

Dimension socioéconomique de la santé reproductive des adolescentes: analyse multinationale

Par Manju Rani
et Elizabeth Lule

Manju Rani est scientifique au programme Expanded Program of Immunization, Western Pacific Regional Office, Organisation mondiale de la santé à Manille. Au moment de la rédaction de cet article, elle était consultante à la Banque Mondiale, Washington, DC. Elizabeth Lule est conseillère au Reproductive Health Cluster, Banque Mondiale.

CONTEXTE: La conception et l'évaluation de programmes de santé pour adolescents tiennent rarement compte des différences socioéconomiques quant aux besoins de santé reproductive et à l'utilisation des services parmi les jeunes femmes des pays en développement.

METHODES: Les données d'Enquêtes démographiques et de santé nationalement représentatives de 12 pays en développement ont servi à évaluer la différence socioéconomique dans les issues de santé reproductive et l'utilisation des services parmi les jeunes femmes. Pour chaque pays, les différences statistiquement significatives entre le plus pauvre et le plus riche des quintiles définis selon un indice de richesse des ménages ont été identifiées par tests chi carré.

RESULTATS: Dans la plupart des pays, les jeunes femmes des ménages les plus pauvres étaient plus susceptibles que celles des ménages les plus riches d'être mariées et d'avoir au moins un enfant avant l'âge de 18 ans; elles étaient moins susceptibles de déclarer une naissance inopportune, de pratiquer la contraception, d'avoir recours aux services de santé maternelle et de savoir comment prévenir la transmission sexuelle du VIH. L'autonomie économique, l'inscription à l'école et l'exposition régulière aux médias étaient moins fréquentes parmi les adolescentes pauvres que parmi les riches.

CONCLUSIONS: Les adolescentes pauvres sont vraisemblablement omises par les modes de prestation actuels limités aux médias, aux cliniques ou aux écoles. D'autres stratégies, telles que des programmes d'antenne dans les communautés, doivent être mises en œuvre pour répondre aux besoins des jeunes femmes pauvres.

Publié d'abord en anglais dans *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(3):110–117

Environ 1,7 milliard d'habitants de la planète—plus du quart de la population mondiale—ont aujourd'hui entre 10 et 24 ans; 86% d'entre eux vivent dans le monde en développement.¹ La jeune structure d'âge du monde en développement devrait produire une proportion plus large encore de 10 à 24 ans à courte échéance, avec l'accès à l'adolescence de cohortes de plus en plus nombreuses. Les comportements sexuels et de santé reproductive de cette tranche d'âge affecteront fondamentalement les modèles de croissance démographique mondiale.

Les jeunes présentent en outre des besoins de santé sexuelle et reproductive spéciaux en ce qu'ils courent un risque relativement élevé d'exposition à une information inexacte ou incomplète, de contraction du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), de grossesses non planifiées et de complications liées à la maternité. Les études antérieures ont documenté la marginalisation des jeunes et les obstacles auxquels ils se trouvent confrontés lorsqu'ils cherchent à obtenir information et services.² Ces 10 dernières années, les programmes de santé axés sur les jeunes ont bénéficié d'une attention accrue sous l'effet d'une sensibilisation croissante à leur importance démographique et à leurs besoins de santé particuliers.

La littérature et les programmes existants sur la santé des jeunes tendent à les traiter de manière homogène. Rares sont les interventions qui cherchent à explorer les diffé-

rences de circonstances et besoins de santé reproductive des jeunes issus de contextes démographiques distincts—au niveau socioéconomique surtout. Signalant d'importantes différences entre les sexes, quelques études ont préconisé une plus grande sensibilité à la sexospécificité dans les programmes de santé destinés aux jeunes.³ Beaucoup ont par ailleurs inclus un indicateur de stratification sociale tel que l'éducation, le lieu de résidence urbain ou rural, l'ethnicité ou la structure familiale, ne les considérant toutefois pour la plupart qu'au titre de variables de contrôle plutôt que de caractéristiques d'intérêt majeur.

Rares sont du reste les programmes ciblés sur un groupe socioéconomique précis et les évaluations de la majorité ne font aucune distinction entre les jeunes riches et pauvres dans la détermination de l'efficacité de l'intervention. Ainsi, l'examen de plusieurs programmes de santé pour adolescents par le Johns Hopkins University Center for Communications Programs a révélé que les études de suivi et d'évaluation se subdivisaient rarement par sous-populations socioéconomiques.⁴ Les différences socioéconomiques d'accessibilité des modes de prestation de services généralement adoptés par les programmes de santé pour les jeunes (médias, programmes scolaires, cliniques, permanences téléphoniques, éducation par les pairs, marketing social et approches communautaires) doivent également être examinées.

Cette étude fait appel aux données d'enquêtes nationalement représentatives de 12 pays de trois grandes régions du monde en développement (l'Asie, l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine) pour évaluer l'ampleur des inégalités socioéconomiques au niveau des issues de santé reproductive et d'utilisation des services parmi les jeunes femmes. Les implications programmatiques des divergences observées dans les contextes de la santé reproductive des jeunes et l'accès aux différents modes de prestation sont également discutés.

MÉTHODES

Données

Les données sont extraites des plus récentes Enquêtes démographiques et de santé (EDS) du Bangladesh, d'Inde (représentée par l'état du Rajasthan), du Népal et de la Turquie en Asie, du Tchad, de la Guinée, du Kenya, du Niger, du Nigéria et de la Tanzanie en Afrique subsaharienne, et de la Bolivie et du Nicaragua en Amérique latine. Les années d'enquête courent de 1996 à 2000 (tableau 1).

Les instruments de l'enquête—un questionnaire de ménage et un questionnaire soumis aux femmes en âge de procréer—étaient généralement comparables d'un pays à l'autre. Le questionnaire proposé aux femmes invitait généralement les répondantes à décrire leurs caractéristiques démographiques, leur comportement et leurs intentions reproductives, leur comportement contraceptif et leurs antécédents de maternité, y compris leur recours à des soins prénataux et obstétricaux pour tous leurs accouchements survenus durant les 3 à 5 années précédant l'enquête. Les enquêtes d'Amérique latine et d'Afrique subsaharienne s'adressaient aux femmes mariées comme célibataires, tandis que celles des pays d'Asie ne concernaient que les femmes mariées ou qui l'avaient jamais été.

Les échantillons analysés aux fins de cette étude ont été limités à la tranche des 15 à 19 ans pour la majorité des indicateurs.* Les mesures d'âge au mariage et à la première naissance reposent toutefois sur les données relatives à la tranche de 20 à 24 ans. Les mesures suivantes ont été utilisées pour l'examen des différences socioéconomiques d'issue de santé des adolescents et d'utilisation des services: âge au mariage, âge à la première naissance, activité sexuelle des jeunes célibataires, pratique contraceptive actuelle, recours aux services de santé maternelle, connaissance d'une ou plusieurs méthodes préventives de la transmission sexuelle du VIH et contrôle des gains. L'inscription à l'école et l'exposition aux médias ont également été considérées en raison de leurs implications directes de prestation de services et d'accès à l'information.

Analyse

A défaut de données sur le revenu ou la consommation, nous avons eu recours aux rapports de richesse des ménages du questionnaire EDS de ménage pour différencier

*Bien que l'Organisation mondiale de la santé définisse les adolescents comme couvrant la tranche de 10 à 19 ans, notre définition est limitée à celle de 15 à 19 ans par la disponibilité de données pour plusieurs des indicateurs inclus dans l'analyse.

TABLEAU 1. Indicateurs économiques nationaux de 12 pays disposant de données d'Enquête démographique et de santé, année de l'enquête et nombre de femmes interviewées, par âge et par pays

Region et pays	Parité pouvoirs d'achat (en USD)†	% de la population vivant avec <1 USD/jour	Année de l'enquête	Nbre de femmes		
				15–49	15–19	20–24
Asie						
Bangladesh	1.382	36	2000	10.544	1.451	1.910
Inde (Rajasthan)	1.422	35	1999	6.813	608	1.361
Népal	1.145	38	1996	8.429	955	1.629
Turquie	5.516	<2	1998	8.576	1.763	1.539
Afrique subsaharienne						
Tchad	1.172	64‡	1996	7.454	1.716	1.391
Guinée	1.270	40‡	1999	6.753	1.339	1.099
Kenya	1.438	23	1998	7.881	1.852	1.542
Niger	765	61	1998	7.577	1.782	1.372
Nigéria	1.270	70	1999	9.810	1.611	1.774
Tanzanie	636	11	1999	4.029	933	773
Amérique latine						
Bolivie	2.617	14	1998	11.187	2.479	1.891
Nicaragua	1.837	82	1998	13.634	3.357	2.443

†La parité des pouvoirs d'achat (PPA) est un indicateur servant à comparer les revenus et les niveaux de vie de différents pays par conversion du revenu de chaque pays de la monnaie nationale en dollars US selon des taux de change ajustés. La PPA tient compte des différences transnationales de coût des produits de base ou de coût de la vie et est plus précise que les méthodes usuelles de conversion basées sur les taux de change officiels ou le marché. ‡Le pourcentage de la population vivant avec moins de USD 1 par jour n'étant pas disponible pour le Tchad et la Guinée, le pourcentage vivant sous le seuil de pauvreté national a été utilisé à sa place. Sources: PPA—Population Reference Bureau (PRB), *World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2002. Pourcentage de la population vivant avec < USD 1 par jour—Banque Mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde*, 2003, Washington, DC: Banque mondiale, 2003.

les ménages pauvres des riches. La richesse a été mesurée en termes de propriété de biens de consommation tels que ventilateurs, réfrigérateurs et voitures, ainsi que de caractéristiques d'habitation telles que revêtement de sol, source d'eau potable et sanitaires. Selon l'approche utilisée par Filmer et Pritchett,⁵ nous avons appliqué l'analyse en composantes principales pour produire un coefficient de pondération, ou cote factorielle, pour chaque bien de ménage. Les cotes pondérées de tous les biens ont ensuite été additionnées pour produire un indice de richesse des ménages. De manière générale, les types de biens possédés

TABLEAU 2. Parmi les femmes de 20 à 24 ans, pourcentage de l'ensemble, du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche représenté par celles mariées avant l'âge de 18 ans et mesure de la différence entre pauvres et riches, par pays

Région et pays	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/riches	Différence pauvres/riches
Asie					
Bangladesh	87,2	94,1*	72,3	1,3	21,8
Inde (Rajasthan)	82,5	88,6*	54,9	1,6	33,7
Népal	81,3	90,0*	64,1	1,4	25,9
Turquie	33,3	41,5*	18,1	2,3	23,4
Afrique subsaharienne					
Tchad	80,9	82,1	70,6	1,2	11,5
Guinée	72,5	84,8*	46,9	1,8	37,9
Kenya	35,0	52,8*	20,2	2,6	32,6
Niger	82,4	90,0*	54,7	1,7	35,3
Nigéria	46,1	78,5*	22,1	3,6	56,4
Tanzanie	50,0	66,0*	31,5	2,1	34,5
Amérique latine					
Bolivie	30,1	42,2*	14,4	2,9	27,8
Nicaragua	59,1	78,6*	36,2	2,2	42,4

*Différence par rapport au quintile le plus riche significative à $p < 0,05$.

TABLEAU 3. Dans l'ensemble, dans le quintile le plus pauvre et dans le quintile le plus riche, pourcentage des femmes de 20 à 24 ans mères avant l'âge de 18 ans et pourcentage de celles de 15 à 19 ans dont la dernière naissance n'avait pas été planifiée, et rapport entre pauvres et riches, par pays

Région et pays	Mère avant 18 ans				Naissance non planifiée			
	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/ riches	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/ riches
Asie								
Bangladesh	65,0	73,9*	43,7	1,7	28,4	29,4	31,8	0,9
Inde (Rajasthan)	47,5	53,8*	27,5	2,0	13,2	6,9*	23,8	0,3
Népal	46,0	56,8*	33,2	1,7	33,7	30,0*	46,2	0,7
Turquie	19,1	27,5*	8,3	3,3	23,4	21,4	25,0	0,9
Afrique subsaharienne								
Tchad	58,6	59,3	47,1	1,3	7,9	2,3*	16,6	0,1
Guinée	58,1	63,4*	37,4	1,7	18,1	12,9*	31,7	0,4
Kenya	33,6	50,8*	20,6	2,5	57,0	42,7*	69,2	0,6
Niger	59,5	72,1*	38,7	1,9	11,5	6,5*	17,6	0,4
Nigéria	34,3	59,1*	14,9	4,0	21,2	12,1*	33,5	0,4
Tanzanie	41,0	51,7*	33,5	1,5	24,5	15,6	18,2	0,9
Amérique latine								
Bolivie	26,1	41,5*	12,3	3,4	47,4	49,7	43,4	1,2
Nicaragua	42,1	63,4*	21,0	3,0	29,2	30,9*	45,4	0,7

*Différence par rapport au quintile le plus riche significative à $p < 0,05$.

étaient comparables d'un pays à l'autre, bien que les différences de disponibilité locale aient donné lieu à une variation de 5% à 10% des types de biens inclus dans l'indice. Les coefficients de pondération d'un bien donné étaient variables d'un pays à l'autre pour en refléter la disponibilité locale.⁶

Tous les membres du ménage partageaient la même valeur d'indice de richesse. Sur la base de ces valeurs, chaque échantillon national a été divisé en cinq groupes approximativement égaux (quintiles). Les femmes de 15 à 19 ans (ou de 20 à 24 ans pour certaines mesures) de chaque quintile national ont constitué les quintiles socioéconomiques soumis à l'analyse. Compte tenu des différences d'indice de fécondité entre les populations riches et pauvres, le nombre de femmes de 15 à 19 ans peut par conséquent être supérieur dans les quintiles pauvres par rapport aux riches.

Étant donné l'aisance de la collecte de données sur les biens des ménages, cette approche offre un avantage sur les autres mesures conventionnelles de richesse (basées

sur la consommation et les dépenses, par exemple), surtout dans les pays où d'importantes proportions de la population travaillent dans le secteur agricole ou dans celui non structuré de l'économie. Cet indice présente toutefois certaines limites méthodologiques, la plus notable étant que les quintiles de richesse ne mesurent que les inégalités relatives au sein de chaque pays et ne sont pas comparables d'un pays à l'autre.

Toutes les estimations ont été pondérées au niveau national et corrigées en fonction du plan d'échantillonnage en grappes stratifié des enquêtes. Tous les calculs statistiques ont été effectués à l'aide de STATA 8.0. Les rapports pauvres/riches et les différences absolues entre le quintile le plus pauvre et le plus riche sont du reste présentés comme mesures de statut socioéconomique. La signification statistique des différences entre les quintiles de richesse a été évaluée par tests chi carré de Pearson. Les résultats sont présentés en simples tabulations bivariées.

RESULTATS

Indicateurs de santé reproductive

• *Mariage précoce.* Le tableau 2 (page 2) présente les différences socioéconomiques de proportion des femmes de 20 à 24 ans mariées avant l'âge de 18 ans. Dans tous les pays sauf au Tchad, les femmes du quintile le plus pauvre étaient mariées à cet âge en pourcentage significativement supérieur à celui observé dans le quintile le plus riche. Les proportions s'étendaient de 42% en Turquie et en Bolivie à 94% au Bangladesh parmi les femmes du quintile le plus pauvre, et de 14% en Bolivie à 72% au Bangladesh parmi celles du quintile le plus riche. Le rapport pauvres/riches du mariage précoce s'élevait à plus de 2,0 dans la moitié des 12 pays à l'étude. Les différences se sont révélées largement moindres dans les pays relativement pauvres d'Asie du Sud (Bangladesh, Inde et Népal) et dans ceux francophones

TABLEAU 4. Parmi les femmes non encore mariées de 15 à 19 ans, pourcentage de l'ensemble, du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche représenté par celles sexuellement actives et mesure de la différence entre pauvres et riches, par pays

Région et pays	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/ riches	Différence pauvres/ riches
Afrique subsaharienne					
Tchad	12,2	10,4†	20,2	0,5	-9,8
Guinée	26,4	20,5†	30,7	0,7	-10,2
Kenya	32,4	29,5	34,3	0,9	-4,8
Niger	4,0	3,8	4,2	0,9	-0,4
Nigéria	22,5	25,2†	16,8	1,5	8,4
Tanzanie	34,9	26,8†	41,0	0,7	-14,2
Amérique latine					
Bolivie	8,6	10,9	9,7	1,1	1,2
Nicaragua	3,1	2,6	2,4	1,1	0,2

†Différence par rapport au quintile le plus riche significative à $p < 0,10$.

d'Afrique subsaharienne (Tchad, Guinée et Niger). Dans ces pays, plus de 80% des jeunes femmes du quintile le plus pauvre étaient mariées avant l'âge de 18 ans.

• **Maternité précoce.** Le tableau 3 (page 3) présente les différences de proportion des femmes âgées de 20 à 24 ans qui avaient eu au moins un enfant avant l'âge de 18 ans. Par rapport au quintile le plus riche, les femmes du quintile le plus pauvre étaient déjà mères à cet âge en proportions significativement supérieures dans tous les pays, à l'exception du Tchad, où la différence n'est apparue que marginalement significative. Parmi les femmes les plus pauvres, la proportion de celles de 20 à 24 ans qui avaient eu un enfant avant l'âge de 18 ans variait de 28% en Turquie à 74% au Bangladesh; parmi les femmes les plus riches, elle allait de 8% en Turquie à 47% au Tchad. Le rapport pauvres/riches était de 3,0 ou davantage dans quatre pays (Turquie, Nigéria, Bolivie et Nicaragua). Comme pour le mariage précoce, les différences de maternité précoce sont généralement les plus faibles dans les pays d'Asie et d'Afrique subsaharienne francophone; elles sont plus fortes dans les pays relativement mieux dotés que dans les plus pauvres (non illustré). Les rapports pauvres/riches de maternité précoce n'en demeurent pas moins supérieurs à ceux du mariage précoce dans tous les pays sauf en Guinée, au Kenya et en Tanzanie.

• **Naissances non planifiées.** Le tableau 3 présente aussi la proportion de femmes de 15 à 19 ans ayant déclaré que la naissance de leur dernier enfant n'avait pas été planifiée (inopportune ou non désirée). Dans l'ensemble, des proportions considérables d'adolescentes bangladaises, népalaises, kényanes, boliviennes et nicaraguayennes ont déclaré une dernière naissance non planifiée (28% à 57%). Dans huit des 12 pays à l'étude, la proportion d'adolescentes dont la dernière naissance n'avait pas été planifiée s'est révélée significativement supérieure dans le

quintile le plus riche que dans le plus pauvre; aucune différence statistiquement significative n'a été identifiée entre le quintile socioéconomique le plus pauvre et le plus riche au Bangladesh, en Turquie, en Tanzanie et en Bolivie.

• **Expérience sexuelle prénuptiale.** Les données relatives à l'expérience sexuelle des adolescentes non encore mariées n'étaient disponibles que pour les pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine. En raison des tailles d'échantillon relativement faibles, le niveau de signification limite de cet indicateur a été fixé à $p < 0,10$. Au Tchad, en Guinée et en Tanzanie, les adolescentes non encore mariées du quintile le plus riche se sont révélées significativement plus susceptibles que celles du quintile le plus pauvre de se déclarer sexuellement expérimentées (tableau 4, page 3). Seul le Nigéria présente une proportion de femmes non encore mariées déclarant une expérience sexuelle significativement supérieure dans le quintile le plus pauvre. Aucune autre différence significative de niveau d'expérience sexuelle n'a été relevée parmi les différents groupes socioéconomiques.

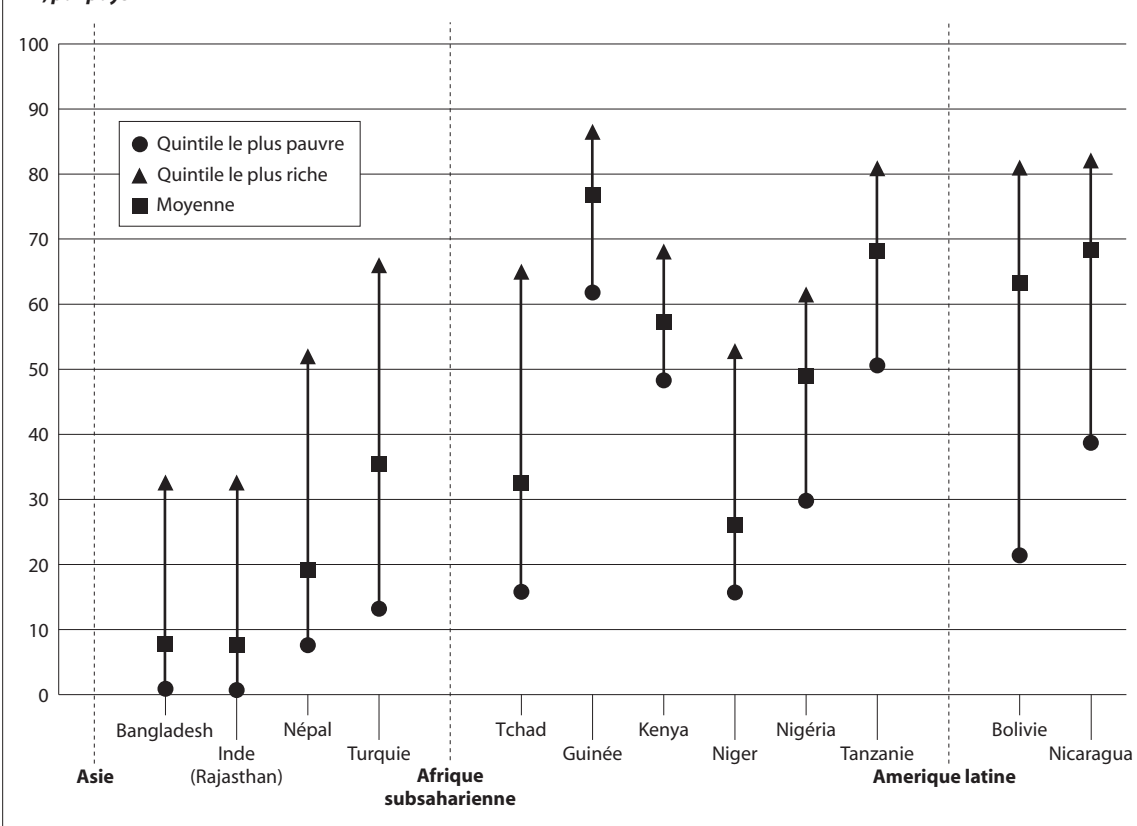
Recours aux services de santé et connaissance du VIH

• **Pratique des méthodes contraceptives modernes.** Le tableau 5 présente les différences de proportion des femmes sexuellement expérimentées de 15 à 19 ans (mariées et célibataires) ayant déclaré pratiquer une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. La prévalence moyenne des contraceptifs modernes s'est révélée très faible (1% à 15%) sauf au Bangladesh et au Nicaragua, où près du tiers des jeunes femmes ont déclaré pratiquer une méthode moderne. Des différences de prévalence significatives ont été observées entre les différents groupes socioéconomiques de tous les pays à l'étude: la pratique contraceptive s'est avérée significativement moins courante parmi les femmes du quintile le plus pauvre que parmi celles du plus riche, où elle

TABLEAU 5. Parmi les femmes de 15 à 19 ans, pourcentage de l'ensemble, du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche, de celles pratiquant une méthode contraceptive moderne et pourcentage de celles dont le dernier accouchement avait été assisté par un prestataire formé, et rapport entre pauvres et riches, par pays

Région et pays	Pratique d'une méthode				Assistant formé à l'accouchement			
	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/riches	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/riches
Asie								
Bangladesh	30,2	23,0	41,3	0,6	10,8	3,4	36,8	0,1
Inde (Rajasthan)	2,9	0,7	1,5	0,5	40,7	23,5	83,1	0,3
Népal	4,3	2,0	9,1	0,2	12,9	5,8	34,6	0,2
Turquie	15,4	5,6	39,1	0,1	80,6	53,9	98,8	0,5
Afrique subsaharienne								
Tchad	0,8	0,3	4,2	0,1	17,9	3,5	59,9	0,1
Guinée	4,9	2,0	11,4	0,2	43,3	20,3	85,5	0,2
Kenya	9,7	4,3	15,1	0,3	45,8	31,4	69,1	0,5
Niger	2,1	1,1	6,8	0,2	17,1	7,3	60,1	0,1
Nigéria	7,6	2,8	20,2	0,1	23,9	9,1	57,8	0,2
Tanzanie	11,1	4,4	22,6	0,2	56,1	52,2	67,8	0,8
Amérique latine								
Bolivie	8,2	3,4	12,9	0,3	65,3	36,0	91,1	0,4
Nicaragua	29,8	19,4	28,7	0,7	68,4	37,3	89,7	0,4

M.B.: Différence entre le quintile le plus pauvre et le plus riche statistiquement significative à $p < 0,05$ pour tous les pays.

GRAPHIQUE 1. Parmi les femmes de 15 à 19 ans, différence entre pauvres et riches en termes de connaissance préventive du VIH, par pays


N.B.: Différence entre le quintile le plus pauvre et le plus riche statistiquement significative à $p < 0,05$ pour tous les pays.

demeurait toutefois fort peu répandue même parmi les femmes les plus riches. Le rapport pauvres/riches varie entre 0,1 en Turquie, au Tchad et au Nigéria et 0,7 au Nicaragua. Les plus grands écarts ont été observés dans les pays d'Afrique subsaharienne, où la pratique contraceptive se concentre presque entièrement dans les deux groupes les plus riches (non illustré).

• *Recours aux services de santé maternelle.* Le tableau 5 présente également les pourcentages d'accouchements des femmes de 15 à 19 ans survenus durant les 3 à 5 années précédant l'enquête auxquels un prestataire médical formé (médecin, infirmière ou sage-femme) avait assisté. Si la proportion moyenne de naissances ayant bénéficié de soins obstétricaux qualifiés atteignait de 11% au Bangladesh à 81% en Turquie, des différences significatives sont cependant apparues entre les groupes socioéconomiques de chaque pays à l'étude. Les adolescentes des ménages les plus pauvres étaient significativement moins susceptibles que celles des plus riches d'avoir bénéficié de soins obstétricaux qualifiés: dans le quintile le plus pauvre, leur proportion allait de 3% au Bangladesh à 54% en Turquie, alors qu'elle atteignait entre 35% au Népal et 99% en Turquie dans le quintile le plus riche. Les rapports pauvres/riches vont de 0,1 au Bangladesh, au Tchad et au Niger à 0,8 en Tanzanie, pour une différence absolue entre adolescentes pauvres et riches variant entre 16 points de pourcentage en Tanzanie et 65 points en Guinée (non illustré).

• *Connaissance préventive du VIH.* La graphique 1 présente les écarts de proportion des femmes de 15 à 19 ans qui, en réponse à une question ouverte, ont cité au moins un des modes de prévention suivants du VIH: abstinence sexuelle, usage du préservatif, partenaire sexuel unique, absence de rapports sexuels avec des prostituées et absence de rapports homosexuels. A l'instar de la pratique contraceptive moder-

TABLEAU 6. Parmi les femmes de 15 à 19 ans rémunérées, pourcentage de l'ensemble, du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche représenté par celles ayant déclaré n'avoir aucun contrôle sur leur revenu et mesure de la différence entre pauvres et riches, par pays

Région et pays	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/riches	Différence pauvres/riches
Asie					
Népal	39,8	64,4*	16,0	4,0	48,4
Turquie	29,7	53,0*	16,7	3,2	36,3
Afrique subsaharienne					
Tchad	19,3	27,3*	2,5	10,9	24,8
Kenya	23,9	31,2*	16,0	2,0	15,2
Niger	22,2	26,2	27,1	1,0	-0,9
Nigéria	20,2	10,3*	25,1	0,4	-14,8
Tanzanie	20,4	15,7	14,8	1,1	0,9
Amérique latine					
Bolivie	9,9	9,7	7,2	1,3	2,5
Nicaragua	7,9	9,5*	3,2	3,0	6,3

*Différence par rapport au quintile le plus riche statistiquement significative à $p < 0,05$.

TABEAU 7. Parmi les femmes de 15 à 19 ans, pourcentage de l'ensemble, du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche, de celles inscrites à l'école et exposées aux médias au moins une fois par semaine, et rapport entre pauvres et riches, par pays

Région et pays	Inscrites à l'école				Exposées aux médias			
	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/ riches	Moyenne	Plus pauvres	Plus riches	Rapport pauvres/ riches
Asie								
Bangladesh	33,8	9,2	56,8	0,2	55,8	25,1	89,4	0,3
Inde (Rajasthan)	10,3	3,3	40,9	0,1	31,9	5,6	81,1	0,1
Népal	25,0	9,8	53,3	0,2	38,1	17,4	72,6	0,2
Turquie	26,9	9,0	59,8	0,2	35,8	15,7	68,8	0,2
Afrique subsaharienne								
Tchad	13,1	3,2	33,5	0,1	24,7	4,3	79,4	0,1
Guinée	u	u	u	u	47,7	14,8	91,4	0,2
Kenya	30,5	27,4	27,0	1,0	70,0	38,8	93,6	0,4
Niger	47,6	14,9	73,1	0,2	60,0	39,3	89,1	0,4
Nigéria	49,6	17,3	72,0	0,2	59,9	23,2	95,5	0,2
Tanzanie	9,7	7,5	16,9	0,4	27,6	6,5	49,4	0,1
Amérique latine								
Bolivie	63,8	28,8	79,3	0,4	93,2	72,4	99,8	0,7
Nicaragua	40,9	10,8	67,8	0,2	92,0	67,5	99,5	0,7

N.B.: Pour l'inscription à l'école, différence entre le quintile le plus pauvre et le plus riche statistiquement significative à $p < 0,05$ pour tous les pays à l'exception du Kenya. Pour l'exposition aux médias, différence entre le quintile le plus pauvre et le plus riche significative à $p < 0,05$ pour tous les pays. u = non disponible.

ne et du recours aux services de santé maternelle, les jeunes femmes les plus pauvres se sont révélées, dans les 12 pays, significativement moins susceptibles que celles des ménages les plus riches de connaître de moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Le rapport pauvres/riches varie entre 0,02 en Inde et 0,7 en Guinée (non illustré).

Autonomie économique

Dans cinq des neuf pays examinés, les femmes de 15 à 19 ans du quintile le plus pauvre dont le travail était rémunéré étaient significativement plus susceptibles que celles du quintile le plus riche de déclarer n'avoir aucun contrôle sur leur argent. Au Nigéria, par contre, une proportion significativement moindre d'adolescentes du quintile le plus pauvre a déclaré n'avoir aucun contrôle sur son revenu. Aucune différence significative n'a été observée entre le quintile le plus pauvre et le plus riche au Niger, en Tanzanie et en Bolivie (tableau 6, page 5). Aucune donnée n'était disponible pour le Bangladesh et la Guinée; en Inde, l'échantillon était trop petit pour permettre une estimation fiable.

Inscription à l'école

Au moment de l'enquête, 10% seulement des femmes de 15 à 19 ans étaient inscrites à l'école en Tanzanie et en Inde, par rapport à près de 64% des jeunes Boliviennes (tableau 7). Dans tous les pays autres que le Kenya, les adolescentes du quintile le plus pauvre étaient significativement moins susceptibles d'être scolarisées que celles du quintile le plus riche. Le rapport pauvres/riches varie ici de 0,1 en Inde et au Tchad à 1,0 au Kenya.

Exposition aux médias

Le tableau 7 présente aussi les proportions de femmes de 15 à 19 ans exposées à un ou plusieurs types de média (télévision, radio ou journaux) au moins une fois par semai-

ne. Dans tous les pays autres que le Kenya, le Niger, la Bolivie et le Nicaragua, pas plus du quart des jeunes femmes du quintile le plus pauvre étaient régulièrement exposées aux médias. Par contre, plus de 80% de celles du quintile le plus riche l'étaient régulièrement, sauf au Népal, en Turquie, au Tchad et en Tanzanie. Dans tous les pays à l'étude, les adolescentes du quintile le plus pauvre étaient significativement moins susceptibles que celles du quintile le plus riche de déclarer une exposition médiatique régulière.

DISCUSSION

Cette étude exploratoire se limite à des constatations descriptives. Elle n'examine pas les causes des écarts entre pauvres et riches observés dans les pays et d'un pays à l'autre, lesquels s'expliquent peut-être en partie par les variations de normes sociales, les disparités de la condition des femmes de groupes socioéconomiques distincts ou l'abordabilité des services de santé. Les quintiles de richesse de chacun des 12 pays inclus dans l'étude peuvent du reste représenter différents niveaux de richesse effective. Ainsi, le quintile le plus pauvre d'un pays peut correspondre à un niveau de richesse supérieur au quintile le plus pauvre d'un autre pays. Malgré l'observation de différences significatives entre les quintiles de richesse internes des 12 pays, le contexte du statut socioéconomique des adolescents peut varier d'un pays à l'autre.

Les données de presque tous les pays révèlent une différence socioéconomique généralisée en termes d'issues de santé reproductive et d'utilisation des services. Les jeunes femmes des ménages les plus pauvres étaient moins susceptibles que celles des plus riches d'être inscrites à l'école, de pratiquer la contraception moderne, d'avoir accouché avec l'aide d'un assistant formé et de connaître au moins un moyen d'éviter le VIH. Elles étaient plus susceptibles de s'être mariées et d'avoir eu un enfant

avant l'âge de 18 ans. Ces observations laissent entendre que les jeunes femmes des ménages pauvres et riches peuvent être considérées comme deux groupes ou segments de marché distincts quant au contexte de la santé reproductive et à l'accès à l'information et aux services.

Les rapports pauvres/riches des issues de santé reproductive se sont révélés plus faibles dans les régions les plus pauvres du monde en développement (Asie du Sud et Afrique subsaharienne francophone) que dans les pays relativement riches, en raison surtout des proportions d'issues de santé négatives supérieures parmi les femmes les plus riches des pays très pauvres, par rapport à celles des pays plus riches. En termes de recours aux services de santé maternelle toutefois, l'écart pauvres/riches serait plutôt plus conséquent dans les pays les plus pauvres. L'implication en est que les écarts socioéconomiques des pays les plus pauvres vont s'accroître avec le temps—les issues des quintiles riches s'améliorant à mesure du recours accru aux services—en l'absence d'efforts visant à accomplir un accroissement comparable parmi les segments les plus pauvres de la population.

Les différences socioéconomiques significatives observées au niveau du recours des jeunes femmes aux services de santé reproductive donnent à penser que les approches programmatiques actuelles des 12 pays à l'étude n'ont pas réussi à atteindre les jeunes femmes les plus pauvres, à répondre à leurs besoins particuliers et à lever les obstacles socioculturels et économiques auxquels elles se trouvent confrontées dans leur quête de services de santé. Pour que les programmes soient efficaces, leurs stratégies de contenu et de prestation doivent tenir compte du contexte socioéconomique. Les jeunes femmes les plus pauvres sont souvent analphabètes et sans emploi; elles vivent en milieu rural et sont isolées des réseaux sociaux. Il est dès lors plus difficile de les atteindre à travers les programmes dont les prestations reposent sur les médias, les cliniques ou les écoles.

Qui plus est, les jeunes femmes pauvres sont plus susceptibles que leurs homologues riches d'être mariées et de ne disposer d'aucune autonomie économique; elles sont peut-être aussi moins susceptibles de fréquenter les lieux fixes tels que les écoles et les centres de jeunesse. Comme semblent l'indiquer les données du Bangladesh et d'Inde, les femmes mariées d'Asie du Sud vivent souvent sous la coupe de leur mari ou de sa famille, jouissent d'une mobilité limitée en dehors du foyer et ne sont guère autorisées à prendre les décisions relatives à leur propre santé.⁷ Aussi les stratégies faisant appel aux cliniques et aux groupes de pairs ne donnent-elles pas nécessairement accès aux femmes défavorisées de ces régions. En revanche, les modes de prestation utiles aux segments les plus pauvres de la population peuvent prendre la forme de projets d'antenne dans les communautés, ciblés sur certains groupes de jeunes femmes pauvres et concentrés sur certaines régions.

Les programmes communautaires apportent leurs services aux populations visées dans leur cadre local. Ils sont

généralement conçus de manière à impliquer les jeunes, les parents et les dirigeants politiques et religieux, selon une approche souvent apte à réduire l'opposition aux services ouverts aux jeunes. Les organisations communautaires ont joué un rôle important dans la mobilisation d'efforts menés au niveau local et dans l'apport de services aux pauvres, y compris les adolescents démunis. Les programmes de développement des jeunes qui, outre l'apport d'information et de services de santé reproductive, répondent à un large éventail de besoins (dynamique de la vie, alphabétisme, formation professionnelle et activités de subvention à ses besoins) ont atteint les jeunes vivant dans la pauvreté avec plus de succès que les autres approches. Par exemple, le projet Better Life Options (meilleures options de vie), en Inde, a réussi à autonomiser les jeunes femmes par le biais de classes d'alphabétisation et de liaisons à une éducation formelle et à une formation professionnelle.⁸ Les participantes en ont présenté de meilleures issues de santé reproductive que leurs homologues non inscrites au programme: mariées moins jeunes, elles ont moins d'enfants, occupent un emploi rémunéré et ont davantage confiance en elles-mêmes.

Quant à la connaissance dont disposent les adolescentes sur la prévention du VIH, les écarts socioéconomiques peuvent être attribués, en partie, à l'association des programmes actuels aux formes médiatiques moins accessibles aux jeunes femmes pauvres. L'implication en est un besoin de programmes VIH/SIDA spéciaux reposant sur d'autres stratégies aptes à atteindre les jeunes vivant dans la pauvreté. L'antenne communautaire offre une approche efficace, telle qu'observée dans un projet brésilien ciblant explicitement les adolescents défavorisés en se concentrant sur les zones résidentielles pauvres.⁹ A Bombay, en Inde, un programme spécial destiné aux travailleuses du sexe a réussi à améliorer leurs connaissances et à ralentir la propagation du VIH/SIDA au sein d'un groupe particulièrement pauvre et socialement marginalisé de jeunes femmes (80% des participantes étaient âgées de 12 à 25 ans).¹⁰

Les observations relatives à la pratique contraceptive et aux naissances non planifiées peuvent refléter, entre autres facteurs sociaux et économiques, une plus grande acceptation de la maternité précoce parmi les adolescentes les plus pauvres que parmi les jeunes des ménages les plus riches. Les obstacles culturels et psychosociaux des communautés peuvent empêcher les jeunes femmes—très pauvres surtout—de recourir aux services de santé reproductive des cliniques quand bien même ils seraient proposés. Ainsi, les programmes qui ciblent les adolescentes pauvres doivent non seulement chercher à améliorer leur accès aux services, mais encore résoudre le problème des normes sociales qui encouragent la maternité précoce tout en décourageant peut-être la pratique contraceptive chez les jeunes femmes pauvres.

Les faibles niveaux de recours aux services de santé maternelle et de connaissance préventive du VIH dans les quintiles les plus pauvres—en dépit d'un besoin élevé parmi les adolescentes concernées—donnent à penser que la «loi

des soins inversés*» formulée par Hart en 1971 existe toujours dans les pays en développement.¹¹ Les programmes nationaux à contenu standard et modes de prestation uniformes (les programmes nationaux de maternité sans risques, par exemple) ne tiennent pas souvent compte des différences socioculturelles basées sur la richesse qui affectent l'aptitude des jeunes à obtenir des services de santé. Les approches en clinique de la prestation de services contraceptifs n'ont pas égalisé la pratique contraceptive dans tous les groupes socioéconomiques: les femmes pauvres restent à la traîne de leur homologues mieux dotées, en partie parce qu'elles disposent de moins d'argent pour payer les soins et que des obstacles géographiques les séparent parfois des cliniques. Cela sans compter, comme l'ont démontré plusieurs études,¹² que les adolescentes pauvres doivent parfois subir les attitudes désobligeantes des prestataires en raison de la distance sociale entre patientes démunies et professionnels de la santé. D'autres stratégies de prestation mises en œuvre au Bangladesh¹³ (travailleuses de proximité et distribution communautaire de contraceptifs aux très jeunes mariées) peuvent expliquer les niveaux de pratique contraceptive relativement élevés du pays, même parmi les femmes les plus pauvres. L'apport de services aux jeunes défavorisés peut exiger la mise en œuvre de projets d'antenne communautaire plus coûteux que les approches traditionnelles, non justifiés par les analyses classiques de rentabilité.

Les implications de cette étude portent également sur l'évaluation des programmes. Celle-ci s'effectue généralement en termes d'effet sur les indicateurs globaux de la population. Ainsi, l'évaluation d'un programme de planification familiale pourrait indiquer une augmentation de 3% de la pratique contraceptive sur une période de deux ans. La hausse de l'indicateur global pourrait cependant être totalement imputable à l'amélioration de la pratique dans les groupes riches. De même, l'évaluation d'un programme médiatique peut indiquer qu'un message encourageant à différer le mariage a atteint près de la moitié de la population alors qu'il n'a été reçu que par les segments les plus favorisés de la société. Les évaluations futures des programmes de santé pour adolescents devraient être subdivisées par rang socioéconomique ou se concentrer sur les groupes spécifiquement ciblés par le programme.

Les données de tendance relatives aux adolescents ont beau indiquer une amélioration des perspectives de santé et d'éducation des jeunes,¹⁴ la distribution du progrès entre les différents groupes socioéconomiques doit également être examinée. La répartition inégale des avantages du développement et l'accès inégal aux services de santé risquent de mener à un écart plus large encore entre les besoins et les issues de santé reproductive des adolescents riches et pauvres. Le risque d'une «polarisation épidémiologique» accrue présente de claires implications pour les systèmes de santé, qui doivent chercher à répondre aux besoins de santé spécifiques des jeunes issus de contextes socioéconomiques distincts.

REFERENCES

1. Population Reference Bureau (PRB), *The World's Youth 2000*, Washington, DC: PRB, 2000.
2. Ibid.
3. Singh S et al., Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries, *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26(1):21-28 & 43; Speizer IS, Mullen SA et Amégee K, Gender differences in adult perspectives on adolescent reproductive behaviors: evidence from Lome, Togo, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(4):178-185; et Mahy M et Gupta N, *Trends and Differentials in Adolescent Reproductive Behavior in Sub-Saharan Africa*, DHS Analytical Studies, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2002, n° 3.
4. Johns Hopkins University Center for Communications Programs (JHU/CCP), *Reaching young people worldwide: reproductive health communication activities to date, 1985-1995*, Working Paper, Baltimore, MD, USA: JHU/CCP, 1995, n° 2.
5. Filmer D et Pritchett L, Estimating wealth effects without expenditure data—or tears: an application to educational enrollments in states of India, *World Bank Policy Research Working Paper*, Washington, DC: Development Economics Research Group, World Bank, 1998, n° 1994.
6. Gwatkin D et al., *Socioeconomic differences in health, nutrition and population*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, DC: World Bank, 2000.
7. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates et ORC Macro, *Bangladesh Demographic and Health Survey, 1999-2000*, Dhaka, Bangladesh, et Calverton, MD, USA: NIPORT, Mitra and Associates et ORC Macro, 2001; et International Institute for Population Sciences (IIPS) et ORC Macro, *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99: India*, Mumbai, India: IIPS, 2000.
8. Levitt-Dayal M et al., Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment, in: Bott S et al., réds., *Adolescent Sexual and Reproductive Health: Evidence and Program Implications for South Africa*, Geneva: Organisation Mondiale de la Santé, 2002.
9. Raffaelli M et al., Sexual practices and attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brazil, *Social Science & Medicine*, 1993, 37(5):661-670.
10. Bhave G et al., Impact of an intervention on HIV, sexually transmitted diseases and condom use among sex workers in Bombay, India, *AIDS*, 1995, 9(Suppl.1):S21-S30.
11. Hart JT, The inverse care law, *Lancet*, 1971, 1(7696):405-412.
12. Khan ME, Gupta RB et Patel BC, Quality and coverage of family planning services in Uttar Pradesh: client perspectives, dans: Koenig MA et Khan ME, eds., *Quality of Care Within the Indian Family Planning Program*, New York: Population Council, 1999; Schuler SR et Hossain Z, Family planning clinics through women's eyes and voices: a case study from rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1998, 24(4):170-175 & 205; Huntington D et Schuler SR, The simulated client method: evaluating client-provider interactions in family planning clinics, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(3):187-193; et Schuler SR et al., Barriers to effective family planning in Nepal, *Studies in Family Planning*, 1985, 19(1):29-38.
13. Barkat A et al., *The RSDP/Pathfinder Bangladesh newlywed strategy: results of an assessment*, Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 1999.
14. PRB, 2000, op. cit. (voir référence 1).

Author contact: manju_rani@yahoo.com

*Selon la «loi des soins inversés», la disponibilité de soins médicaux de qualité est proportionnellement inverse aux besoins de la population desservie. La théorie repose sur une étude d'allocation des ressources de services sanitaires au Pays de Galles, en Angleterre, près de 30 ans avant que la politique du gouvernement ne cherche à résoudre le problème (voir référence 11).