—	—	—/—	—/—	
Kenya	11,1	13,1	37	23	16	26	22	20	4,7	11	92	11,6	0	3,7	8	11	15	8	46	91	30/20	37/24	
Madagascar	4,7	8,9	30	—	—	16	16	19	6,0	13	77	0,1	Y	1,5	—	—	28	11,1	57	75	18/6	6/3	
Malawi	3,6	6,6	33	7	3	21	12	—	5,9	12	55	14,9	0	1,2	31	48	36	—	63	53	11/7	11/6	
Maurice	0,3	0,3	27	51	49	63	66	23	2,0	10	97	0,5	N	0,1	9	8	11	—	—	—	—/—	46/—	
Mozambique	6,2	10,4	32	8	3	9	5	17	5,6	10	44	14,2	N	2,1	33	67	45	11	65	47	7/5	1/1	
Ouganda	7,3	15,5	34	7	3	15	9	18	6,9	13	38	9,5	0	2,4	24	34	47	3,6	66	44	29/22	10/4	
Réunion	0,2	0,2	27	—	—	—	—	28	2,2	5	—	z	—	0,1	5	2	3	—	—	—	—/—	—/—	
Rwanda	2,7	4,1	35	4	3	12	9	23	6,5	5	26	12,8	N	0,9	—	—	8	7 ^{**}	25	37	—/8	11/—	
Somalie	3,2	7,2	32	11	4	—	—	20	7,0	15	2 ^a	0,3	—	1,1	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—	
Tanzanie	11,2	19,0	33	4	2	6	5	18	5,6	11	47	9,4	N	3,7	—	—	23	11,9	52	54	14/12	7/4	
Zambie	3,3	5,3	36	22	11	34	21	18	6,1	12	47	19,1	0	1,1	22	27	25	9,5	63	49	16/13	17/9	
Zimbabwe	4,2	4,5	36	17	12	52	45	19	4,0	12	69	25,8	0	1,4	3 ^b	3 ^b	19	14 ^{**}	47	71	37/34	—/—	
AFRIQUE CENTRALE	30	61	32	—	—	31	19	19	6,6	16	64	—	—	10	—	—	28	—	—	—	—/—	6/—	
Angola	4,1	8,2	32	20	9	—	—	—	6,8	16	15 ^a	2,1	N	1,3	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—	
Cameroun	4,9	8,6	32	24	13	32	22	18	5,2	13	64	4,9	0	1,6	—	—	34	13,5	54	58	73/20	15/3	
Congo, Rép. démocratique du	16,4	1,9	32	—	—	32	19	20	7,2	16	80 ^a	4,3	0	5,4	—	—	24	—	—	—	—/—	3/—	
Congo, Rép. du	0,9	34,6	32	89	60	62	45	22	5,3	12	—	7,8	0	0,3	6	13	16	—	—	—	—/—	—/—	
Gabon	0,3	0,6	28	35	13	32	19	—	5,4	17	—	4,4	0	0,1	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—	
République centrafricaine	1,2	1,8	33	21	7	15	6	17	5,1	15	67	10,8	0	0,4	—	—	39	11,2	61	70	25/10	13/2	
Tchad	2,4	4,5	32	—	—	15	4	16	6,6	15	32	2,7	N	0,8	—	—	47	3,7	71	37	14/10	3/1	
AFRIQUE AUSTRALE	15	16	31	—	—	82	96	26	3,1	10	80	—	—	5	15	14	6	—	—	—	—/—	63/63	
Afrique du Sud	12,4	13,1	31	—	—	88	103	26	2,9	10	82	12,9	—	4,1	15 ^b	15 ^b	5	—	—	—	—/—	66/64	
Botswana	0,6	0,7	35	17	20	61	68	25	4,1	9	78 ^a	25,1	0	0,2	11	5	6	26	55	86	—/35	17/—	
Lesotho	0,7	1,1	32	14	21	25	36	—	4,4	9	50	8,4	0	0,2	—	—	17	—	—	—	—/—	—/—	
Namibie	0,6	0,8	32	—	—	58	67	—	5,1	11	67	19,9	N	0,2	14	8	7	16,4	42	76	29/27	21/17	
Swaziland	0,3	0,5	33	39	37	55	54	29	5,9	10	56	18,5	0	0,1	15	13	—	—	—	—	—/—	—/—	

	POPULATION			EDUCATION				MARIAGE ET FÉCONDITÉ				SANTÉ			POPULATION D'ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS							
	Population âgée de 10 à 24 ans (En millions)		Population âgée de 10 à 24 ans (En % du total) 2000	% inscrits dans le secondaire en 1980		% inscrits dans le secondaire, année la plus récente		Ago moyen au premier mariage* Toutes les femmes	Indice synthétique de fécondité (ISF)	% de l'ISF attribué à des mères âgées de 15 à 19 ans	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	% de la population entre 15 et 49 ans atteint par le VIH/SIDA, 1997	Inclusion de l'éducation sur le SIDA dans le cursus des écoles, 1993	Population âgée de 15 à 19 ans (En millions) 2000	% d'alphabètes		% mariées actuellement*	% de célibataires sexuellement actifs 2000 (Femmes)	% ayant leur premier enfant à l'âge de 20 ans ^c	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	Femmes (en %) utilisant la contraception	
	2000	2025	2000	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	années						Hommes	Femmes	(Femmes)				Toute méthode/méthode moderne	Mariées* Toute méthode/méthode moderne	
ASIE	1 031	1 048	28	48	34	62	51	21	2,8	11	65	—	—	342	19	31	20	—	29	—	—/—	16/—
ASIE (Chine non comprise)	714	772	29	45	31	57	44	21	3,3	—	51	—	—	242	26	41	27	—	40	38	—/—	18/—
ASIE DE L'OUEST	57	78	31	49	31	63	48	22	4,0	8	74	—	—	19	6	20	15	—	—	—	—/—	—/—
Arabie saoudite	6,7	12,0	31	36	23	65	57	22	6,4	10	90	z	N	2,2	4	16	15	—	—	—	—/—	—/—
Arménie	1,0	0,8	28	—	—	100	79	—	1,3	12	96	0,1	—	0,3	—	—	15	—	—	—	—/—	—/—
Azerbaïdjan	2,2	1,9	29	—	—	73	81	24	1,9	4	99	z	0	0,7	—	—	9	—	—	—	—/—	—/—
Bahreïn	0,2	0,2	25	70	58	91	98	25	2,8	4	98	0,2	—	0,1	1	1	6	—	49 ^c	100	—/—	30/—
Chypre	0,2	0,2	24	90	90	96	99	25	1,9	4	100 ^a	0,3	0	0,1	z	z	—	—	—	—	—/—	—/—
Emirats arabes unis	0,6	0,7	26	55	49	77	82	23	4,9	11	99	0,2	—	0,2	8	11	17	—	—	—	—/—	—/—
Georgie	1,1	1,0	23	—	—	78	76	24	1,2	12	—	z	—	0,4	—	—	17	—	—	—	—/—	—/—
Iraq	7,6	12,5	33	76	38	51	32	22	5,7	4	54 ^a	z	0	2,5	—	—	18	—	—	—	—/—	4/—
Israël	1,6	1,8	26	67	77	89	87	23	2,9	4	99 ^a	0,1	0	0,5	1 ^b	2 ^b	6	—	—	—	—/—	—/—
Jordanie	2,2	3,6	33	79	63	—	—	22	4,4	4	97	z	N	0,7	2	3	8	—	17	98	—/—	33/19
Koweït	0,7	0,7	33	84	76	64	66	23	3,2	6	99 ^a	0,1	0	0,2	4	11	11	—	54 ^c	98 ^f	—/—	8/—
Liban	0,9	1,0	29	59	61	78	84	—	2,4	5	85	0,1	N	0,3	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Oman	0,8	1,7	33	17	6	68	66	19	7,1	7	93	0,1	—	0,3	—	—	36	—	61 ^c	88 ^f	—/—	3/—
Qatar	0,1	0,2	23	64	68	80	79	23	4,2	9	98	0,1	—	0,04	5	6	10	—	48 ^c	92 ^f	—/—	16/—
Syrie	5,9	7,5	36	57	35	45	40	22	4,7	6	54	z	0	2,0	10	35	—	—	—	—	—/—	—/—
Turquie	19,6	19,2	29	44	24	68	48	24	2,5	9	76	z	N	6,8	3	10	13	—	25	81	—/—	34/16
Yémen	5,8	12,9	32	7	4	53	14	17	6,5	7	43	z	N	1,8	15	60	26	—	45	50	—/—	9/3

Notes :

- a : Données datant d'avant 1990
b : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 18 à 24 ans
c : % des femmes de 15 à 19 ans ayant été mariées et ayant eu au moins un enfant
d : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans
e : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans
f : Accouchement dans des installations de services publics

* : Peut inclure les unions formelles et/ou informelles

** : Données fondées sur les adolescentes célibataires ayant eu des rapports sexuels plutôt que sur celles ayant déclaré avoir des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.

z : Chiffre arrondi à 0

7.1 : Les chiffres indiqués en italiques correspondent à des données d'avant 1985.

	POPULATION		EDUCATION				MARIAGE ET FECONDITE			SANTÉ			POPULATION D'ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS										
	Population âgée de 10 à 24 ans (En millions)		Population âgée de 10 à 24 ans (En % du total)		% inscrits dans le secondaire en 1980		% inscrits dans le secondaire, année la plus récente		Age moyen au premier mariage* Toutes les femmes	Indice synthétique de fécondité (ISF)	% de l'ISF attribué à des mères âgées de 15 à 19 ans	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	% de la population entre 15 et 49 ans atteint par le VIH/SIDA, 1997	Inclusion de l'éducation sur le SIDA dans le cursus des écoles, 1993	Population âgée de 15 à 19 ans (En millions)		% mariées actuellement* (Femmes)		% de célibataires sexuellement actifs 2000 (Femmes)	% ayant leur premier enfant à l'âge de 20 ans ^c	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	Femmes (en %) utilisant la contraception	
	2000	2025	2000	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	années							2000	Hommes	Femmes	(Femmes)	(Femmes)			Célibataires	Mariées ^b
																						Toute méthode/	Toute méthode/
ASIE CENTRALE ET DU SUD	458	503	31	38	20	55	37	20	3,6	15	36	—	—	156	36	57	36	—	47	33	—/—	12/—	
Afghanistan	6,3	14,4	28	16	4	32	12	—	6,1	11	9 ^a	z	—	2,0	52	87	53	—	—	—	—/—	—/—	
Bangladesh	46,5	46,2	36	26	9	25	13	14	3,3	18	8	z	N	16,6	58	71	48	—	63	14	—/—	33/28	
Bhoutan	0,7	1,2	31	3	1	—	—	—	5,6	6	15	z	N	0,2	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—	
Inde	300,2	307,3	30	39	20	59	39	20	3,3	18	34	0,8	N	102,0	20	44	38	—	49	34	—/—	7/—	
Iran	24,8	22,1	37	52	32	81	73	22	2,9	5	86	z	N	8,4	6	15	22	—	—	—	—/—	34/—	
Kazakhstan	4,6	3,9	28	—	—	82	91	21	1,7	12	100	z	—	1,5	z	z	12	—	29	99	—/—	39/24	
Kirghizstan	1,4	1,5	31	112	108	75	83	20	2,8	6	98	z	—	0,5	—	—	12	—	37	97	—/—	29/21	
Népal	7,8	11,2	33	33	9	51	33	16	4,6	13	10	0,2	N	2,6	26	51	43	—	52	14	—/—	7/4	
Ouzbékistan	7,8	8,5	32	117	94	100	88	20	2,8	5	98	z	—	2,6	—	—	13	—	25	100	—/—	16/15	
Pakistan	49,1	77,5	31	20	8	33	17	22	5,6	9	18	0,1	N	15,9	56	74	24	—	31	17	—/—	3/—	
Sri Lanka	5,5	5,0	29	52	57	72	78	24	2,1	5	94	0,1	0	2,0	9	10	7	—	16	82	—/—	20/—	
Tadjikistan	2,0	2,4	33	—	—	83	74	22	2,7	4	79	z	—	0,7	z	z	14	—	—	—	—/—	—/—	
Turkménistan	1,4	1,6	32	—	—	—	—	24	2,5	3	96	z	—	0,5	—	—	6	—	—	—	—/—	—/—	
ASIE DU SUD-EST	157	155	30	40	35	53	49	21	3,0	9	64	—	—	53	4	5	14	—	26	48	—/—	34/30	
Cambodge	3,3	4,7	29	—	—	31	17	23	5,3	2	31	2,4	N	1,2	3	8	5	—	—	—	—/—	—/—	
Indonésie	63,6	61,1	30	35	23	55	48	19	2,8	11	54	0,1	N	21,3	2	3	17	—	31	32	—/—	42/42	
Laos	1,7	3,0	31	25	16	34	23	—	5,6	9	—	z	N	0,5	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—	
Malaisie	6,5	7,0	29	50	46	59	69	24	3,2	4	99	0,6	0	2,3	3	4	8	—	—	—	—/—	—/—	
Myanmar	14,0	12,7	31	—	—	29	30	22	3,8	5	56	1,8	N	5,0	12	18	16	—	—	—	—/—	—/—	
Philippines	24,0	27,6	32	60	69	77	78	22	3,7	6	64	0,1	N	7,9	4	1	8	z	21	51	—/—	18/11	
Singapour	0,7	0,7	19	60	60	74	70	27	1,5	2	100 ^a	0,2	0	0,2	1	1	1	—	—	—	—/—	—/—	
Thaïlande	17,3	14,2	29	30	28	38	37	23	1,9	20	71 ^a	2,2	0	5,6	1	2	17	—	24	61	—/—	43/—	
Vietnam	25,3	23,7	32	44	40	48	46	21	2,5	5	85	0,2	0	8,6	7	7	8	—	19	76	—/—	18/15	
ASIE DE L'EST	359	312	24	59	45	77	70	23	1,8	1	91	—	—	115	3	8	4	—	8	—	—/—	14/—	
Chine	317,1	276,2	25	54	37	74	67	22	1,8	1	89	0,1	0	100,9	3	8	4	—	8	—	—/—	11/—	
Corée du Nord	5,5	5,5	23	—	—	—	—	—	2,3	z	100 ^a	z	—	1,7	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—	
Corée du Sud	11,0	9,5	23	82	74	102	102	25	1,5	1	98	z	—	3,8	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—	
Hong Kong	1,5	1,1	22	63	65	71	76	27	1,0	3	—	0,1	0	0,5	—	—	2	—	—	—	—/—	—/—	
Japon	22,6	18,3	18	92	94	103	104	27	1,3	1	100 ^a	z	0	7,5	—	—	1	—	2	—	—/—	39/—	
Mongolie	0,9	0,8	34	85	95	48	65	24	2,7	9	100	z	—	0,3	—	—	3	—	22	—	—/—	—/—	
Taiwan	5,5	—	25	81	80	—	—	—	1,5	—	—	—	—	1,9	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—	

	POPULATION			EDUCATION				MARIAGE ET FECONDITE			SANTÉ			POPULATION D'ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS								
	Population âgée de 10 à 24 ans (En millions)		Population âgée de 10 à 24 ans (En % du total) 2000	% inscrits dans le secondaire en 1980		% inscrits dans le secondaire, année la plus récente		Age moyen au premier mariage* Toutes les femmes	Indice synthétique de fécondité (ISF)	% de l'ISF attribué à des mères âgées de 15 à 19 ans	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	% de la population entre 15 et 49 ans atteint par le VIH/SIDA, 1997	Inclusion de l'éducation sur le SIDA dans le cursus des écoles, 1993	Population âgée de 15 à 19 ans (En millions) 2000	% d'analphabètes		% mariées actuellement*	% de célibataires sexuellement actifs 2000 (Femmes)	% ayant leur premier enfant à l'âge de 20 ans ^c	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	Femmes (en %) utilisant la contraception	
	2000	2025		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes							(En millions)	Hommes	Femmes	(Femmes)			Célibataires Toute méthode/ méthode moderne	Mariées* Toute méthode/ méthode moderne	
AMERIQUE DU NORD	64	65	21	91	92	99	98	25	2,0	14	99	—	—	22	—	—	4	—	19	—	—/—	—/—
Canada	6,2	6,3	20	87	89	105	105	26	1,5	8	99 ^a	0,3	0	2,1	—	—	2	—	—	—	—/—	—/—
Etats-Unis	57,7	59,1	21	91	92	98	97	25	2,1	15	99 ^a	0,8	0	19,4	—	—	5	—	19	—	—/—	—/—
AMERIQUE LATINE	155	163	30	41	43	—	—	21	2,8	14	85	0,5	—	52	9	7	15	—	35	—	—	55/—
AMERIQUE CENTRALE	42	46	31	46	42	56	57	20	3,1	13	84	—	—	14	6	7	19	—	38	—	—/—	29/—
Costa Rica	1,2	1,4	30	44	51	47	52	22	3,2	15	98	0,6	N	0,4	3	2	15	—	—	95	—/38	53/30
El Salvador	2,0	2,3	32	26	23	35	39	19	3,6	15	87	0,6	0	0,7	14	13	22	11**	46	88	—/—	23/19
Guatemala	3,8	6,1	34	20	17	27	25	19	5,0	12	35	0,5	0	1,3	18	27	24	1	45	91	—/—	15/12
Honduras	2,2	3,0	33	29	31	29	37	19	4,4	13	61	1,5	0	0,7	—	—	23	—	49	—	—/—	28/17
Mexique	30,6	30,1	31	51	46	64	64	21	2,7	13	91	0,4	—	10,1	4	4	18	5**	35	—	—/—	30/—
Nicaragua	1,7	2,5	33	40	45	52	62	18	4,4	17	61	0,2	—	0,6	3	2	26	—	52	91	—/—	40/38
Panama	0,8	0,8	29	58	65	60	65	22	2,6	16	86	0,6	0	0,3	5	5	19	—	—	—	—/—	24/—
CARAIBES	11	11	28	—	—	49	55	20	2,6	15	79	1,8	—	4	26	21	20	—	—	—	—/—	—/—
Cuba	2,4	1,9	21	79	83	76	85	20	1,6	21	99	z	—	0,8	—	—	27	—	—	—	—/—	—/—
Haïti	2,9	3,5	35	14	13	21	20	21	4,7	8	21	5,2	—	1,0	47	43	15	5,4	32	71	23/10	11/8
Jamaïque	0,7	0,7	29	63	71	63	67	20	2,6	18	91	1,0	0	0,3	18	6	7	—	—	—	—/—	68/65
Porto Rico	1,0	0,9	25	—	—	—	—	22	2,1	17	—	—	—	0,3	10	8	15	—	—	—	—/—	—/—
République dominicaine	2,5	2,6	30	—	—	47	61	19	3,1	16	96	1,9	N	0,8	18	14	23	2,9	39	99	58/42	35/29
Trinité-et-Tobago	0,4	0,3	31	73	75	72	75	22	1,7	12	98 ^a	0,9	0	0,1	1	1	20	7**	30	—	—/18	42/—
AMERIQUE DU SUD	102	106	30	38	42	—	—	21	2,7	14	86	—	—	35	9	6	13	—	34	93	63/54	50/41
Argentine	10,0	10,6	27	53	62	73	81	23	2,6	12	97	0,7	0	3,3	2	1	10	—	—	—	—/—	—/—
Bolivie	2,6	3,7	31	42	32	40	34	21	4,2	9	47	0,1	N	0,9	3	7	11	10**	36	67	—/—	31/10
Bésil	50,9	48,5	30	31	36	—	—	21	2,4	16	92	0,6	N	17,4	15	9	14	8,8	32	97	66/61	54/47
Chili	3,9	4,2	26	49	56	72	78	23	2,4	10	100	0,2	N	1,3	2	1	10	—	—	—	—/—	—/—
Colombie	12,4	14,3	29	40	41	64	69	21	3,0	16	85	0,4	0	4,1	5 ^b	4 ^b	14	4,9	36	95	67/43	51/37
Equateur	4,0	4,3	31	53	53	50	50	20	3,3	12	64	0,3	N	1,3	3	3	17	6**	53	61	—/—	27/19
Guyana	0,2	0,2	29	76	80	71	76	24	2,7	12	71	2,1	—	0,1	—	—	12	—	—	—	—/—	—/—
Paraguay	1,8	2,6	32	29	29	46	48	21	4,3	9	61	0,1	N	0,6	4	4	16	5,6	37	95	23/13	37/30
Pérou	8,1	8,4	31	63	54	72	67	21	3,4	10	56	0,6	—	2,7	3	5	12	2,2	32	81	70/33	46/31
Uruguay	0,8	0,8	24	61	62	75	90	23	2,3	15	96 ^a	0,3	N	0,3	2	1	11	—	—	—	—/—	—/—
Venezuela	7,4	8,5	31	18	25	33	46	21	2,9	16	69 ^a	0,7	0	2,3	5	3	18	—	—	—	—/—	—/—

	POPULATION		EDUCATION				MARIAGE ET FECONDITE			SANTÉ			POPULATION D'ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS									
	Population âgée de 10 à 24 ans (En millions)		Population âgée de 10 à 24 ans (En % du total)		% inscrits dans le secondaire en 1980		% inscrits dans le secondaire, année la plus récente		Age moyen au premier mariage* Toutes les femmes	Indice synthétique de fécondité (ISF)	% de l'ISF attribué à des mères âgées de 15 à 19 ans	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	% de la population entre 15 et 49 ans atteint par le VIH/SIDA, 1997	Inclusion de l'éducation sur le SIDA dans le cursus des écoles, 1993	Population âgée de 15 à 19 ans (En millions)	% d'analphabètes	% mariées actuellement*	% de célibataires sexuellement actifs 2000 (Femmes)	% ayant leur premier enfant à l'âge de 20 ans*	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	Femmes (en %) utilisant la contraception	
	2000	2025	2000	2000	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	années	(ISF)	ans				2000	Hommes	Femmes	(Femmes)	ans	%	Toute méthode/	Toute méthode/
EUROPE	149	109	21	86	88	97	102	24	1,4	9	99	—	—	50	—	—	7	—	—	—	—/—	—/—
EUROPE DU NORD	18	16	19	86	90	117	132	26	1,7	7	100	—	—	6	—	—	2	—	—	—	—/—	—/—
Danemark	0,9	0,9	17	105	104	120	122	28	1,7	3	100 ^a	0,1	0	0,3	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
Estonie	0,3	0,2	23	126	127	100	108	23	1,2	15	—	z	—	0,1	z	z	7	—	—	—	—/—	—/—
Finlande	1,0	0,8	19	94	105	110	125	27	1,7	3	100	z	—	0,3	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
Irlande	0,9	0,9	25	85	95	113	122	26	1,9	5	—	0,1	—	0,3	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
Lettonie	0,5	0,3	22	—	—	82	85	23	1,2	11	—	z	0	0,2	z	z	8	—	—	—	—/—	—/—
Lituanie	0,8	0,5	23	—	—	85	88	22	1,3	13	—	z	N	0,3	z	z	—	—	—	—	—/—	—/—
Norvège	0,8	0,8	18	92	96	121	116	26	1,8	4	100 ^a	0,1	0	0,3	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
Royaume-Uni	11,1	9,8	19	82	85	120	139	26	1,7	8	100 ^a	0,1	0	3,7	—	—	3	—	—	—	—/50	—/—
Suède	1,6	1,4	18	83	93	128	153	28	1,5	2	100 ^a	0,1	0	0,5	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
EUROPE DE L'OUEST	33	28	18	88	90	112	111	26	1,5	3	99	—	—	11	—	—	2	—	—	—	—/—	—/—
Allemagne	13,9	11,1	17	93	89	105	103	26	1,3	4	99	0,1	0	4,6	—	—	2	—	—	—	—/—	—/—
Autriche	1,5	1,2	18	98	87	105	102	26	1,3	6	100	0,2	0	0,5	—	—	4	—	—	—	—/—	—/—
Belgique	1,8	1,5	18	90	92	142	151	25	1,6	4	100 ^a	0,1	0	0,6	—	—	5	—	—	—	—/—	—/—
France	11,6	10,5	20	77	92	112	111	26	1,8	3	99	0,4	0	3,9	—	—	1	—	7	—	—/—	50/—
Pays-Bas	2,8	2,3	18	95	90	134	129	27	1,6	1	100 ^a	0,2	0	0,9	3	3	1	—	—	—	—/—	—/—
Suisse	1,3	1,1	17	—	—	—	—	28	1,5	1	99 ^a	0,3	—	0,4	—	—	1	—	—	—	—/—	—/—
EUROPE DE L'EST	71	47	23	92	92	87	92	22	1,2	14	99	—	—	24	z	z	12	—	—	—	—/—	—/—
Biélorussie	2,4	1,6	23	—	—	91	95	23	1,3	13	100 ^a	0,2	—	0,8	z	z	10	—	—	—	—/—	—/—
Bulgarie	1,7	1,0	21	85	84	77	76	22	1,1	20	100 ^a	z	—	0,6	1	1	16	—	—	—	—/—	—/—
Hongrie	2,1	1,3	21	72	67	96	99	22	1,3	10	100 ^a	z	N	0,6	1	1	8	—	—	—	—/—	—/—
Moldavie	1,2	0,9	27	78	79	79	82	22	1,5	9	—	0,1	—	0,4	z	z	14	—	—	—	66/40	78/48
Pologne	9,5	6,5	25	75	80	98	97	22	1,4	7	99 ^a	0,1	—	3,4	—	—	5	—	—	—	—/—	—/—
République tchèque	2,2	1,3	22	113	116	97	100	22	1,1	10	—	z	0	0,7	—	—	7	—	24 ^d	—	—/—	51/27
Roumanie	5,3	2,8	24	102	86	79	78	22	1,3	16	100 ^a	z	N	1,6	1	1	11	—	20	—	—/—	43/9
Russie	34,6	23,3	24	95	97	83	91	23	1,2	17	99	0,1	0	11,9	z	z	13	—	—	—	—/—	—/—
Slovaquie	1,3	0,9	25	—	—	92	96	21	1,4	12	—	z	N	0,4	z	z	—	—	—	—	—/—	—/—
Ukraine	11,1	7,2	22	—	—	88	94	—	1,3	13	100	0,4	—	3,8	—	—	15	—	—	—	—/—	—/—

Notes :

- a : Données datant d'avant 1990
- b : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 18 à 24 ans
- c : % des femmes de 15 à 19 ans ayant été mariées et ayant eu au moins un enfant
- d : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans
- e : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans
- f : Accouchement dans des installations de services publics

*: Peut inclure les unions formelles et/ou informelles

** : Données fondées sur les adolescentes célibataires ayant eu des rapports sexuels plutôt que sur celles ayant déclaré avoir des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.

z : Chiffre arrondi à 0

7.1 : Les chiffres indiqués en italiques correspondent à des données d'avant 1985.

	POPULATION			EDUCATION				MARIAGE ET FECONDITE			SANTÉ			POPULATION D'ADOLESCENTS DE 15 A 19 ANS									
	Population âgée de 10 à 24 ans (En millions)		Population âgée de 10 à 24 ans (En % du total) 2000	% inscrits dans le secondaire en 1980		% inscrits dans le secondaire, année la plus récente		Age moyen au premier mariage* Toutes les femmes	Indice synthétique de fécondité (ISF)	% de l'ISF attribué à des mères âgées de 15 à 19 ans	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	% de la population entre 15 et 49 ans atteint par le VIH/SIDA, 1997	Inclusion de l'éducation sur le SIDA dans le cursus des écoles, 1993	Population âgée de 15 à 19 ans (En millions) 2000	% d'alphabètes	% mariées actuellement* (Femmes)	% de célibataires sexuellement actifs 2000 (Femmes)	% ayant leur premier enfant à l'âge de 20 ans**	% d'accouchements en présence de personnel qualifié	Femmes (en %) utilisant la contraception			
	2000	2025	2000	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	femmes						Hommes	Femmes				Célibataires	Mariées*			
					Toute méthode/méthode moderne		Toute méthode/méthode moderne																
EUROPE AUSTRALE	27	19	19	74	73	95	99	25	1,3	5	—	—	—	9	<i>z</i>	<i>z</i>	6	—	—	—	—	—/—	—/—
Albanie	0,9	0,8	28	70	63	37	38	22	2,2	7	99 ^a	<i>z</i>	N	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Bosnie-Herzégovine	0,9	0,7	23	—	—	—	—	23	1,6	10	97	<i>z</i>	—	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Croatie	0,9	0,7	21	—	—	81	83	24	1,5	6	—	<i>z</i>	0	0,3	<i>z</i>	<i>z</i>	9	—	—	—	—	—/—	—/—
Espagne	7,6	4,9	19	85	89	116	123	26	1,2	3	96 ^a	0,6	0	2,5	<i>z</i>	<i>z</i>	4	—	—	—	—	—/—	—/—
Grèce	2,0	1,3	19	85	77	95	96	25	1,3	5	97 ^a	0,1	—	0,7	1	<i>z</i>	14	—	—	—	—	—/—	—/—
Italie	9,2	6,6	16	73	70	94	95	26	1,2	3	—	0,3	0	2,9	<i>z</i>	<i>z</i>	5	—	—	—	—	—/—	—/—
Macédoine	0,5	0,5	24	—	—	64	62	23	1,9	10	95	<i>z</i>	—	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—/—	—/—
Portugal	2,0	1,4	20	34	40	106	116	25	1,5	7	90 ^a	0,7	—	0,6	1	1	9	—	—	—	—	—/—	—/—
Slovénie	0,4	0,3	21	38	39	90	93	24	1,2	7	—	<i>z</i>	0	0,1	<i>z</i>	<i>z</i>	2	—	—	—	—	—/—	—/—
Yougoslavie	2,4	2,0	23	—	—	60	64	24	1,6	10	93	0,1	—	0,8	1	1	—	—	—	—	—	—/—	—/—
OCEANIE	7	8	24	63	64	111	113	25	2,4	6	93	—	—	2	—	—	6	—	—	—	—	—/—	—/—
Australie	3,9	4,1	21	70	72	150	155	26	1,7	6	100	0,1	0	1,3	—	—	1	—	—	—	—	—/—	—/—
Fidji	0,3	0,3	32	53	57	64	65	23	3,3	9	96 ^a	0,1	—	0,1	2	2	13	—	—	—	—	—/—	—/—
Nouvelle-Zélande	0,8	0,9	22	82	84	110	116	27	2,0	8	99 ^a	0,1	0	0,3	—	—	2	—	—	—	—	—/—	—/—
Papouasie Nouvelle-Guinée	1,5	2,2	32	15	8	17	11	21	4,8	3	53	0,2	0	0,5	—	—	19	—	—	—	—	—/—	—/—

Notes

- a : Données datant d'avant 1990
b : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 18 à 24 ans
c : % des femmes de 15 à 19 ans ayant été mariées et ayant eu au moins un enfant
d : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans
e : Chez les femmes dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans
f : Accouchement dans des installations de services publics

*: Peut inclure les unions formelles et/ou informelles

** : Données fondées sur les adolescentes célibataires ayant eu des rapports sexuels plutôt que sur celles ayant déclaré avoir des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines.

z : Chiffre arrondi à 0

7.1 : Les chiffres indiqués en italiques correspondent à des données d'avant 1985.