



# DÉMYSTIFIER LES DONNÉES:

## Guide pour utiliser les données disponibles afin d'améliorer la santé et les droits sexuels des jeunes



2013

# DÉMYSTIFIER LES DONNÉES:

**Guide pour utiliser les données disponibles  
afin d'améliorer la santé et les droits  
sexuels des jeunes**

Ragnar Anderson

Christine Panchaud

Susheela Singh

Katherine Watson



## REMERCIEMENTS

Ce guide a été rédigé par Ragnar Anderson, Institut Guttmacher; Christine Panchaud, consultante indépendante; Susheela Singh, Institut Guttmacher; et Katherine Watson, Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Lori Ashford, consultante indépendante, l'a édité, et Kathleen Randall, Institut Guttmacher, a supervisé sa production.

Les auteurs remercient leurs collègues de l'Institut Guttmacher: Suzette Audam, pour le traitement des données; Alyssa Brown, Amelia Bucek, Marjorie Crowell, Michelle Eilers, Vivian Gor, Joon Lee, Yoshi Onda et Jesse Philbin pour leur assistance dans le travail de recherche. Elles remercient également leurs autres collègues de l'Institut Guttmacher pour leur relecture des différentes versions de ce guide: Haley Ball, Akinrinola Bankole, Heather Boonstra, Patricia Donovan, Lisa Remez et Gustavo Suarez.

Les auteurs remercient aussi Claudia Marchena, Albert Themme et Binyam Woldemichael, de MEASURE DHS, ICF International, pour la production de tableaux spécifiques concernant les données des enquêtes nationales de démographie et de santé (EDS) relatives aux hommes et à la fréquentation scolaire. MEASURE DHS est un projet financé par USAID qui apporte support et assistance technique pour la réalisation des enquêtes nationales de population et santé dans le monde entier.

Les auteurs remercient Doortje Braeken, du Bureau central de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), pour les conseils offerts tout au long du projet, ses

contributions sur les aspects techniques et ses commentaires sur les différentes versions du guide.

Les auteurs remercient aussi Shadia Abdel-Rahim, Abdul Muniem Abu-Nuwar, Samia Adada, Faten Bakri, Katie Chau, Jessie Clyde, Fatma Dakrony, Kori Dawson, Jessica Dietrich, Rabab Hassen, Mohamed Hossam, Elona Gjebrea Hoxha, Mithkal Jaber, Alison McKinley, Nadine Naboulsi, Jayamalar Samuel, Yen Sim, Amina Stavridis et Mykal Welch, membres des Bureaux régionaux et des Associations membres de l'IPPF, pour leurs commentaires sur les différentes versions de ce guide.

L'Institut Guttmacher veut finalement exprimer sa profonde reconnaissance pour le support général qu'il reçoit de la part de personnes et de fondations—notamment les importantes contributions de la William et Flora Hewlett Foundation, la David et Lucile Packard Foundation, et la Ford Foundation—qui soutiennent l'ensemble du travail réalisé par l'Institut Guttmacher.

Ce guide a été financé grâce à une subvention du Ministère néerlandais des affaires étrangères, attribuée dans le cadre du programme "*Choices and Opportunities Fund*." La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) a alloué une partie de ce soutien financier à l'Institut Guttmacher pour la réalisation de cette publication. Les résultats et conclusions de ce guide sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions et les politiques du donateur.

ISBN: 978-1-934387-15-3

© Guttmacher Institute, 2013

Citation suggérée: Anderson R, Panchaud C, Singh S et Watson K, *Démystifier les données: guide pour utiliser les données disponibles afin d'améliorer la santé et les droits sexuels des jeunes*, New York: Guttmacher Institute, 2013.

Traduction française, avec quelques changements mineurs, de Anderson R, Panchaud C, Singh S y Watson K, *Demystifying Data: A Guide to Using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights*, ISBN: 978-1-934387-13-9

Traductrices: Christine Panchaud et Fernanda Abella

©2013 Guttmacher Institute, une association à but non lucratif qui a pour mission de faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs à travers un programme interconnecté de recherche, d'analyse politique et d'éducation publique visant à susciter de nouvelles idées, encourager un débat public éclairé, et promouvoir le développement de politiques et de programmes solides. Tous droits, y compris de traduction en d'autres langues, sont réservés sous la Convention universelle sur le droit d'auteur, la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques, et les Conventions inter- et panaméricaines sur le droit d'auteur (Mexico et Buenos Aires). Les droits de traduction de l'information contenue dans ce rapport peuvent être dérogés.

[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

[www.ippf.org](http://www.ippf.org)



# Table des matières

## CHAPITRE 1: INTRODUCTION

Pourquoi ce guide est-il nécessaire? .....	5
Quels sont les buts et les objectifs du guide? .....	6
A qui ce guide s'adresse-t-il? .....	7
Quelles régions ce guide couvre-t-il? .....	7
Comment les données ont-elles été sélectionnées? .....	7
Comment utiliser ce guide? .....	7
Structure du guide .....	8

## CHAPITRE 2: DONNÉES ET MÉTHODES

Sources des données .....	10
Couverture .....	11
Des fichiers de données aux tableaux par pays .....	11
Limites importantes des données disponibles .....	11

## CHAPITRE 3: SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Section 1: Activité sexuelle et mariage .....	13
Section 2: Connaissances, utilisation et besoins en matière de contraception .....	21
Section 3: Maternité .....	26
Tableaux des données au niveau national, indicateurs 1 à 37 .....	30

## CHAPITRE 4: DROITS SEXUELS ET ÉGALITÉ DE GENRE

Section 1: Education sexuelle à l'école .....	38
Section 2: Attitudes des adultes envers l'information sur la santé sexuelle .....	42
Section 3: Efficacité personnelle en matière de santé sexuelle .....	44
Section 4: Autonomie des femmes, normes sociales et égalité de genre .....	48
Tableaux des données au niveau national, indicateurs 38 à 55 .....	54

## CHAPITRE 5: S'ADRESSER AUX JEUNES

Section 1: Information démographique .....	62
Section 2: Fréquentation scolaire .....	63
Section 3: Exposition aux médias .....	66
Tableaux des données au niveau national, indicateurs 56 à 70 .....	69

*Suite de la table des matières à la page suivante*

<b>CHAPITRE 6: CONCLUSION</b>	
<i>Jusqu'ou ce guide peut-il aller?</i> .....	<b>73</b>
<i>Exemple d'un pays: Ouganda</i> .....	<b>74</b>
<b>Les données qui manquent encore et les recherches à mener</b> .....	<b>73</b>
<i>Exemple d'un pays: République Dominicaine.</i> .....	<b>76</b>
<b>Regarder vers le futur</b> .....	<b>77</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>79</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>82</b>

## ABBREVIATIONS

CDC: Centre pour le contrôle et la prévention des maladies

ECS: Éducation complète en matière de sexualité

EDS: Enquête démographique et de santé

IST: Infection sexuellement transmissible

USAID: Agence des Etats-Unis pour le développement international

UNGASS: Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida

## TERMES DU GLOSSAIRE

Les termes inclus dans le glossaire sont indiqués en italique la première fois qu'ils apparaissent dans chaque chapitre du guide.

## TABLE des MATIÈRES du CD

Le CD inclus à la fin du guide comprend le texte complet du guide ainsi que les ressources additionnelles suivantes:

- **Des tableaux de données par pays, pour les 30 pays présentés dans le guide**, avec les données détaillées pour 68 indicateurs sélectionnés. Ces tableaux incluent les données au niveau national, ainsi que celles concernant les sous-groupes par lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale) et par statut économique (cinq quintiles de richesse).
- **Un tableau pour le plaidoyer**, fournissant des suggestions sur les indicateurs les mieux adaptés pour mener des efforts spécifiques de plaidoyer, pour toute une série de sujets précis.
- **Un annexe présentant les indicateurs**, avec des explications détaillées sur la façon dont les 70 indicateurs ont été calculés.

*Ces matériaux additionnels peuvent aussi être trouvés sur le site internet du Guttmacher Institute: [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)*



# Introduction

## Pourquoi ce guide est-il nécessaire?

La *santé sexuelle* et reproductive *des jeunes* et les droits qui lui sont liés, constituent une préoccupation pressante partout dans le monde. Les *adolescents\** âgés de 10 à 19 ans qui sont au nombre de 1,2 milliards dans le monde représentent 18% de la population mondiale.<sup>1</sup> Bien que leur situation diffère selon les régions et les pays, les adolescents partagent les mêmes droits fondamentaux en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive, comme le droit à l'égalité, à la vie privée, à la dignité, à l'intégrité physique et psychique, et à la liberté de choisir de se marier ou non. Ils ont aussi besoin d'information et de services de santé pour les aider à prendre des décisions saines en matière de sexualité et de reproduction.

Les besoins des adolescents varient en fonction de nombreux facteurs: leur stade de développement physique et émotionnel, s'ils sont mariés ou non, s'ils sont parents, s'ils ont déjà eu des *rapports sexuels*, et le type d'activité sexuelle et de relations de couple qu'ils pratiquent. Par exemple, dans les pays en développement, il est estimé qu'environ une femme sur quatre âgée de 15 à 19 ans est mariée ou vit *en union* — c'est-à-dire qu'elle vit avec un partenaire.<sup>1</sup> Souvent, les mariages des adolescents ne sont pas décidés par les adolescents eux-mêmes; les jeunes femmes en particulier peuvent manquer de pouvoir de décision par rapport à des partenaires plus âgés. Par ailleurs, les adolescents qui ont des rapports sexuels sans être mariés doivent souvent faire face à la désapprobation sociale, ce qui peut les empêcher d'avoir accès à l'information et aux services dont ils ont besoin pour protéger leur santé.

De nombreuses femmes deviennent mères alors qu'elles sont encore adolescentes. En 2012, on estime que 15 millions de bébés dans le monde sont nés de mères âgées de 15 à 19 ans.<sup>2</sup> C'est un fait important, parce que les adolescentes âgées de 15 ans ou moins peuvent courir un risque relativement plus élevé de souffrir de problèmes de santé liés à la grossesse, et un plus grand risque de mortalité maternelle, que les femmes qui donnent le jour alors qu'elles sont déjà âgées d'une vingtaine d'années.<sup>3</sup>

Dans les pays en développement, un tiers seulement, en moyenne, des adolescentes qui veulent éviter une grossesse utilisent une *méthode contraceptive moderne*; les autres deux tiers risquent par conséquent des *grossesses non planifiées*, voire parfois des avortements non médicalisés.<sup>4</sup> Les avortements non médicalisés sont plus fréquents dans les pays en développement et parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans.<sup>5</sup> Il faut mentionner également le risque *d'infections sexuellement transmissibles* (IST), y compris le VIH, qui peuvent se produire lors de n'importe quel rapport sexuel, aussi lors de rapports oraux ou anaux. Des données bien documentées suggèrent que les personnes de moins de 25 ans courent un plus grand risque d'être infectées que celles âgées de 25 ans ou plus.<sup>6</sup> Bien que l'activité sexuelle des adolescents soit difficile à mesurer, les données disponibles mettent en évidence que les adolescents ont un besoin urgent d'information et de services en matière de santé sexuelle et reproductive, et ce dès le début de l'adolescence.

De nombreuses barrières empêchent les jeunes d'obtenir une information complète et des services de qualité. Parmi ces obstacles, on peut mentionner des *curricula* scolaires inappropriés, des enseignants dont la formation est insuffisante, ainsi que des programmes inadéquats pour atteindre les jeunes qui ne fréquentent pas l'école. De plus, les infrastructures de santé sont souvent peu développées, surtout dans les régions pauvres ou rurales, et certains prestataires de services font preuve d'attitudes moralisatrices par rapport à l'activité sexuelle des jeunes non mariés.

Dans de nombreux pays, l'activité sexuelle des jeunes est fortement stigmatisée, voire même criminalisée. Le *mariage* est souvent considéré comme la seule situation autorisant les jeunes à avoir une activité sexuelle. Ainsi, les jeunes non mariés se voient souvent refuser l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle, soit en raison d'obstacles formels, soit à cause de tabous

\*Tout au long du guide, le terme "adolescents" quand il est utilisé de façon générale, et bien qu'utilisé au masculin, concerne aussi bien les filles que les garçons.

sociaux. Malgré tous ces obstacles, un grand nombre de jeunes, parce qu'ils sont curieux ou qu'ils en ont le désir, ont une activité sexuelle. Tout programme ou politique visant à améliorer le bien-être sexuel des adolescents et des jeunes devrait tenir compte de cette réalité.

*L'éducation complète en matière de sexualité* est une composante intégrale de tels efforts; elle est en plus capitale pour que les jeunes soient conscients du respect qui leur est dû en tant qu'individus. Sans une éducation de ce type, il est moins probable que les jeunes soient conscients de leurs droits et qu'ils soient capables d'identifier les diverses manières dont les coutumes établies, la tradition ou les lois peuvent empiéter sur ces droits.

Les études scientifiques sur les connaissances, les attitudes, les comportements et l'état de la santé sexuelle et reproductive des jeunes permettent de soutenir le travail des prestataires de services de santé, des éducateurs et des défenseurs des droits sexuels et reproductifs; ces études permettent aussi de mieux répondre aux besoins des jeunes en matière d'information, d'éducation et de services. Des statistiques fiables, basées sur des *échantillons* représentatifs des jeunes au niveau national,

fournissent de solides données factuelles, qui peuvent être utilisées pour la communication avec les décideurs politiques, les leaders communautaires et d'autres parties prenantes dans le domaine de la santé et des *droits sexuels* et reproductifs des jeunes. Des données de ce genre représentent un outil important pour que ces questions gagnent en légitimité et pour défendre la nécessité de dédier plus d'attention et de ressources afin d'améliorer la santé sexuelle des adolescents.

Les enquêtes existantes ne mesurent pas tous les aspects de la santé et des droits sexuels et reproductifs des jeunes; les données disponibles en matière de droits sexuels sont particulièrement lacunaires. Dans chaque chapitre du guide, ces limites sont décrites; certaines de ces limites sont aussi abordées dans la conclusion et des recommandations sont faites quant aux recherches à mener dans le futur pour combler ces lacunes

### Quels sont les buts et les objectifs du guide?

Ce guide a pour but d'aider les prestataires de services de santé, les éducateurs et les acteurs du plaidoyer dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs à mieux comprendre et utiliser les données fiables qui existent sur les connaissances et les comportements des adolescents. Ce guide fournit des informations démographiques et socioéconomiques sur les adolescents, ainsi que sur leurs besoins, leur accès et leur utilisation de l'information et des services de santé sexuelle et reproductive. Il a été conçu pour offrir aux professionnels du terrain des informations utiles pour promouvoir et élaborer efficacement des politiques et programmes qui puissent répondre aux besoins des jeunes en matière d'éducation et de services de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à leurs besoins d'information sur leurs droits sexuels et reproductifs.

Ce guide présente les données disponibles et fiables les plus récentes pour 30 pays; il explique la signification pratique de ces données dans un langage clair et non technique. Le guide peut aider ceux qui travaillent avec des jeunes à réaliser les changements nécessaires, notamment pour obtenir:

- plus de programmes d'éducation complète en matière de sexualité;
- un meilleur accès aux services de santé sexuelle et reproductive;
- de meilleures politiques pour protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes; et

### Division par groupes en fonction de l'âge

Ces définitions sont basées sur celles utilisées par l'Organisation mondiale de la santé et par IPPF.

**Jeunes adolescents: 10–14 ans**

**Adolescents: 10–19 ans**

**Jeunes: 10–24 ans**

**Jeunes gens: 15–24 ans**

**Jeunes adultes: 20–24 ans**

Bien que les termes utilisés dans ce guide suivent ces définitions, nous nous permettons une certaine flexibilité quand ils sont appliqués à des situations générales. Ainsi les termes "adolescents", "jeunes gens" et "jeunes" peuvent être utilisés de façon interchangeable, pour désigner l'ensemble de la tranche d'âge concernée, ou seulement une partie de celle-ci. Par exemple, "jeunes" peut être utilisé pour désigner tous les jeunes (des deux sexes) âgés de 20–24 ans ou ceux âgés de 15–19 ans.

- une meilleure compréhension et identification des besoins les plus importants, afin de concentrer les efforts sur les jeunes les plus vulnérables.

L'Institut Guttmacher et la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) ont collaboré pour la préparation de ce guide, avec pour but ultime la promotion et l'amélioration, partout dans le monde, de la santé et des droits sexuels et reproductifs des jeunes.

### A qui ce guide s'adresse-t-il?

Les données chiffrées et les statistiques peuvent souvent sembler rébarbatives, intimidantes et difficiles à comprendre, en particulier pour ceux qui ne sont pas des chercheurs. Ce guide essaie de démontrer cette complexité et de rendre les données et les chiffres plus transparents et plus faciles à utiliser. Il a été conçu pour aider toute personne intéressée à utiliser des données scientifiques dans son travail en vue d'améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes.

Les publics-cibles principaux de ce guide sont:

- les prestataires de services et autres acteurs concernés du secteur de la santé;
- les enseignants en charge de l'éducation à la sexualité et à la vie familiale, ainsi que d'autres personnes travaillant dans le domaine de l'éducation; et
- les jeunes actifs dans le plaidoyer en faveur de la jeunesse et les organisations auxquelles ils appartiennent.

Nous prévoyons aussi que ce guide pourra être utile aux organisations internationales, régionales et nationales, ainsi qu'aux agences et organismes donateurs de fonds.

Ce guide est unique dans le sens où il présente 70 *indicateurs* couvrant un large éventail de sujets en lien avec la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes, en un seul endroit. L'information est présentée dans des tableaux faciles à lire; elle est accompagnée d'explications et de conseils pour comprendre et utiliser ces données.

### Quelles régions ce guide couvre-t-il?

Les 30 pays présentés ici fournissent une large palette d'exemples de la situation des adolescents dans plusieurs régions du monde, avec 27 pays en développement et trois pays en Europe. Le guide inclut 13 pays en Afrique subsaharienne, un en Afrique du Nord, quatre en Asie du Sud et du Sud-Est et six en Amérique latine et Caraïbes. Les pays ont été sélectionnés parce que des enquêtes de

population au niveau national y ont été menées récemment, et parce qu'ils représentent différentes régions du monde. Quatorze de ces pays sont aussi inclus dans un projet spécial de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) qui vise à répondre aux besoins des adolescents et des jeunes dans le monde grâce au travail de ses Associations membres. L'un des buts spécifiques de ce projet est de contribuer au renforcement des Associations membres dans leur capacité à promouvoir et augmenter efficacement l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive; à fournir une éducation complète en matière de sexualité; et à promouvoir les droits sexuels et reproductifs des jeunes.

Dans sa version imprimée, le guide inclut les données au niveau national pour tous les indicateurs dans les 30 pays sélectionnés. Quelques données désagrégées pour des sous-groupes à l'intérieur de certains pays sont aussi présentées à titre d'exemple. L'ensemble de tableaux complets pour chaque pays est disponible sur le CD joint au guide; ces tableaux sont aussi disponibles en ligne sur internet (<<http://www.guttmacher.org/pubs/demystifying-data-country-tables-fr.pdf>>). Les tableaux complets par pays comprennent les données pour les régions rurales et urbaines et pour cinq catégories de statut socioéconomique. Cette information plus détaillée peut aider les professionnels travaillant avec les jeunes à adapter leurs programmes pour mieux répondre aux besoins de sous-groupes spécifiques au sein de la population.

### Comment les données ont-elles été sélectionnées?

Ce guide n'inclut pas toutes les mesures relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des jeunes, mais il comprend des mesures qui en sont de bons indicateurs pour les aspects essentiels. Ces mesures sont disponibles pour la plupart ou la totalité des 30 pays sélectionnés, et ont été récoltées et calculées partout de la même façon, ce qui permet de comparer les pays entre eux. Parmi les données disponibles, les auteurs ont sélectionné 70 indicateurs qui promettent d'être utiles pour améliorer l'accès des adolescents à l'information et aux services, et pour promouvoir leurs droits.

### Comment utiliser ce guide?

Un atelier de formation serait une façon utile et efficace de présenter ce guide à ses utilisateurs. En effet, plusieurs des indicateurs et des sources présentés peuvent être peu connus des personnes travaillant avec les jeunes.



Un atelier permettrait de parcourir le document, de donner une vue d'ensemble de l'information offerte par le guide, d'offrir l'opportunité aux utilisateurs d'apprendre à s'orienter dans les différentes sections du guide et de commencer à utiliser l'information proposée. Vous pouvez vous référer au CD ou au site internet de l'Institut Guttmacher pour plus d'information concernant les différentes manières de conduire des ateliers de ce genre.

Afin d'appliquer l'information à des situations pratiques concrètes, les utilisateurs peuvent examiner et discuter des sections dédiées aux applications pratiques, ainsi que les guides de discussion des chapitres 3, 4 et 5. La section «applications» donne des idées sur comment l'information peut être utilisée pour améliorer l'information et les services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes. Le guide de discussion propose des questions pour stimuler la réflexion critique sur la signification des données disponibles pour un pays donné, notamment par rapport à des groupes spécifiques de la population ou à certaines lois, politiques ou pratiques. Le tableau pour le plaidoyer inclus dans le CD propose aussi une référence visuelle claire qui identifie quels indicateurs peuvent être les mieux adaptés pour traiter différents sujets de plaidoyer.

La définition des indicateurs est en général la même pour tous les pays, mais parfois il peut y avoir de petites différences liées aux données du fait qu'elles ont été récoltées un peu différemment; dans de tels cas, une note est ajoutée au bas des tableaux pour expliquer la différence. Les données présentées sont les plus récentes qui étaient disponibles au moment de la préparation du guide. Cependant, il est à prévoir que la valeur pour chaque indicateur change au cours du temps; idéalement, elle devrait donc être révisée dès que de nouvelles données deviennent disponibles.

### Structure du guide

Le chapitre 2 explique les données et les méthodes utilisées pour les compiler, notamment:

- les sources de données utilisées pour les tableaux par pays, et la sélection des indicateurs;
- la couverture géographique, y compris la liste des 30 pays sélectionnés;
- la façon dont les données ont été analysées et les indicateurs compilés pour produire les tableaux au niveau national; et
- les lacunes significatives dans l'information dues à la façon dont les données ont été collectées. Il est

essentiel de garder ces lacunes à l'esprit au moment de travailler avec les données.

Les chapitres 3 à 5 présentent des informations sur la santé sexuelle et reproductive, les droits sexuels, l'égalité de *genre*\* et les canaux pour atteindre les jeunes.

- Le chapitre 3 présente entre autres les sujets suivants: le moment où les jeunes commencent à avoir des rapports sexuels, l'âge auquel les jeunes se marient, et leur utilisation ou non de méthodes contraceptives et de services de santé reproductive.
- Le chapitre 4 discute notamment de l'éducation sexuelle à l'école, de ce que les jeunes savent sur le VIH et comment le prévenir, et de l'autonomie des femmes pour protéger leur santé et prendre leurs propres décisions en ce qui concerne leur santé sexuelle.
- Le chapitre 5 présente des indicateurs qui décrivent la population des jeunes, leur fréquentation scolaire et leur exposition aux divers types de médias.

Ces chapitres passent en revue les 70 indicateurs du guide et discutent comment ils peuvent être appliqués dans plusieurs contextes. Après une brève introduction, chacun de ces trois chapitres contient les sections suivantes:

**Définitions:** cette section propose une définition des indicateurs non technique, claire et facilement compréhensible, exprimée dans la langue "de tous les jours". Les limites des indicateurs sont ensuite mentionnées. Le CD contient un document qui décrit précisément comment chaque indicateur est calculé.

**Applications:** cette section donne des idées sur comment appliquer les données pour:

- la programmation et fourniture de services;
- l'éducation et l'information en matière de sexualité; et
- le travail du plaidoyer.

---

\*Les termes "égalité de genre" et "équité de genre" comportent des nuances qui peuvent être assez subtiles. C'est pourquoi ce guide utilise partout les termes "égalité de genre". L'objectif de l'"égalité de genre" est de traiter de la même façon hommes et femmes dans tous les aspects de la vie, y compris en ce qui concerne l'accès aux services de santé ou les opportunités économiques. L'objectif de l'"équité de genre" concerne les situations où il importe d'offrir un traitement différencié entre hommes et femmes afin d'atteindre l'objectif d'égalité de genre. Cette distinction entre "égalité de genre" et "équité de genre" peut être abordée par les utilisateurs du guide dans le cadre des questions suggérées dans le guide de discussion pour chaque chapitre.

Cette information aide l'utilisateur du guide à comprendre quels sont les adolescents qui ont le plus besoin de quels services ou informations, et comment les atteindre au mieux.

**Guide de discussion:** cette section propose une liste de questions pour stimuler la réflexion sur les principaux sujets abordés dans le chapitre. Le but est de provoquer et animer les discussions entre collègues. Bien que les données et les faits présentés n'offrent pas toujours les réponses aux questions proposées, ces dernières représentent un bon point de départ pour lancer des discussions de fond sur les programmes et les services destinés aux jeunes.

Le chapitre 6 conclut le guide; il vise plusieurs objectifs, notamment:

- Identifier les données cruciales qui manquent dans cet ensemble d'informations fiables déjà disponibles sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes.
- Recommander des actions et des stratégies pour contribuer à améliorer les droits sexuels et reproductifs des jeunes partout dans le monde.
- Suggérer à cet effet le développement d'outils pratiques et décrire comment ils pourraient être élaborés et utilisés.



# Données et méthodes

## Sources des données

L'équipe de Guttmacher a examiné les données existantes à propos de la santé et des droits sexuels et reproductifs des jeunes et a ensuite sélectionné les *indicateurs* sur la base de:

- la disponibilité des données pour un grand nombre de pays;
- leur capacité de mesurer les besoins relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs;
- leur capacité d'identifier des groupes ayant des besoins aigus, et
- leur capacité de suivre les tendances avec le temps.

La plupart des 70 *indicateurs* du guide proviennent des *Enquêtes Démographiques et de Santé* (EDS).\* Les EDS représentent une source très respectée et largement utilisée de données scientifiques fiables portant sur un large éventail de sujets, y compris la santé sexuelle et reproductive dans les pays en développement. Avec un financement de base de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), ICF International travaille avec des organismes nationaux pour réaliser les enquêtes EDS dans plus de 90 pays. Les *enquêtes* sont représentatives au niveau national, ce qui signifie que l'*échantillon* reflète la structure et les caractéristiques de l'ensemble de la population féminine en âge de procréer et, dans de nombreux pays, aussi pour la population masculine. En d'autres termes, les données rassemblées correspondent statistiquement à l'ensemble de la population. Selon la taille de leur échantillon, certaines enquêtes sont également représentatives statistiquement au niveau des régions et des entités administratives locales.

Les enquêtes EDS sont menées à large échelle, à partir d'échantillons qui comprennent en général entre 5 000 et 30 000 ménages. Les enquêtes sont menées à peu près tous les cinq ans dans un grand nombre de pays. Les échantillons de femmes (âgées de 15 à 49 ans) sont généralement plus grands que les échantillons d'hommes (généralement âgés de 15 à 59 ans). Les femmes répondent aussi généralement à un nombre significativement plus élevé de questions. Les enquêtes sont composées de

trois questionnaires principaux: un pour les ménages, un pour les femmes et un pour les hommes. Ces questionnaires sont en grande partie standardisés, ce qui rend les résultats des enquêtes comparables entre les pays.

Dans ce guide, les données pour le Guatemala ont été tirées de l'enquête nationale la plus récente, réalisée par le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC). Les enquêtes CDC sont similaires aux enquêtes EDS; elles sont représentatives au niveau national et offrent des données scientifiques comparables.† Le CDC est l'une des grandes agences opérationnelles du Département américain de la santé et des services aux personnes.

Les données sur l'éducation sexuelle présentées au chapitre 4 proviennent de sources diverses. La plupart sont tirées du rapport de situation 2010 fournis par les pays régulièrement dans le cadre des engagements pris lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS). C'est en effet l'UNGASS qui est en charge du suivi des politiques et programmes concernant le VIH dans le monde. Quelques données supplémentaires ont été tirées d'un rapport de 2004 du Bureau international d'éducation de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO); d'un rapport de 2008 qui présente les progrès réalisés par 37 pays d'Afrique subsaharienne en matière de lutte contre le VIH/sida; et de plusieurs rapports des Ministères de l'éducation d'un certain nombre de pays. Toutes ces données souffrent de sérieuses limitations. Elles ont été incluses dans ce guide en raison de l'absence de mesures standardisées et comparables de *l'éducation complète en matière de sexualité*.

\*Les résultats des EDS publiées sous la forme de rapports sont disponibles sur <<http://measuredhs.com/>>, ainsi que des outils d'analyse interactifs en ligne sur <<http://www.statcompiler.com/>>.

†Les résultats des enquêtes de santé reproductive menées par le CDC publiés sous la forme de rapport sont disponibles sur <<http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/series/reproductive-health-survey-rhs>>.

Les informations démographiques en nombres absolus présentées au chapitre 5 sont tirées des estimations de population par groupe d'âge et par sexe effectuées par la Division de la Population des Nations Unies pour chaque pays.

## Couverture

Le guide inclut les données pour 30 pays dans les régions suivantes du monde:

**Afrique:** Égypte, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République Démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe

**Europe:** Albanie, Moldavie et Ukraine

**Asie du Sud et du Sud-Est:** Bangladesh, Indonésie, Inde, Népal, Pakistan, Philippines, et Vietnam

**Amérique latine et Caraïbes:** Bolivie, Colombie, Guatemala, Honduras, Pérou et République Dominicaine.

## Des fichiers de données aux tableaux par pays

L'équipe de Guttmacher a assemblé et combiné *les mesures quantitatives* des enquêtes EDS et de l'enquête CDC (pour le Guatemala) de différentes manières. Environ la moitié des données présentées dans ce guide proviennent de tabulations non publiées effectuées par l'Institut Guttmacher à partir des fichiers de données originaux des enquêtes. Les tabulations des indicateurs sélectionnés pour les 30 pays ont été produites en utilisant le logiciel statistique SPSS.

Les données restantes ont été compilées à partir des rapports nationaux EDS publiés pour chaque enquête et du service de données EDS en ligne, *STAT compiler*. Pour ce projet, le personnel EDS a réalisé les tabulations des données pour les répondants de sexe masculin ainsi que pour la fréquentation scolaire. L'équipe du projet a réalisé des vérifications croisées des différentes sources pour assurer leur exactitude.

## Limites importantes des données disponibles

Pour chaque indicateur, l'équipe a réalisé les tabulations à partir des fichiers de données pour les femmes (et pour les hommes dans certains pays), ou a compilé les données à partir des rapports publiés ou d'autres sources. Dans certains pays, les données pour les indicateurs sélectionnés étaient disponibles pour les femmes mariées/en union et non mariées/pas en union, et dans certains

cas, aussi pour les hommes. Cependant, il faut garder en tête les limites suivantes lors de l'utilisation de ce guide.

- **Données pour les hommes:** les enquêtes fournissent des données pour les jeunes hommes pour 25 pays sur les 30 sélectionnés; aucune donnée concernant les hommes n'est disponible pour la Colombie, le Honduras, le Pakistan, le Pérou et le Vietnam. Par ailleurs, les données pour les jeunes hommes sont très limitées pour le Bangladesh, l'Égypte, l'Indonésie et les Philippines; l'EDS pour le Bangladesh n'a interrogé que les hommes mariés ou en union (ou l'ayant été) et en Indonésie que les hommes actuellement mariés/en union. De plus, en raison de l'accent mis sur la santé des femmes et des enfants dans les enquêtes EDS, l'échantillon d'hommes est souvent beaucoup plus restreint que celui des femmes, avec pour conséquence, que les échantillons pour les sous-groupes de jeunes hommes sont souvent trop petits pour produire des estimations statistiquement valables (voir paragraphe ci-dessous à propos des échantillons de petite taille); en plus, le questionnaire destiné aux hommes comporte moins de questions. Ces caractéristiques des enquêtes limitent les possibilités de comparaison entre femmes et hommes.

- **Information sur l'activité sexuelle:** les EDS et les autres enquêtes collectent habituellement des informations sur le comportement sexuel en demandant aux répondants s'ils ont eu des *rapports sexuels* et à quel âge ils ont eu leur premier rapport. Les questions sur le premier rapport sexuel suivent celles à propos du mariage, ce qui laisse entendre qu'elles ne mesureraient que les relations entre un homme et une femme. De plus, ces grandes enquêtes nationales ne fournissent pas d'information sur d'autres formes d'activité sexuelle comme les baisers, les caresses, les rapports sexuels oraux ou anaux, ni sur l'identité sexuelle (ou "*queer*"), et les comportements sexuels entre partenaires de même sexe.

- **Exclusion des femmes non mariées/pas en union dans cinq pays:** au Bangladesh, en Égypte, Indonésie, Pakistan et Vietnam, seules les femmes mariées/en union ont été interrogées dans le cadre des enquêtes nationales. Par conséquent, dans ces pays, aucune information n'est disponible pour les femmes qui n'ont jamais été mariées ou qui n'ont jamais vécu en union. La plupart de ces femmes exclues des enquêtes sont des adolescentes ou des femmes au début de la vingtaine.

- **Exclusion des adolescents de moins de 15 ans:** pour les chapitres 3 et 4, aucune donnée n'est disponible pour les adolescents âgés de 10 à 14 ans parce que les enquêtes EDS n'interrogent pas cette tranche d'âge. L'information sur la fréquentation scolaire au niveau primaire, qui concerne cette tranche d'âge, proviennent des enquêtes menées auprès de ménages et les données démographiques pour les jeunes adolescents de 10 à 14 ans (chapitre 5) de sources onusiennes.

- **VIH et questions liées au genre:** les informations sur les connaissances liées au VIH, ainsi que sur les attitudes et les pratiques liées au genre ne sont pas collectées pour tous les pays. Les enquêtes EDS ne comportent pas de données sur ces sujets pour le Pakistan et le Vietnam. Les données des EDS sont très limitées sur ces sujets pour la Bolivie, la Colombie, le Guatemala, l'Égypte, l'Indonésie, le Népal, le Pérou et les Philippines.

- **Droits sexuels:** les EDS et d'autres sources de données importantes, ne fournissent que des informations très limitées sur les *droits sexuels*, ce sujet ne faisant pas partie de leur champ d'investigation prioritaire. Cette question est à la fois sensible sur le plan culturel et difficile à mesurer: de nouvelles méthodes de recherche et des approches innovatrices sont nécessaires pour améliorer la qualité des mesures dans ce domaine.

- **Sous-groupes de population:** pour plusieurs indicateurs, les données pour des sous-groupes de la population, selon le lieu de résidence ou la catégorie socioéconomique (données disponibles seulement sur le CD ou sur le site internet de Guttmacher) manquent parce que la taille de l'échantillon pour les adolescents est trop petite pour ces sous-groupes de population. Ils sont indiqués par une "\*" dans les tableaux.

- **Comparabilité des données:** comme mentionné ci-dessus, les données pour le Guatemala ne proviennent pas d'une enquête EDS, mais d'une enquête CDC. Bien que les données des deux types d'enquêtes soient similaires, certaines mesures CDC ne correspondent pas exactement à celles des EDS. Ces différences sont mentionnées dans les notes qui accompagnent les tableaux.

- **Echantillons de petite taille:** quand la taille de l'échantillon pour un indicateur est inférieure à 25 répondants, les données ne sont pas indiquées dans les tableaux (elles sont remplacées par des astérisques), parce que ces mesures sont considérées comme peu fiables et statistiquement non valides. Quand un échantillon inclut 25 à 49 répondants, les données sont présentées entre crochets pour indiquer que ces valeurs sont moins précises que celles basées sur des échantillons plus grands.

- **Biais social ou biais lié à la réponse:** pour se conformer à des attentes ou à des idéaux culturels, les jeunes femmes peuvent omettre, ou rapporter de façon incomplète, des comportements sexuels lors des entretiens en face à face (en particulier dans des sociétés conservatrices); les jeunes hommes pourraient eux avoir tendance à exagérer leurs comportements et expérience sexuels. Ces *biais* peuvent influencer les données en les augmentant ou en les diminuant, en fonction de la nature de la question.

- **Données sur l'éducation sexuelle:** en général, il n'y a pas de données disponibles au niveau national sur la qualité et la mise en œuvre de l'éducation sexuelle basée sur les compétences, ni dans les pays développés ni dans ceux en développement. Pour un nombre relativement

élevé de pays, la meilleure approximation disponible est la politique nationale concernant l'éducation sur le VIH ou l'éducation à la santé basée sur les compétences. Cette information, combinée avec le niveau de fréquentation scolaire, fournit une approximation de la couverture en éducation sexuelle. Des données représentatives au niveau national sur les connaissances des jeunes en matière de contraception et de prévention du VIH aident aussi à compléter le tableau des besoins pour une meilleure information afin de protéger la santé sexuelle des jeunes.

# 3

## Santé sexuelle et reproductive

Ce chapitre présente des données sur l'activité sexuelle, le mariage et la maternité. L'information sur le nombre de jeunes qui sont sexuellement actifs, et à quel moment ils commencent d'avoir des rapports sexuels et se marient ou commencent de vivre en union, est essentielle pour aborder la santé sexuelle de ce groupe de la population. Idéalement, les jeunes devraient recevoir de l'information et avoir accès aux services de santé sexuelle et reproductive avant d'initier l'activité sexuelle, puisque beaucoup d'entre eux commencent à être sexuellement actifs bien avant le mariage. Il est important de noter ici que tout au long du guide, nous utilisons le terme « marié » et « mariage » pour désigner aussi bien les personnes qui vivent formellement et légalement en union (sous une forme reconnue par le gouvernement ou les autorités religieuses), que celles qui vivent en union d'une façon informelle reconnue par la communauté, y compris la cohabitation sans liens de mariage.

Les adolescents, filles et garçons, et les jeunes qui sont sexuellement actifs ont besoin d'information et de services complets et appropriés à leur âge, ceci afin de pouvoir protéger leur santé et faire valoir leurs droits sexuels. L'inadéquation de l'information et des services que les jeunes reçoivent se reflète dans le fait que les taux d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de VIH sont les plus hauts pour ces tranches d'âges; le nombre d'avortements non médicalisés est élevé parmi les jeunes. La contrainte sexuelle est également un problème important pour les jeunes femmes et les jeunes hommes; ils ont tous besoin, hommes et femmes, de connaissances et de compétences pour faire face à ces risques.

Nombreux sont les jeunes dans le monde qui deviennent parents pendant l'adolescence ou les premières années de l'âge adulte. Ils ne reçoivent pas assez d'information sur comment prévenir les grossesses non planifiées et comment retarder ou espacer les grossesses. Pour mieux s'occuper des jeunes, les prestataires de services de santé ont besoin d'information sur leur niveau de connaissances et d'utilisation de la contraception, aussi bien en ce qui concerne les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles. L'information sur le nombre

d'adolescents et de jeunes qui ont des enfants, quand ils les ont, et si les naissances sont planifiées, est essentielle pour les prestataires de services, les éducateurs et les personnes en charge du plaidoyer qui travaillent en vue de renforcer la capacité des jeunes à prendre en main leur vie sexuelle et reproductive.

### SECTION 1: ACTIVITÉ SEXUELLE ET MARIAGE

Les indicateurs dans cette section donnent une image du moment où les adolescents et les jeunes adultes ont des rapports sexuels pour la première fois, et du moment où ils se marient—deux événements qui souvent n'ont pas lieu en même temps. Cette information est cruciale pour comprendre les besoins des jeunes en matière d'éducation sexuelle et de services de santé sexuelle et reproductive.

Dans la plupart des pays, le mariage représente une valeur importante. Dans de nombreux pays en développement, une large proportion de jeunes femmes sont mariées alors qu'elles sont encore adolescentes; l'activité sexuelle parmi les jeunes femmes non mariées est souvent mal considérée, voire interdite. La stigmatisation associée aux rapports sexuels avant le mariage crée des obstacles qui empêchent les jeunes femmes non mariées et sexuellement actives d'avoir accès aux services de santé dont elles ont besoin.

Les jeunes hommes ont tendance à se marier plus tard, en général entre 20 et 30 ans. De plus, il est en général mieux accepté socialement que les jeunes hommes soient sexuellement actifs avant le mariage, et en effet ils sont plus nombreux que les jeunes femmes à avoir des rapports sexuels avant le mariage.

L'âge du mariage a des implications cruciales pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes: pour certains, le mariage coïncide avec le début de leur activité sexuelle, alors que pour beaucoup d'autres, le mariage représente la légalisation ou la régularisation de leur activité sexuelle. Dans certaines régions du monde, le mariage est rapidement suivi de la naissance d'enfants; dans tous les pays, des jeunes femmes ou des jeunes hommes deviennent

parents sans être mariés.

Des variations concernant le mariage et la vie en union peuvent exister entre des sous-groupes de la population d'un même pays, en fonction des différentes normes et valeurs sociales. Ces variations doivent être prises en considération pour travailler dans un pays, ou lors de comparaisons entre pays ou régions. Le mariage peut apporter un important soutien social et émotionnel, et il correspond souvent à un meilleur accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Le mariage ne protège cependant pas nécessairement de la violence, du VIH et des autres IST, des grossesses non planifiées, du viol, des contraintes ou des abus sexuels. Il ne procure pas non plus forcément stabilité, sécurité, plaisir ou confort. Les rapports sexuels forcés, y compris dans le cadre du mariage, sont contraires aux normes internationalement reconnues relatives aux droits des femmes et aux droits sexuels de tous.<sup>7</sup>

Indépendamment de leur statut marital, toutes les jeunes femmes et tous les jeunes hommes ont le droit d'exprimer leur sexualité. Ils doivent pouvoir accéder à l'information et aux services nécessaires pour protéger leur santé sexuelle, y compris ceux liés à la contraception, la grossesse, les IST et le VIH.

## DÉFINITIONS

### 1. % de femmes 15–19 ans ayant déjà eu des rapports sexuels

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les adolescentes ont déjà vécu une ou des expériences sexuelles, indépendamment du fait qu'elles soient mariées/en union\* ou non.

### 2. % d'hommes 15–19 ans ayant déjà eu des rapports sexuels

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les adolescents ont déjà vécu une ou des expériences sexuelles, indépendamment du fait qu'ils soient mariés/en union ou non.

### 3. % de femmes 20–24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes femmes ont déjà vécu une ou des expériences sexuelles, indépendamment du fait qu'elles soient mariées/en union ou non.

### 4. d'hommes 20–24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes hommes ont déjà vécu une ou des expériences sexuelles, indépendamment du fait qu'ils soient mariés/en union ou non.

### 5. % de femmes 15–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes femmes ont leur première expérience sexuelle à un très jeune âge.

### 6. % d'hommes 15–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes hommes ont leur première expérience sexuelle à un très jeune âge.

### 7. % de femmes 18–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes femmes ont leur première expérience sexuelle avant l'âge de 18 ans, âge qui marque dans la plupart des pays la majorité légale ou le début de l'âge adulte.

### 8. % d'hommes 18–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes hommes ont leur première expérience sexuelle avant l'âge de 18 ans, âge qui marque dans la plupart des pays la majorité légale ou le début de l'âge adulte.

Limites relatives aux données en matière d'activité sexuelle:

**Définition de l'activité sexuelle:** les EDS contiennent plusieurs questions qui mentionnent l'activité sexuelle, sans la définir explicitement, laissant les personnes répondre en fonction de leur propre définition de l'activité sexuelle. Ceci dit, les EDS, quand elles utilisent le terme d'activité sexuelle, se réfèrent dans la plupart des cas à l'activité sexuelle vaginale. Les autres activités sexuelles, comme les baisers ou les caresses, ne sont pas mentionnées explicitement. De nombreux jeunes, si ce n'est pas la plupart d'entre eux, découvrent les activités sexuelles de façon progressive et (idéalement) d'une façon qui correspond à leur développement physique et émotionnel. Certains jeunes pratiquent aussi des activités avec des partenaires du

\*Partout dans ce Guide, le terme "marié(e)" se réfère aux personnes vivant en couple, qu'il s'agisse d'une union formelle et légale (reconnue par le gouvernement ou une institution religieuse) ou d'une union informelle et consensuelle, reconnue par la communauté.

même sexe, ce que la formulation des questions des EDS ne permet pas forcément de saisir. Ainsi, les activités sexuelles autres que le rapport vaginal ne sont pas incluses dans cette mesure.

**Stigmatisation de l'activité sexuelle des femmes:** en général, et surtout dans les communautés socialement conservatrices, nombreuses sont les adolescentes non mariées qui pourraient ne pas déclarer qu'elles sont sexuellement actives par peur de la stigmatisation sociale. Cela a pour résultat que l'activité sexuelle des femmes dans ces communautés ou ces pays est très vraisemblablement sous-estimée.

**Pression sociale autour de l'activité sexuelle des hommes:** il est possible que les adolescents et les jeunes hommes déclarent avoir commencé très jeunes à avoir des rapports sexuels dans des contextes où la pression culturelle dominante veut que ce soit une manière de démontrer sa masculinité. Cela a pour résultat que l'activité sexuelle des hommes pourrait être surestimée. Cependant, il y a très peu d'information disponible quant à la proportion de réponses influencées par la pression sociale.

## 9. % de femmes 15–19 ans ayant déjà été mariées/en union

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les adolescentes ont déjà été mariées ou ont déjà vécu en union avec un partenaire au moins une fois.

## 10. % d'hommes 15–19 ans ayant déjà été mariés/en union

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les adolescents ont déjà été mariés ou ont déjà vécu en union avec une partenaire au moins une fois.

## 11. % de femmes 20–24 ans ayant déjà été mariées/en union

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes femmes ont déjà été mariées ou ont déjà vécu en union avec un partenaire au moins une fois.

## 12. % d'hommes 20–24 ans ayant déjà été mariés/en union

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes hommes ont déjà été mariés ou ont déjà vécu en union avec une partenaire au moins une fois.

## 13. Âge médian lors du premier rapport sexuel, parmi les jeunes femmes

Cet indicateur mesure l'âge auquel la moitié des jeunes femmes ont eu leur premier rapport sexuel, qu'elles soient mariées/en union, ou non.

## 14. Âge médian lors du premier mariage/union, parmi les jeunes femmes

Cet indicateur mesure l'âge auquel la moitié des jeunes femmes se sont mariées ou ont commencé de vivre en union avec un partenaire pour la première fois.

## 15. Écart entre les âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/union, parmi les jeunes femmes

Cet indicateur fournit une estimation de la durée possible de l'activité sexuelle des jeunes femmes avant leur mariage/union.

## 16. Âge médian lors du premier rapport sexuel, parmi les jeunes hommes

Cet indicateur mesure l'âge auquel la moitié des jeunes hommes ont eu leur premier rapport sexuel, qu'ils soient mariés/en union ou non.

## 17. Âge médian lors du premier mariage/union, parmi les jeunes hommes

Cet indicateur mesure l'âge auquel la moitié des jeunes hommes se sont mariés ou ont commencé de vivre en union avec une partenaire pour la première fois.

## 18. Écart entre les âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/union, parmi les jeunes hommes

Cet indicateur fournit une estimation de la durée possible de l'activité sexuelle des jeunes hommes avant leur mariage/union.

Limites propres aux données en matière de mariage/union:  
La définition de "en union" dans les EDS exclut les unions de partenaires de même sexe.

## APPLICATIONS

### Programmation et fourniture de services

#### Utiliser les données

Les données sur le moment de l'initiation de l'activité sexuelle, les formes d'activité sexuelle et les pratiques matrimoniales des jeunes peuvent informer le développement de programmes et services qui répondent aux besoins de cette population en matière d'information et de services de santé sexuelle et reproductive.



Les données pour les sous-groupes (selon le lieu de résidence urbain/rural et les *quintiles de richesse*, disponibles sur le CD et le site internet de Guttmacher) permettent aux organisations d'offrir de l'information et des services adaptés à ces sous-groupes. Par exemple, en Inde, les adolescentes des zones rurales se marient à un plus jeune âge que celles qui vivent en zones urbaines: l'*âge médian* lors du premier mariage y est de 16,6 ans et de 19,2 ans, respectivement (indicateur 14). De même, en Zambie, 19% des adolescentes qui sont dans le quintile de richesse le plus bas (c'est-à-dire le cinquième des ménages les plus pauvres) ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (indicateur 5) contre seulement 7% des adolescentes du même âge parmi le quintile de richesse le plus élevé. Ces données indiquent que les adolescentes qui ont le plus grand besoin de prestations vivent souvent en zones rurales et dans des familles à bas revenus.

Ces données détaillées peuvent aider les responsables de programmes à développer des approches adaptées aux différentes situations de ces sous-groupes. Par exemple, pour les programmes qui prévoient de travailler avec des jeunes femmes vivant dans des zones rurales ou dans des foyers pauvres, il faudrait prendre en considération qu'une proportion importante de ces jeunes femmes sont mariées; pour ceux destinés à des femmes des zones urbaines ou vivant dans des foyers aisés, il faudrait tenir compte du fait que ces femmes ont une plus grande probabilité de ne pas être mariées.

Ce type d'information peut aussi amener des organisations prestataires de services à réallouer leur financement pour mener plus d'activités auprès de communautés rurales et désavantagées, organiser la distribution de méthodes contraceptives dans les communautés ou former des jeunes comme pairs éducateurs dans les communautés rurales et économiquement désavantagées.

Le décalage entre l'âge médian lors du premier rapport sexuel et celui lors du premier mariage fournit une idée de la prévalence des rapports sexuels avant le mariage. Par exemple, en Zambie, l'âge médian lors du premier rapport sexuel pour les femmes de 25 à 29 ans vivant en zone urbaine est de 17,9 ans (indicateur 13), alors que l'âge médian lors du premier mariage est de 20,1 ans (indicateur 14). Ces chiffres indiquent que la plupart des jeunes femmes zambiennes vivant en zones urbaines commencent à avoir des rapports sexuels environ deux ans avant de se marier. Si l'information et les services de santé sexuelle et reproductive ne sont disponibles que

pour les jeunes femmes mariées, cela signifie que 200 000 adolescentes zambiennes âgées de 15 à 19 ans, qui sont sexuellement actives, mais pas encore mariées, se retrouveront sans accès —ou avec un accès très restreint— à l'information et aux services qui sont pourtant essentiels pour elles.

### Répondre à la stigmatisation

Les jeunes peuvent être victimes de stigmatisation, voire criminalisés, s'ils ont des rapports sexuels avant un certain âge, ou avant ou en dehors du mariage. La honte et la peur qu'ils éprouvent peuvent les faire renoncer à utiliser les services de santé sexuelle ou à demander des informations.

Quand ils cherchent à obtenir des services de santé sexuelle et reproductive, les jeunes sont souvent confrontés à des attitudes discriminatoires, moralisantes et négatives de la part des prestataires de services. C'est pourquoi les organisations prestataires de services devraient faire en sorte que les jeunes se sentent à l'aise quand ils utilisent leurs services et que la confidentialité leur soit assurée. Les cliniques devraient afficher leurs règles de confidentialité, en précisant qu'elles s'appliquent à tous les clients. Les prestataires de services devraient aussi commencer chaque consultation en rassurant leurs jeunes clients quant au respect de la confidentialité.

Améliorer l'expérience vécue par les jeunes dans les cliniques peut contribuer de façon déterminante à changer les normes culturelles qui stigmatisent leur activité sexuelle. Les prestataires de services ont un rôle très important à jouer pour diminuer la stigmatisation, la honte, la peur et la gêne qui empêchent les jeunes non mariés de recourir aux prestations de services et d'exercer leurs droits en matière de sexualité.

Les prestataires de services devraient mettre en place des mesures spéciales pour aller activement à la rencontre des jeunes. Ils devraient aussi s'impliquer dans la lutte contre la stigmatisation, par des activités d'éducation et de conscientisation de la communauté. Au vu de la stigmatisation qui entoure la sexualité des adolescentes et adolescents et, dans une moindre mesure, celle des jeunes adultes, les prestataires de services doivent aller activement vers les jeunes plutôt que d'attendre que ceux-ci viennent dans les cliniques ou dans d'autres lieux offrant des services de santé. Les écoles, les clubs de jeunes et les centres communautaires sont des endroits où les jeunes se sentent à l'aise et où les prestataires de services peuvent s'établir pour répondre à leurs besoins.

Il y a plusieurs manières de s'assurer que les adolescentes et adolescents, ainsi que les jeunes adultes, aient accès à l'information et aux services. En général, il est utile que les heures d'ouverture des cliniques tiennent compte des jeunes qui fréquentent encore l'école. Il faudrait par exemple que les cliniques soient ouvertes les fins de semaine ou après les heures d'école. Une autre manière d'atteindre les jeunes est d'organiser des stands d'information lors de manifestations sportives, de festivals de musique ou d'autres événements fréquentés par les jeunes. Un autre pas essentiel pour améliorer l'accès est d'éliminer autant que possible les obstacles pratiques et logistiques.

### **Mariage et éducation**

Les jeunes gens mariés sont souvent considérés comme des adultes, alors qu'en réalité, beaucoup d'entre eux sont encore des adolescents et ont besoin d'un soutien particulier pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, il peut s'avérer difficile pour les adolescentes mariées à des partenaires plus âgés d'être autonomes et de négocier des relations sexuelles sans risque. En raison d'un rapport de pouvoir inégal dû à la différence d'âge avec leur conjoint, elles sont en général plus vulnérables que les autres femmes face aux violences domestiques, aux IST et aux grossesses non planifiées.<sup>8-10</sup>

Les femmes qui se marient pendant l'adolescence peuvent se voir forcées de quitter l'école, diminuant ainsi leurs chances de trouver un emploi dans le futur et de gagner leur vie. De plus, elles risquent aussi de manquer l'éducation sexuelle offerte dans le cadre de l'école, qui pourtant pourrait leur fournir de l'information et des compétences cruciales pour pouvoir prendre leurs décisions en toute connaissance de cause. Les prestataires de services devraient tenir compte des besoins spéciaux des adolescentes mariées et mettre en place des mesures pour s'assurer qu'elles disposent de l'information et des compétences adéquates pour bien gérer leur santé sexuelle et reproductive.

### **Les besoins des jeunes hommes**

Les jeunes hommes ont des besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive. L'information transmise lors d'activités de communication ou de conseil devrait viser à les rassurer, et faire en sorte qu'ils se sentent écoutés et capables d'utiliser des préservatifs. Les programmes devraient aussi contribuer à améliorer

leurs compétences sociales et leur compréhension de la santé sexuelle, ainsi que des avantages que des relations équitables peuvent comporter. Les jeunes hommes devraient être encouragés à devenir responsables de leurs comportements sexuels et à protéger leur santé, leurs droits et leur bien-être, mais aussi ceux de leurs partenaires et de leur famille.

Dans de nombreux pays, les jeunes hommes ont tendance à avoir des rapports sexuels plus tôt que les jeunes femmes. Au Guatemala, par exemple, l'âge médian lors du premier rapport sexuel pour les hommes (indicateur 16) est de 17,0 ans, alors qu'il est de 18,4 ans pour les femmes (indicateur 13). Les jeunes hommes tendent aussi à se marier ou à vivre en union plus tard que les femmes (à 23,0 ans contre 19,4 ans pour les femmes). Ainsi, les jeunes hommes restent non mariés, tout en étant sexuellement actifs, pour une période plus longue que les jeunes femmes. Pendant toute cette période, ils ont besoin d'information et de services pour protéger leur santé et celle de leurs partenaires. Les données pour la Zambie, par exemple, montrent que le décalage entre l'âge médian lors du premier rapport sexuel et celui du premier mariage est de 5,4 ans pour les hommes en zone rurale et de 7,1 ans en zone urbaine (indicateur 18). De façon assez contrastée, ce même décalage est pour les femmes (indicateur 15) de seulement 1,1 an pour celles vivant en zones rurales et de 2,2 ans pour celles vivant en zones urbaines.

Ces exemples fournissent quelques informations sur le comportement sexuel et les pratiques matrimoniales des jeunes hommes et jeunes femmes au Guatemala et en Zambie. Il est important de noter toutefois que toute activité sexuelle au sein du mariage n'est pas forcément sans risques ou consensuelle; de même, toute activité sexuelle en dehors du mariage n'est pas forcément risquée et problématique. Afin de changer les normes culturelles qui renforcent ces suppositions, toute personne défendant la santé et les droits sexuels peut utiliser les données du guide pour informer sur les besoins concrets et les pratiques avérées des jeunes.

Les planificateurs de programmes peuvent utiliser cette information pour faire en sorte que les services répondent bien aux besoins des jeunes hommes et des jeunes femmes en matière de santé sexuelle. Il faudrait aussi veiller à ce que les jeunes qui ne sont pas mariés se sentent à l'aise lorsqu'ils ont recours à des services de santé sexuelle, et qu'ils ne se sentent pas stigmatisés. Les organisations prestataires de services ont aussi un

rôle à jouer pour garantir que les communautés soutiennent l'accès des jeunes non mariés aux services de santé sexuelle et reproductive.

Les jeunes hommes jouissent souvent de plus d'autonomie en dehors de la maison que les jeunes femmes. Mais cette liberté peut aussi comporter une plus grande pression de la part des pairs pour être sexuellement actifs (pour autant que ces désirs s'adressent à des femmes). Certains jeunes hommes peuvent vouloir retarder le début de leur activité sexuelle, mais subissent une forte pression pour "prouver leur masculinité" par des comportements sexuels précoces, fréquents et parfois même agressifs. Dans de nombreux contextes, il est attendu des jeunes hommes qu'ils prennent des risques, notamment:

- qu'ils se montrent physiquement violents (aussi bien envers des personnes qu'ils connaissent qu'envers des inconnus);
- qu'ils évitent de se faire soigner, ou même qu'ils refusent d'admettre qu'ils sont malades ou ont été blessés;
- qu'ils "prouvent" leur hétérosexualité, par exemple, en ayant des rapports hétérosexuels ou même en concevant un enfant;
- qu'ils aient des rapports sexuels non protégés (augmentant ainsi leur risque d'infection au VIH); et
- qu'ils prennent des risques physiques, y compris au volant d'un véhicule ou en consommant des drogues ou de l'alcool.<sup>10</sup>

Les jeunes hommes devraient par conséquent recevoir une information complète —idéalement avant de devenir sexuellement actifs— pour comprendre et gérer les pressions qu'ils subissent et les risques auxquels ils font face, afin de protéger leur santé et leurs droits en matière de sexualité.

## Information et éducation en matière de sexualité

### Utiliser les données—initiation de l'activité sexuelle

Informer les jeunes sur la santé sexuelle et reproductive avant même qu'ils ne débutent leur activité sexuelle augmente leur capacité à protéger leur santé et leur bien-être, améliorant ainsi la probabilité qu'ils s'engagent dans des relations sexuelles saines et diminuant le risque de problèmes de santé tels que:<sup>9-11</sup>

- les infections au VIH
- les autres infections sexuellement transmissibles (IST)
- les grossesses précoces et non planifiées

- les avortements non médicalisés
- les violences sexuelles.

Bien que certains adolescents deviennent sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans (indicateurs 5 et 6), ils sont plus nombreux à commencer à avoir des rapports sexuels plus tard dans l'adolescence. Dans 21 pays (sur les 26 ayant des données pour cet indicateur), un tiers ou plus des jeunes femmes commencent à être sexuellement actives avant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire; dans huit de ces pays, cette proportion s'élève même de plus de 50%. En conséquence, toutes les adolescentes ont besoin d'information en matière de santé et de droits sexuels dès le début de leur adolescence. Tous les enfants et les jeunes ont le droit d'avoir accès aux informations nécessaires pour pouvoir prendre leurs décisions en toute connaissance de cause quant à leur santé et à leur bien-être.

Les jeunes peuvent aussi s'engager dans des activités sexuelles, comme des rapports oraux ou anaux (qui ne sont en général pas mesurés par les enquêtes de population, y compris les EDS), avant le premier rapport sexuel (présupposé dans ces enquêtes comme étant un rapport sexuel vaginal), ce qui justifie d'autant plus de donner de l'information en matière de santé sexuelle avant l'âge du premier rapport sexuel. Le moment du premier rapport sexuel indique aussi l'âge auquel les jeunes devraient au plus tard commencer à recevoir des conseils et du soutien, afin de développer leurs compétences pour prendre des décisions en ce qui concerne leur activité sexuelle, leur santé et leurs droits sexuels, soit autant d'aspects qui peuvent être améliorés grâce à l'éducation sexuelle.

Ces données sont utiles pour soutenir une argumentation basée sur les droits des jeunes d'obtenir de l'information et une éducation en matière de sexualité. Les décideurs, les éducateurs et les responsables de programmes devraient utiliser ces données pour déterminer quand enseigner aux adolescents quels sujets et compétences en particulier, en gardant à l'esprit que des activités comme les baisers, les caresses ou les rapports oraux, ainsi que des expériences de pressions exercées par les pairs, peuvent précéder les premiers rapports sexuels.

### Offrir l'éducation à la sexualité aussi en dehors de l'école

Étant donné qu'un nombre important de jeunes hommes et jeunes femmes ne vont pas à l'école, une éducation complète en matière de sexualité devrait être offerte dans des contextes autres que les salles de classe. Par exemple, en Zambie, seulement 35% des jeunes femmes et 38% des jeunes hommes poursuivent leur scolarité

au niveau secondaire (indicateurs 63 et 64). Ces données indiquent que la majorité des jeunes en Zambie ont besoin d'alternatives éducatives en dehors de l'école. Ils ont par ailleurs aussi besoin de recevoir des informations appropriées à leur âge tant qu'ils sont encore à l'école primaire. Les programmes communautaires et radiophoniques peuvent être des manières efficaces d'atteindre les jeunes qui ne vont pas à l'école, y compris les jeunes femmes qui ont quitté l'école parce qu'elles se sont mariées ou sont devenues mères.

### **Aborder les normes de genre**

Mettre l'accent sur l'égalité de genre et le respect des droits sexuels des jeunes est essentiel pour que les adolescents et les jeunes adultes puissent décider en toute connaissance de cause de leurs rapports sexuels, leur sexualité et leur santé, et transformer ensuite ces décisions en actions. Les normes de genre, c'est-à-dire les valeurs et les rôles que les sociétés attribuent aux hommes et aux femmes, ainsi que les inégalités de genre, ont une influence directe sur ce qu'on a appelé les comportements sexuels à risque. Des attitudes égalitaires par rapport au genre sont associées à des comportements plus sûrs, comme notamment l'utilisation systématique de la contraception et du préservatif.<sup>11</sup> L'éducation sexuelle devrait traiter les questions liées au genre (y compris les rapports de pouvoir inégaux entre hommes et femmes), et promouvoir l'égalité des droits. Elle devrait également dissiper les mythes sur la virginité et les diverses formes d'activité sexuelle, en présentant aux jeunes des faits plutôt que des opinions.

## **Plaidoyer**

### **Dissiper les mythes courants**

Les données sur l'activité sexuelle fournissent des arguments fondés scientifiquement qui réfutent l'idée erronée et très courante selon laquelle les adolescents ne seraient pas sexuellement actifs, ni exposés au risque de grossesse non planifiée ou d'infection au VIH. Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser cette information pour montrer aux décideurs que les jeunes ont besoin, en réalité, d'information et de services de santé sexuelle.

Les tableaux à la fin de ce chapitre, ainsi que les versions plus détaillées pour chaque pays incluses dans le CD et sur le site internet de Guttmacher, fournissent des informations sur l'ampleur et le moment du début de l'activité sexuelle des jeunes. Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser cette information pour proposer

des recommandations spécifiques (c'est-à-dire, quelles informations et quels services sont nécessaires à quel âge), afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

Par exemple, 14% des jeunes femmes en Zambie ont leur premier rapport sexuel avant d'avoir 15 ans (indicateur 5) et 59% avant d'avoir 18 ans (indicateur 7), ce qui signifie qu'elles sont nombreuses à avoir un premier rapport sexuel entre les âges de 15 et 18 ans. De façon comparable, au Guatemala, 20% des hommes ont leur premier rapport sexuel avant d'avoir 15 ans (indicateur 6) et 60% avant d'avoir 18 ans (indicateur 8). Les données sur le moment auquel les adolescents deviennent sexuellement actifs sont essentielles pour argumenter quant à la nécessité de donner des informations relatives à la santé sexuelle à tous les adolescentes et adolescents. L'âge médian lors du premier rapport sexuel fournit une mesure utile dans le sens où elle montre à quel âge la moitié de la population a déjà eu des rapports sexuels. L'information et les services de santé sexuelle devraient être offerts bien avant l'âge des premiers rapports sexuels. Cette mesure apporte une information concrète sur l'ampleur et le moment du début des rapports sexuels, et devrait donc aider les personnes en charge du plaidoyer à argumenter quant au besoin d'offrir une éducation sexuelle bien avant cet âge médian.

### **Mariage des adolescents—comportements sexuels et impact social**

Dans certains pays, les femmes sont nombreuses à se marier alors qu'elles sont encore adolescentes. Les données pour le mariage des adolescentes dans les zones rurales montrent par exemple qu'un quart (26%) des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans en Zambie et un tiers (33%) des jeunes femmes âgées de 15 à 19 en Inde ont déjà été mariées/en union (indicateur 9). De telles données peuvent être utilisées pour justifier le besoin d'offrir des moyens contraceptifs et de mettre en place des programmes d'éducation sexuelle qui aident les jeunes à protéger leur santé et à choisir si, et à quel moment ils veulent avoir des enfants. Ces taux élevés de mariage/union parmi les adolescentes soulignent aussi l'importance de faire en sorte que les jeunes femmes aient accès à l'éducation et puissent décider de façon autonome si elles veulent se marier, et à quel moment.

Le mariage implique habituellement que les conjoints ont une activité sexuelle, mais être mariés ou en union n'implique pas forcément l'envie d'avoir des enfants immédiatement, ou de façon rapprochée; on peut aussi souhaiter ne pas avoir d'enfant du tout. Les personnes en

charge du plaidoyer peuvent argumenter que des proportions élevées de mariage/union parmi les adolescents indiquent un besoin particulièrement important d'offrir à toutes les jeunes femmes la possibilité d'accéder à de l'information et des prestations adéquates, pour leur permettre de mieux planifier leur famille et de prévenir des grossesses non planifiées.

Dans certains contextes, le *mariage précoce* peut réduire les possibilités des jeunes femmes de poursuivre des études et de mieux gagner leur vie; il peut aussi limiter leur autonomie et les isoler socialement. Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser les données sur le mariage pour faire du lobbying en faveur de l'application de restrictions légales concernant le mariage précoce et pour soutenir la promotion de politiques et programmes qui améliorent les possibilités des adolescentes d'aller à l'école et de travailler.

Les données sur le mariage des adolescentes montrent également à quel point la pratique ne correspond pas toujours à la loi. En Inde, par exemple, l'âge légal du mariage est de 18 ans, alors que l'âge médian du mariage pour les femmes est de 17,3 ans au plan national et 16,6 ans dans les régions rurales (indicateur 14); cela signifie que la moitié des jeunes femmes étaient déjà mariées avant d'atteindre cet âge.<sup>12-13</sup> Ces chiffres peuvent être utilisés pour plaider en faveur de plus de ressources et de campagnes d'éducation afin que les parents connaissent ce que la loi prescrit et que la loi soit respectée.

Souvent le décalage entre l'âge médian des premiers rapports sexuels et celui du premier mariage est plus grand pour les jeunes hommes que pour les jeunes femmes. Par exemple, au Guatemala, ce décalage est d'une année pour les femmes (indicateur 15) et de six ans pour les hommes (indicateur 18). Cela signifie que les jeunes hommes sont plus longtemps sexuellement actifs avant leur mariage que les jeunes femmes. Il est par conséquent probable qu'ils aient plus de partenaires sexuelles avant le mariage que les jeunes femmes. Ces chiffres peuvent être utilisés pour demander que les jeunes hommes aient un meilleur accès aux préservatifs dans les écoles et la communauté, afin de prévenir le VIH, les autres IST et les grossesses non planifiées.

## GUIDE DE DISCUSSION

### Activité sexuelle

- Si un nombre significatif de jeunes ont déjà eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, à quel âge devrait-on leur donner des informations sur la santé sexuelle et reproductive? Qui devrait le faire? Comment? Où?
- Quels problèmes de santé sexuelle et reproductive peuvent avoir les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans? Est-ce que ces problèmes sont différents de ceux des jeunes filles de moins de 15 ans qui sont sexuellement actives? Si oui, pourquoi?
- Etant donné les problèmes de santé sexuelle et reproductive que les adolescentes et adolescents de moins de 15 ans peuvent rencontrer, quels sont les services nécessaires pour répondre à leurs besoins?
- Les regrets qu'expriment certains jeunes d'avoir commencé très tôt à avoir des rapports sexuels sont souvent à mettre en relation avec des contraintes et des pressions—généralement exercées par des jeunes hommes sur des jeunes femmes, mais qui peuvent aussi s'exercer de façon plus collective, au sein de groupes de pairs des deux sexes. Comment ce phénomène pourrait-il être abordé par les programmes d'éducation sexuelle et les services fournis par votre organisation?
- Etant donné qu'il y a des jeunes adolescents et adolescentes qui ont besoin d'information et de services de santé sexuelle et reproductive avant l'âge de 15 ans, quelles sont les obstacles qu'ils pourraient rencontrer pour les obtenir? Comment faites-vous dans votre travail pour éviter ces barrières? Que pourriez-vous faire de plus?
- Où et de la part de qui allez-vous trouver du soutien pour les services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents, aux adolescentes et aux jeunes adultes?
- Quelles compétences sociales devrait-on enseigner aux adolescents et adolescentes de moins de 15 ans pour les préparer au moment où ils commenceront à avoir des rapports sexuels?
- Comment les adolescents et les adolescentes se débrouillent-ils pour mener leur vie sexuelle dans des contextes sociaux conservateurs?

## Mariage

- Dans quelques-uns des 30 pays inclus dans ce guide, les enquêtes EDS n'interrogent que les femmes qui ont déjà été mariées (Bangladesh, Egypte, Indonésie, Pakistan et Vietnam), de telle sorte qu'il n'y a pas d'information sur les femmes non mariées. Ces enquêtes fournissent cependant des informations sur le moment du mariage. Pensez-vous que cette information, même limitée, est utile? Que pouvez-vous faire pour avoir une idée, même générale, de l'expérience sexuelle des jeunes femmes qui ne sont pas mariées?
- Quels sont les risques spécifiques que rencontrent les jeunes femmes mariées/en union?
- Que peut-on faire pour augmenter la prise de conscience par rapport au droit des jeunes femmes de choisir si, et quand avoir des enfants (et ceci même si leur choix est différent de celui de leur conjoint)?
- Qu'est-ce qui pourrait être changé au niveau des politiques sociales et de la santé dans votre pays pour (mieux) répondre aux besoins spécifiques des jeunes femmes qui se marient précocement?
- Quels sont les changements au niveau de ces politiques qui pourraient répondre aux besoins des adolescentes qui ont été mariées, mais ne le sont plus?
- Dans quelle mesure les parents ou la famille élargie influencent-ils le mariage précoce des filles? Quelles sont les réponses politiques possibles au mariage forcé?
- Quels sont les obstacles principaux (ou les tabous) qui empêchent de répondre aux besoins des adolescents et adolescentes en matière de services de santé sexuelle et reproductive et en matière de protection de leurs droits sexuels? (qui incluent, entre autres, le droit à l'information, l'éducation et l'accès aux services de santé; le droit d'être à l'abri du mariage précoce et forcé; le droit à l'intégrité physique, et le droit à la vie privée).
- Comment les services de santé sexuelle et reproductive peuvent-ils répondre aux situations de violence sexuelle et de viol conjugal?

## Droits sexuels et égalité de genre

- Pouvez-vous donner des exemples de comment vous avez rendu vos programmes plus sensibles à la dimension du genre?
- Faire plus en faveur des jeunes femmes et des filles: quelles seraient vos trois priorités principales?

- Les proportions de jeunes hommes et de jeunes femmes qui ont commencé d'avoir des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans sont significativement différentes. Qu'est-ce que ces différences révèlent des normes et de la violence de genre, ainsi que de l'égalité de genre dans votre pays?
- Comment faites-vous pour présenter dans vos programmes une approche positive de la diversité sexuelle et les différentes formes d'expression sexuelle (autres que les rapports sexuels)?
- Comment répondez-vous dans vos programmes à la question de l'inégalité entre les jeunes hommes et les jeunes femmes?
- Que faites-vous pour les garçons et les jeunes hommes? Comment vous adressez-vous à eux en particulier, et est-ce que cela fonctionne bien?

## SECTION 2: CONNAISSANCES, UTILISATION ET BESOINS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

### DÉFINITIONS

#### 19. % de femmes 15–19 ans n'ayant pas entendu parler récemment de planification familiale, dans aucun des 3 médias courants

Cet indicateur mesure l'ampleur de l'exposition des adolescentes à des messages de planification familiale pour les principaux médias de communication (radio, télévision ou journal) pendant les mois précédant l'enquête.

#### 20. % d'hommes 15–19 ans n'ayant pas entendu parler récemment de planification familiale dans aucun des 3 médias courants

Cet indicateur mesure l'ampleur de l'exposition des adolescents à des messages de planification familiale pour les principaux médias de communication (radio, télévision ou journal) pendant les mois précédant l'enquête.

**Limites en matière d'exposition à des messages de planification familiale:** cet indicateur mesure à quel point les jeunes ont entendu parler de planification familiale grâce à ces trois médias pendant les mois précédant l'enquête, mais il ne donne aucune information sur le contenu des messages. L'information sur la planification familiale fournie par la télévision, la radio ou les journaux peut être inexacte ou idéologiquement orientée, et de ce fait promouvoir des mythes ou

des conceptions erronées. Cet indicateur ne concerne pas non plus tous les autres moyens à disposition pour renseigner les adolescents sur la planification familiale. Les adolescents peuvent en effet aussi recevoir des informations à travers d'autres sources, comme l'école, la famille, les amis ou internet.

## 21. Nombre moyen de méthodes de contraception modernes connues des femmes âgées de 15 à 19 ans

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes femmes connaissent les méthodes de contraception modernes, à savoir: la stérilisation, la pilule contraceptive, le patch, le DIU (dispositif intra utérin ou stérilet), les injectables, les implants, le préservatif masculin ou féminin, le diaphragme et les spermicides (notamment mousse ou gel).

Limites liées à la "connaissance" des méthodes contraceptives modernes: avoir entendu parler d'une méthode, peut juste signifier être au courant de son existence, et n'implique pas une connaissance suffisante sur où l'obtenir et comment l'utiliser. Ainsi cet indicateur ne mesure pas une connaissance complète et approfondie des méthodes contraceptives, mais plutôt un niveau de connaissance très général qui peut être assez superficiel.

## 22. % de femmes 15–19 ans, sexuellement actives\*, jamais mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive

Cet indicateur mesure à quel point les adolescentes sexuellement actives et qui n'ont jamais été mariées ou en union utilisent au moment de l'enquête une méthode contraceptive, moderne ou traditionnelle, pour prévenir une grossesse.

## 23. % de femmes 15–19 ans, mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive

Cet indicateur mesure à quel point les adolescentes mariées/en union utilisent au moment de l'enquête une méthode contraceptive, moderne ou traditionnelle, pour prévenir une grossesse.

## 24. % d'hommes 15–24 ans, sexuellement actifs et utilisant actuellement une méthode contraceptive

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes hommes sexuellement actifs utilisent, ou déclarent que leurs partenaires utilisent, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle pour prévenir une grossesse.

## 25. % de femmes 15–19 ans, sexuellement actives, jamais mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne

Cet indicateur mesure à quel point les adolescentes sexuellement actives et qui n'ont jamais été mariées/en union utilisent, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive efficace pour prévenir une grossesse.

## 26. % de femmes 15–19 ans, mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne

Cet indicateur mesure à quel point les adolescentes mariées/en union utilisent au moment de l'enquête une méthode contraceptive efficace pour prévenir une grossesse.

## 27. % d'hommes 15–24 ans, sexuellement actifs et utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes hommes sexuellement actifs utilisent, ou déclarent que leurs partenaires utilisent, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive efficace.

## 28. % d'hommes 15–24 ans, sexuellement actifs et utilisant actuellement le préservatif

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes hommes sexuellement actifs ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

## 29. % de femmes 15–19 ans, sexuellement actives, jamais mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive traditionnelle

Cet indicateur mesure à quel point les adolescentes sexuellement actives qui n'ont jamais été mariées ou en union utilisent, au moment de l'enquête, des méthodes contraceptives traditionnelles, moins efficaces pour prévenir une grossesse, comme l'abstinence périodique, le retrait, l'allaitement, ou d'autres méthodes spécifiques à chaque pays.

\*Pour cet indicateur, et pour les indicateurs 24, 25, 27, 28, 29, 31 et 32) "sexuellement actif(ve)" est défini comme ayant eu des rapports sexuels au cours des trois derniers mois. Les femmes mariées/en union sont considérées comme étant sexuellement actives. De plus, les indicateurs 24, 27, 28 et 31 incluent tous les hommes sexuellement actifs qu'ils soient mariés/en union, ou non.

### 30. % de femmes 15–19, mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive traditionnelle

Cet indicateur mesure à quel point les adolescentes mariées ou en union utilisent au moment de l'enquête des méthodes contraceptives traditionnelles, moins efficaces pour prévenir une grossesse.

### 31. % d'hommes 15–24, sexuellement actifs et utilisant actuellement une méthode contraceptive traditionnelle

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes hommes sexuellement actifs utilisent, ou déclarent que leurs partenaires utilisent, au moment de l'enquête, des méthodes contraceptives traditionnelles, moins efficaces pour prévenir une grossesse.

**Limites liées aux déclarations d'utilisation de méthodes contraceptives:** pour les questions sur l'utilisation des méthodes contraceptives, il est possible que les femmes ne mentionnent pas dans leurs réponses le préservatif masculin (ou, dans une moindre mesure, la stérilisation masculine), parce que ce ne sont pas elles qui les utilisent. De la même façon, les hommes peuvent ne pas être au courant des méthodes utilisées par leurs partenaires sexuelles, comme le DIU ou la pilule. Ces deux possibilités peuvent entraîner une sous-estimation de l'utilisation de méthodes contraceptives. D'un autre côté, certains adolescents ou adolescentes peuvent déclarer qu'ils utilisent une méthode contraceptive à cause de la pression sociale pour le faire, alors qu'en fait, ils pourraient ne pas l'utiliser. Ceci peut entraîner une surestimation de l'utilisation de méthodes contraceptives.

### 32. % de femmes 15–19 ans, sexuellement actives, jamais mariées/en union et ayant des besoins de contraception non satisfaits

Cet indicateur mesure l'ampleur des besoins de contraception non satisfaits parmi les adolescentes qui n'ont jamais été mariées ou en union, sont sexuellement actives, n'utilisent pas de méthode contraceptive et peuvent donc devenir enceintes, alors qu'elles préféreraient éviter une grossesse dans les deux ans à venir ou en tout temps.

**Limites liées à la définition de l'activité sexuelle:** les EDS contiennent plusieurs questions qui mentionnent les rapports sexuels, sans les définir explicitement, laissant les personnes répondre en fonction de leur propre définition. Référez-vous au glossaire pour la définition complète de "rapport sexuel" et de "sexuellement actif". Les femmes mariées ou en union sont considérées comme étant sexuellement actives, c'est-à-dire qu'elles ont eu des rapports sexuels pendant les trois mois précédant l'enquête. Les indicateurs 24, 27, 28 et 31 concernent tous les hommes sexuellement actifs, qu'ils soient mariés/en union, ou non.

### 33. % de femmes 15–19 ans, mariées/en union et ayant des besoins de contraception non satisfaits

Cet indicateur mesure l'ampleur des besoins de contraception non satisfaits parmi les adolescentes mariées qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et peuvent donc devenir enceintes, alors qu'elles préféreraient éviter une grossesse pendant les deux ans à venir ou en tout temps.

## APPLICATIONS

### Programmation et fourniture de services

#### Évaluer l'utilisation et les besoins en matière de contraception

Les jeunes ont le droit à la santé, y compris le droit d'obtenir de l'information et des services de santé sexuelle et reproductive. Ayant pour toile de fond les informations sur l'activité sexuelle de la section I de ce chapitre, les prestataires de services et les planificateurs de programmes peuvent utiliser cette section pour identifier les lacunes en matière de connaissances et d'utilisation de la contraception parmi les jeunes.

Les indicateurs 22, 25, 29 et 32 montrent le niveau général d'utilisation et de besoins de contraception non satisfaits parmi les adolescentes qui n'ont jamais été mariées ou en union et sont sexuellement actives. Ces chiffres peuvent aider les prestataires de services et les responsables de programmes à mieux comprendre le niveau des besoins de cette population en matière de services de santé sexuelle et reproductive.

Par exemple, en Zambie, seulement 28% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans qui sont sexuellement actives et n'ont jamais été mariées/en union utilisent une méthode contraceptive (indicateur 22), et 64% d'entre elles ont des besoins non satisfaits en matière de contraception (indicateur 32). Connaître le niveau de besoins non satisfaits des adolescentes en milieu urbain et rural, dans les ménages pauvres et riches, peut aider les organisations à cibler leurs actions et à considérer par exemple des baisses de prix pour les adolescentes les plus pauvres. De même, les données concernant les connaissances en matière de méthodes contraceptives (indicateur 21) et l'exposition à des messages de planification familiale (indicateurs 19 et 20) peuvent aussi fournir des indications quant aux interventions à mener pour améliorer le niveau de connaissances des jeunes.



De plus, pour augmenter l'utilisation de la contraception et réduire les grossesses non planifiées, les conseillers en planification familiale devraient aider les jeunes femmes à changer de méthodes si la méthode qu'elles utilisent leur pose des problèmes.

Les jeunes qui sont mariés ou en union ont aussi le droit de décider si et quand avoir des enfants; ainsi, améliorer leurs connaissances et leur accès à la contraception est aussi important que pour des jeunes qui ne sont pas mariés/pas en union. Les chiffres sur la prévalence du mariage parmi les adolescentes (indicateur 9), ainsi que ceux sur l'utilisation de la contraception et sur les besoins non satisfaits parmi les adolescentes mariées/en union (indicateurs 23, 26, 30 et 33) peuvent aider les prestataires de services et les planificateurs de programmes à diriger leurs efforts pour que les adolescentes mariées/en union disposent de l'information et des services dont elles ont besoin pour décider du moment et de l'espacement de leurs grossesses. Par exemple, en Inde, 13% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui sont mariées/en union utilisent une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit (indicateur 23), alors qu'elles sont bien plus nombreuses, 27%, à avoir des besoins de contraception non satisfaits (indicateur 33). Ce dernier chiffre indique qu'il existe un désir relativement important parmi les adolescentes mariées/en union d'éviter une grossesse. Ainsi, proposer des services en matière de contraception aux adolescentes mariées ou en union est important, en particulier dans les pays où le délai entre le mariage et la grossesse est court.

## Information et éducation en matière de sexualité

### Accéder aux connaissances en matière de contraception

Avoir certaines connaissances est très important pour obtenir et utiliser efficacement la contraception. Étant donné qu'une proportion importante de jeunes deviennent sexuellement actifs ou actives pendant l'adolescence, il est essentiel qu'ils disposent, avant l'âge de 15 ans, d'une information complète sur la sexualité, les relations et la contraception; il faut aussi les aider à acquérir des compétences, comme la communication avec les partenaires, et la capacité de prendre des décisions de façon indépendante et en toute connaissance de cause. Les jeunes doivent pouvoir trouver la méthode contraceptive qui répond le mieux à leurs besoins individuels. Il faut faire en sorte qu'ils puissent prendre leurs décisions concernant leur santé, leur bien-être et leurs relations de façon autonome et en toute connaissance de cause. Les jeunes sont mieux préparés à faire de tels choix s'ils ont été ren-

du attentifs à l'existence de normes sociales et de rôles liés au genre, qui peuvent promouvoir des dynamiques relationnelles inévitables, et s'ils sont capables de mettre en question ces normes et ces rôles.

Une éducation complète à la sexualité devrait inclure bien plus que juste des informations sur la contraception. Les chiffres présentés ici se limitent à illustrer dans quelle mesure les jeunes sont informés sur la contraception. Les chiffres sur l'exposition aux messages de planification familiale (indicateurs 19 et 20), le nombre de méthodes connues en moyenne (indicateur 21) et l'utilisation de la contraception (indicateurs 22–31) peuvent aider les éducateurs à identifier les lacunes les plus importantes en matière de contraception et de comportements de protection. Le manuel *Un seul programme*<sup>14</sup> représente une ressource de référence pour les éducateurs; il propose notamment des activités et des orientations en matière de contraception.

Les chiffres sur les besoins de contraception non satisfaits (indicateurs 32 et 33) révèlent les lacunes en matière d'accès à des services contraceptifs de qualité pour les adolescentes mariées/en union et non mariées/pas en union.

### Améliorer les connaissances quant aux services de santé sexuelle

Un manque de connaissances des méthodes contraceptives et l'incapacité d'accéder à des services sont les raisons communément invoquées pour expliquer pourquoi les jeunes n'utilisent pas de contraception. Par exemple, 64% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans en Zambie n'ont pas entendu parler récemment de planification familiale ni à la radio, ni à la télévision, ni dans les journaux (indicateur 19). Les connaissances en matière de contraception sont pourtant relativement élevées en Zambie, puisque les jeunes femmes de 15 à 19 ans ayant répondu à l'enquête connaissent en moyenne 3,5 méthodes (indicateur 21) et 76% des femmes de 15 à 24 ans déclarent connaître une source pour obtenir des préservatifs (indicateur 43). Pourtant, ce niveau de connaissances ne signifie pas forcément que ces femmes aient accès à des contraceptifs, ni qu'elles en utilisent. Ce décalage entre connaissance et usage est très important parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans qui n'ont jamais été mariées/en union et qui sont sexuellement actives. En effet, seulement 28% d'entre elles utilisent une méthode de contraception, quelle qu'elle soit (indicateur 22), alors que 64% ont des besoins non satisfaits en matière de contraception (indicateur 32).

Les jeunes hommes sont généralement bien informés au sujet des préservatifs et savent où s'en procurer. Par contre, ils ont besoin d'être mieux informés sur le VIH et sur les autres méthodes contraceptives, afin de pouvoir en discuter avec leurs partenaires et les utiliser. Par exemple, en Zambie, 88% des jeunes hommes connaissent une source pour obtenir des préservatifs (indicateur 44), mais seulement 37% ont une connaissance approfondie sur le VIH (indicateur 48), et 58% des adolescents de 15 à 19 ans n'ont pas entendu parler récemment de planification familiale à la radio, à la télévision, ou dans les journaux (indicateur 20). Ce manque de connaissances est plus important dans les zones rurales, où seulement 29% des jeunes hommes ont une connaissance approfondie sur le VIH et 69% des adolescents n'ont pas entendu parler récemment de planification familiale à la radio, à la télévision, ou dans les journaux.

## Plaidoyer

### Communiquer les lacunes en matière de connaissances, utilisation et besoins de contraception

Les informations fournies dans cette section montrent l'ampleur des besoins et de l'usage de contraception de la part des jeunes. Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser cette information pour faire du lobbying auprès des décideurs et des ministères de l'éducation et de la santé, afin que l'information et des services de contraception soient mis à disposition des jeunes.

Les indicateurs 32 et 33 sur les besoins de contraception non satisfaits des adolescentes peuvent être utilisés pour plaider auprès des ministères des finances et de la santé afin qu'ils augmentent les fonds destinés à l'achat de produits contraceptifs et que soient mis en place des services qui tiennent compte des besoins des jeunes. Par exemple au Guatemala, parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, 26% de celles qui sont mariées/en union et 55% de celles qui ne sont pas mariées ou en union et sont sexuellement actives ont des besoins non satisfaits en matière de contraception. Le niveau *des naissances non planifiées* est également élevé: 35% des naissances parmi les femmes guatémaltèques âgées de moins de 20 ans sont non planifiées (indicateur 37). Cette proportion est encore plus élevée en Zambie, avec 44%. Souvent, les décideurs et les personnes au pouvoir ne réalisent pas à quel point le manque d'accès à la contraception peut avoir un impact sur la vie et la situation de la population en général; ils peuvent être particulièrement peu conscients des conséquences de ce manque d'accès pour les jeunes.

Les chiffres sur l'utilisation de méthodes traditionnelles peuvent être utilisés pour plaider en faveur de *curricula* incluant de l'information sur l'inefficacité de ces méthodes pour prévenir des grossesses non planifiées, en comparaison avec des méthodes contraceptives modernes. Les méthodes traditionnelles, comme la méthode des cycles (ou rythmique) sont bien moins efficaces que les méthodes modernes. Cependant, les mythes sur les effets secondaires des méthodes hormonales retiennent parfois les jeunes d'utiliser ces méthodes ou d'autres méthodes modernes. Les données sur les méthodes contraceptives utilisées pourraient être mises en avant pour persuader le gouvernement de financer une campagne pour promouvoir les méthodes contraceptives modernes et dissiper les mythes sur les méthodes hormonales. Avoir accès aux méthodes contraceptives modernes est aussi important pour les jeunes femmes mariées ou en union. Par exemple, en Zambie 11% des femmes mariées/en union, âgées de 15 à 19 ans, utilisent des méthodes traditionnelles (indicateur 30).

Le peu de variété des méthodes proposées aux jeunes peut mener à des taux d'utilisation réduits, notamment si les quelques méthodes proposées ne répondent pas aux besoins des jeunes. Par exemple, une jeune femme qui n'a pas souvent de rapports sexuels peut préférer le préservatif masculin ou féminin à une méthode hormonale continue; si la méthode qu'elle préfère n'est pas disponible, il se peut qu'elle n'utilise pas du tout de contraception. Les chiffres sur les besoins non satisfaits des jeunes femmes en matière de contraception peuvent être utilisés pour plaider en faveur d'une plus grande variété de méthodes afin de mieux répondre à la diversité des situations des jeunes.

## GUIDE DE DISCUSSION

### Utilisation de la contraception

- Quelles sont quelques-unes des barrières liées au genre qui rendent plus difficile l'utilisation de la contraception, et comment votre organisation essaie-t-elle d'y répondre?
- Comment encouragez-vous et développez-vous dans vos programmes la capacité des jeunes à prendre des décisions en connaissance de cause?
- Comment votre organisation encourage-t-elle le choix, et une plus grande diversité des choix, en matière de méthodes contraceptives, pour les jeunes à qui elle s'adresse?

- Comment le curriculum d'éducation sexuelle utilisé par votre organisation traite-t-il de questions comme le respect de soi et des autres, la négociation dans les relations sexuelles et la liberté d'expression?
- Quels sont certains des mythes ou des idées fausses à propos de l'utilisation du préservatif que vous rencontrez parmi les jeunes? Comment votre organisation peut-elle contribuer à dissiper ces mythes?

### Connaissances en matière de contraception

- Comment votre organisation met-elle à disposition des jeunes l'information et les services de santé sexuelle et reproductive? Comment les rend-elle plus accessibles, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes non mariées?
- Est-ce que votre organisation donne des informations aux jeunes hommes sur l'avortement, la contraception, le VIH et les autres IST? Trouvez-vous important d'offrir des informations différentes pour les jeunes hommes et les jeunes femmes? Pourquoi? Pourquoi pas?
- Comment votre organisation pourrait-elle travailler avec les médias pour que les messages adressés aux jeunes concernant les rapports sexuels, la sexualité et la contraception soient exacts?
- Quels sont certains des mythes et des idées fausses qu'ont les jeunes concernant les méthodes contraceptives modernes? Comment votre organisation contribue-t-elle à dissiper ces mythes?

### Besoins en matière de contraception

- Quels types de méthodes contraceptives votre organisation offre-t-elle aux jeunes? Pensez-vous qu'il y a d'autres options que certains jeunes pourraient désirer? Si oui, serait-il difficile d'offrir ces méthodes ou de référer ces jeunes ailleurs?
- Est-ce que les jeunes hommes et les jeunes femmes peuvent facilement obtenir des préservatifs? Que peut faire votre organisation pour améliorer leur accès? Est-ce que vous enseignez aux adolescents et adolescentes, ainsi qu'aux jeunes adultes, comment utiliser le préservatif correctement?

### Droits sexuels et égalité de genre

- Comment votre organisation traite-t-elle dans l'enseignement qu'elle donne aux jeunes hommes et aux garçons la question des effets néfastes de certaines pratiques traditionnelles liées au genre? Comment faites-vous pour promouvoir des relations de genre plus équitables?

- Quelle importance ont les modèles masculins pour donner aux jeunes hommes les moyens de comprendre et promouvoir l'égalité des genres? Pouvez-vous identifier quelques-uns de ces modèles masculins? Votre organisation y a-t-elle recours?
- Cela arrive-t-il que votre organisation, de façon non intentionnelle, contribue à promouvoir des stéréotypes négatifs, féminins ou masculins, en matière de comportements sexuels ou de rôles de genre?

## SECTION 3: MATERNITÉ

### DÉFINITIONS

#### 34. % de femmes 15–19 ans ayant eu au moins un enfant

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adolescentes qui ont eu au moins un enfant vivant à la naissance.

**Limites:**

Cette mesure donne des informations sur les enfants vivant à la naissance; Il n'y a pas de données disponibles concernant les grossesses qui se terminent par un avortement ou une fausse couche.

#### 35. Âge médian à la première naissance pour l'ensemble des jeunes femmes

Cet indicateur correspond à l'âge auquel la moitié de toutes les jeunes femmes adultes ont déjà eu leur premier enfant.

#### 36. % mères de moins de 20 ans qui ont accouché de leur dernier-né dans un établissement de santé

Cet indicateur mesure la proportion des mères adolescentes qui ont accouché de leur dernier-né dans un établissement de santé (comme un hôpital ou une clinique), plutôt qu'à la maison ou dans un autre endroit.

#### 37. % des naissances récentes non planifiées pour les femmes de moins de 20 ans

Cet indicateur mesure la proportion des naissances survenues pendant les cinq ans précédant l'enquête, parmi les femmes, mariées/en union ou non, âgées de moins de 20 ans au moment de la naissance, et qui n'avaient pas prévu de donner le jour à un enfant, ni à ce moment, ni plus tard.

### Limites relatives aux réponses par rapport aux naissances non planifiées:

Les mesures quant au caractère planifié ou non des naissances récentes sont basées sur les 5 dernières années précédant l'entretien pour l'enquête. Cependant, dans certains pays, cette mesure prend en considération les trois ans précédant l'enquête. Dans ces cas, les proportions de naissances non planifiées (indicateur 37) peuvent être un peu plus élevées que celles reportées pour les 5 ans précédant l'entretien. Ceci est dû au fait que les réponses font appel aux souvenirs des femmes et que plus le temps écoulé depuis le moment de la naissance augmente, plus il est probable que cette naissance, considérée comme non planifiée au moment de la conception, soit reconsidérée et reclassifiée par la femme comme ayant été voulue.

Les réponses quant aux naissances non désirées ou survenant au mauvais moment peuvent être sujettes à des biais. En effet, de nombreuses jeunes femmes qui n'ont pas planifié une naissance ne souhaitent pas admettre que celle-ci n'est pas planifiée ou n'arrive pas au moment souhaité; ou bien, elles peuvent sincèrement vivre cette naissance comme étant désirée bien qu'elle n'était pas initialement planifiée. Ceci se traduit par une sous-estimation des naissances non désirées ou ne survenant pas au bon moment. Ce qui se traduit par une sous-estimation des valeurs de cet indicateur.

En plus, cet indicateur ne prend pas en compte les grossesses non planifiées qui se terminent par une fausse couche ou un avortement, et pour lesquelles les données manquent dans la plupart des pays. Ainsi, cet indicateur ne rend compte que d'une portion des grossesses non planifiées parmi les jeunes femmes.

## APPLICATIONS

Des faits bien documentés montrent que dans les pays en développement les grossesses non planifiées sont relativement fréquentes parmi les adolescentes, ce qui indique que les jeunes ont un besoin urgent de contraception. De plus, ces données montrent que les adolescentes doivent avoir accès aux services usuels de santé reproductive, comme les soins anténatals et obstétriques, y compris pour des interventions d'urgence. Faute de recevoir le soutien approprié, les femmes qui deviennent mères à un jeune âge peuvent faire face à des risques pour leur santé et leur avenir économique; la santé et le bien-être de leurs familles peuvent être compromis lui aussi. Une éducation complète à la sexualité, des conseils en matière de contraception et des services destinés aux jeunes femmes sont essentiels pour qu'elles puissent décider en toute connaissance de cause si, et quand avoir des enfants.

### Programmation et fourniture de services

Des données scientifiques indiquent que les jeunes femmes qui ont des enfants avant l'âge de 16 ans courent un risque plus élevé de subir des conséquences négatives pour leur santé que celles qui ont leur premier enfant

en étant plus âgées.<sup>11,15</sup> Ces données montrent bien le besoin critique qu'il y a de mettre à disposition des jeunes femmes des services de santé sexuelle et reproductive; il est aussi essentiel de prévenir les grossesses non planifiées. Par exemple, en Zambie, 22% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu au moins un enfant (indicateur 34), et 44% des naissances récentes parmi les adolescentes ne sont pas planifiées (indicateur 37). L'information, l'orientation et les services en matière de contraception peuvent aider les jeunes femmes à réaliser leurs buts reproductifs et prévenir des grossesses non planifiées. Le risque d'avortements non médicalisés s'en trouve réduit, puisque dans de nombreux pays l'interruption de grossesse n'est pas légale, et n'est donc pas médicalisée. Avoir accès à la contraception peut aussi aider les adolescentes à reporter leur première grossesse à plus tard, quand elles seront prêtes à assumer les exigences de la maternité. La capacité à éviter une grossesse non planifiée est un facteur déterminant pour que les jeunes femmes fréquentent l'école plus longtemps et pour leur permettre d'acquérir une plus grande autonomie.

Les chiffres montrent des lacunes en matière de soins obstétriques pour les adolescentes. Ces services sont pourtant déterminants et peuvent même sauver des vies, étant donné les risques de complications qui peuvent survenir de façon imprévue au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement. Avoir accès à la contraception postpartum est nécessaire pour encourager les jeunes mères à planifier leur prochaine naissance et à prévenir des naissances non planifiées. Des services de santé pour le bébé et de l'information adéquate sur l'allaitement et sur les soins à donner aux enfants sont aussi nécessaires. Les responsables de programmes peuvent utiliser ces indicateurs pour justifier le besoin de ce genre de services pour les jeunes femmes qui attendent un enfant et pour celles qui sont déjà mères.

Accoucher dans un établissement de santé (indicateur 36), avec du personnel bien formé, contribue à la survie des femmes et des enfants. La proportion de naissances dans des établissements de santé est un indicateur important pour la santé maternelle; il informe sur l'ampleur des besoins non satisfaits en matière de soins adéquats au moment de la naissance. Par exemple, en Zambie, 60% des naissances récentes parmi les femmes âgées de moins de 20 ans se sont déroulées dans un établissement de santé. Cela signifie que 40% des jeunes femmes n'ont pas reçu les soins que l'on considère comme un minimum nécessaire. Les chiffres montrent que le besoin

en information et en services est même encore plus important dans les zones rurales et dans les communautés défavorisées. Dans les zones rurales de Zambie, où les grossesses parmi les adolescentes sont plus élevées que la moyenne pour l'ensemble du pays, seulement 44% des naissances récentes parmi les femmes âgées de moins de 20 ans se sont déroulées dans un établissement de santé. Les femmes vivant au sein des ménages pauvres sont moins nombreuses à accoucher dans un établissement de santé que celles vivant dans des milieux plus riches; ainsi 36% des femmes dans le quintile le plus pauvre contre 91% dans le quintile le plus riche accouchent dans un établissement de santé.

### Information et éducation en matière de sexualité

Des données scientifiques montrent que les grossesses parmi les adolescentes sont souvent déclarées comme n'arrivant pas au bon moment (ces grossesses sont désirées, mais arrivent trop tôt) ou comme non désirées, ce qui indique bien le besoin des jeunes femmes de disposer d'information et de services en matière de contraception, pour retarder l'arrivée de leur premier enfant ou pour remettre à plus tard une deuxième naissance; ils démontrent aussi le besoin d'avoir accès à l'avortement médicalisé.

Une jeune mère qui n'utilise pas de contraception peut connaître des problèmes de santé si elle retombe enceinte trop vite. Les naissances rapprochées (à moins de deux ans d'intervalle) comportent des risques accrus de maladie et de décès pour le bébé et ses frères et sœurs; elles peuvent aussi mettre en danger la santé de la mère.<sup>16-17</sup>

L'éducation à la sexualité et les autres programmes d'éducation et d'information devraient viser à lutter contre la stigmatisation des grossesses chez les adolescentes. Ces programmes devraient aussi promouvoir le respect des droits et de la dignité des adolescentes enceintes et des jeunes mères. Trop souvent les messages concernant les grossesses des adolescentes sont exagérément négatifs, mettant les jeunes femmes à l'écart et les décourageant de se procurer les informations et l'attention médicale dont elles ont besoin. De plus, les programmes d'éducation et d'information sexuelle devraient expliquer suffisamment quels sont les standards recommandés pour les soins pendant la grossesse et l'accouchement,

ainsi que les bénéfices de ces soins pour les mamans et leurs nouveau-nés.

### Plaidoyer

Les grossesses sont plus fréquentes parmi les adolescentes pauvres que parmi celles plus aisées. Quant aux grossesses non planifiées, elles sont fréquentes parmi tous les sous-groupes de jeunes femmes (pauvres, riches, vivant en zones urbaines et rurales). Cela signifie que les jeunes femmes défavorisées ont tout particulièrement besoin de disposer de services adéquats durant leur grossesse et pour les accouchements. Par ailleurs, tous les groupes de jeunes femmes ont besoin d'information et de services pour se protéger des grossesses précoces et non planifiées. Au Guatemala, par exemple, 21% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans dans le quintile le plus pauvre ont déjà eu au moins un enfant, comparé à 8% parmi celles qui se situent dans le quintile le plus riche. De façon similaire, en Inde, 18% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans dans le quintile le plus pauvre ont déjà eu au moins un enfant, contre seulement 3% dans le quintile le plus riche. Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser cette information pour faire du lobbying auprès des gouvernements afin qu'ils mettent la priorité sur les femmes les plus pauvres.

Ces indicateurs peuvent aussi être utilisés pour renforcer la prise de conscience des conséquences négatives pour la santé que peuvent comporter des grossesses précoces, comme les complications ou un poids faible à la naissance et des chances de survie réduites.<sup>11,15</sup> Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser ces faits pour promouvoir le droit des jeunes à l'information et aux services leur permettant de prévenir des problèmes de santé, tant pour la mère que pour l'enfant.

Ces chiffres peuvent être utilisés pour demander que toutes les femmes de cette tranche d'âge, qu'elles aient déjà des enfants ou non, reçoivent des informations relatives à la santé sexuelle et reproductive. Ils peuvent aussi servir à plaider en faveur de plus de services et de soutien pour les jeunes parents, y compris la mise en place de politiques et de programmes pour aider les jeunes femmes à reprendre des études ou à travailler après la naissance d'un enfant.

## GUIDE DE DISCUSSION

### Maternité

- En quoi les services et le soutien destinés aux adolescentes enceintes sont-ils différents de ceux fournis aux femmes enceintes adultes? Quelles sont les caractéristiques déterminantes pour que les services soient conviviaux et adaptés aux jeunes?
- Dans de nombreux pays, les jeunes femmes enceintes qui ne sont pas mariées sont considérées comme un problème; par conséquent, elles ne bénéficient pas toujours du soutien de leur famille ou de la communauté. Discutez des formes de stigmatisation et de discrimination que les jeunes femmes enceintes peuvent subir dans votre pays. Comment votre organisation peut-elle mieux les soutenir dans leur choix de poursuivre leur grossesse?
- Dans certains pays, on attend des jeunes femmes mariées qu'elles aient un enfant dans la première ou la deuxième année qui suit leur mariage. Comment votre organisation peut-elle contribuer à assurer que toutes les jeunes femmes puissent décider du moment de leur première grossesse?
- Une approche fondée sur les droits implique que les adolescentes enceintes soient soutenues pour prendre leurs décisions concernant leur grossesse, de façon autonome et en toute connaissance de cause. Cette approche peut entrer en conflit avec la conception selon laquelle les parents et la communauté devraient prendre part à cette décision. Comment les parents peuvent-ils ou devraient-ils être inclus dans la prise de décision des jeunes? L'implication des parents devrait-elle être obligatoire? Si oui, pourquoi, ou si non, pourquoi pas?
- Comment mobiliser la famille et la communauté pour qu'elles soutiennent les jeunes femmes enceintes?
- Comment peut-on soutenir les jeunes mères pour qu'elles terminent leur scolarité?
- Soutenir les jeunes femmes pendant leur grossesse, à la naissance et dans leur rôle de mère demande des efforts de collaboration impliquant plusieurs secteurs. Quel est le rôle du secteur de l'éducation? Du secteur de la santé? Quels sont les autres secteurs qui devraient être impliqués?

### Droits sexuels et égalité de genre

- Les jeunes femmes enceintes devraient être soutenues dans leur décision de poursuivre ou non leur grossesse. Votre curriculum d'éducation sexuelle inclut-il la question des droits et des choix des jeunes femmes par rapport à leur grossesse?
- Faire en sorte que les jeunes femmes et les jeunes hommes aient accès à des informations claires et correctes sur ce que cela implique d'être enceinte et d'avoir un bébé est essentiel pour les aider à prendre leurs décisions en toute connaissance de cause. À cet égard, toute tactique alarmiste et basée sur la peur est contraire à une approche fondée sur les droits. Quelle est l'approche de votre organisation pour fournir de l'information aux jeunes sur la grossesse et la maternité?
- Comment des organisations comme la vôtre peuvent-elles promouvoir une approche équitable des rôles parentaux?
- Discuter de la grossesse avec des jeunes hommes n'est pas habituel et comporte par conséquent des défis. Le rôle des jeunes hommes en tant que pères doit être inclus dans l'information, l'éducation et les services. Comment votre organisation peut-elle soutenir l'implication des jeunes hommes pendant la grossesse, à la naissance et dans l'éducation des enfants?
- Que fait votre organisation pour adapter ses services afin que les jeunes hommes s'y sentent plus à l'aise?
- Comment votre organisation répond-elle aux anxiétés et aux défis vécus par les jeunes hommes?
- Comment votre organisation communique-t-elle avec les jeunes hommes à propos des attentes sociétales relatives à la paternité? Votre organisation prévoit-elle des espaces qui leur sont spécifiquement destinés et protégés pour discuter de leurs émotions, sentiments et inquiétudes pendant la grossesse?
- Comment votre organisation répond-elle aux questions et doutes autour de la paternité?

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	1	2	3	4	5	6
	% ayant déjà eu des rapports sexuels				% qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	
Région, pays et année de l'enquête	Femmes 15–19	Hommes 15–19	Femmes 20–24	Hommes 20–24	Femmes 15–24	Hommes 15–24
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte (2008) <sup>1,2</sup>	nc	nc	nc	nc	nc	nc
Éthiopie (2011)	25	8	73	44	11	1
Ghana (2008)	37	22	88	74	8	4
Kenya (2008–09)	37	44	86	88	11	22
Malawi (2010)	44	54	94	87	14	22
Mozambique (2003)	73	69	98	97	28	26
Nigeria (2008)	46	22	86	62	16	6
Ouganda (2006)	43	35	92	86	16	12
Rép. Dém. du Congo (2007)	52	51	91	91	18	18
Rwanda (2010)	14	22	58	61	4	11
Sénégal (2010–11)	30	19	69	45	11	5
Tanzanie (2010)	46	37	91	84	13	7
Zambie (2007)	48	45	93	86	14	16
Zimbabwe (2010–11)	34	25	85	85	4	4
<b>EUROPE</b>						
Albanie (2008–09)	12	19	53	68	1	1
Moldavie (2005)	21	44	77	93	1	9
Ukraine (2007)	18	33	78	92	1	2
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh (2007) <sup>1</sup>	nc	nc	nc	nc	nc	nc
Inde (2005–06)	28	11	76	44	10	2
Indonésie (2007) <sup>1,3</sup>	nd	nd	nd	nd	8	0
Népal (2011)	29	21	78	68	7	3
Pakistan (2006–07) <sup>1,2</sup>	nc	nc	nc	nc	nc	nc
Philippines (2008) <sup>3</sup>	14	nc	56	nc	2	nc
Vietnam (2002) <sup>1,2</sup>	nc	nc	nc	nc	nc	nc
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie (2008)	30	38	76	90	7	13
Colombie (2010) <sup>2</sup>	50	nc	91	nc	14	nc
Guatemala (2008–09) <sup>4</sup>	28	40	36	89	8	20
Honduras (2005–06) <sup>2</sup>	32	nc	75	nc	11	nc
Pérou (2007–08) <sup>2</sup>	26	nc	74	nc	6	nc
Rép. Dominicaine (2007)	39	50	82	92	15	24

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**1.** % de femmes 15–19 ans ayant déjà eu des rapports sexuels

**2.** % d'hommes 15–19 ans ayant déjà eu des rapports sexuels

**3.** % de femmes 20–24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels

**4.** % d'hommes 20–24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels

**5.** % de femmes 15–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

**6.** % d'hommes 15–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

## Activité sexuelle et mariage

## SECTION 1

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	7	8	9	10	11	12
Région, pays et année de l'enquête	% qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans		% ayant déjà été marié/en union			
	Femmes 18–24	Hommes 18–24	Femmes 15–19	Hommes 15–19	Femmes 20–24	Hommes 20–24
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte (2008) <sup>1,2</sup>	nc	nc	13	nc	54	nc
Éthiopie (2011)	39	13	23	2	68	28
Ghana (2008)	44	28	9	1	51	17
Kenya (2008–09)	47	58	13	1	62	17
Malawi (2010)	60	53	26	3	86	41
Mozambique (2003)	81	72	43	6	84	52
Nigeria (2008)	49	26	29	1	62	16
Ouganda (2006)	62	48	22	2	78	44
Rép. Dém. du Congo (2007)	61	56	25	6	73	33
Rwanda (2010)	17	27	4	0	41	20
Sénégal (2010–11)	34	21	25	1	62	6
Tanzanie (2010)	58	44	20	5	72	28
Zambie (2007)	59	51	19	1	74	29
Zimbabwe (2010–11)	38	25	26	1	75	29
<b>EUROPE</b>						
Albanie (2008–09)	15	23	8	1	38	8
Moldavie (2005)	24	56	11	2	61	24
Ukraine (2007)	28	44	7	3	53	26
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh (2007) <sup>1</sup>	nc	nc	47	*	86	32
Inde (2005–06)	40	12	28	3	75	33
Indonésie (2007) <sup>1,3</sup>	38	12	13	nd	61	nd
Népal (2011)	39	24	29	7	77	46
Pakistan (2006–07) <sup>1,2</sup>	nc	nc	16	nc	48	nc
Philippines (2008) <sup>3</sup>	17	nc	11	nc	49	nc
Vietnam (2002) <sup>1,2</sup>	nc	nc	4	nc	48	nc
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie (2008)	39	60	15	4	52	35
Colombie (2010) <sup>2</sup>	61	nc	17	nc	52	nc
Guatemala (2008–09) <sup>4</sup>	38	60	22	6	60	44
Honduras (2005–06) <sup>2</sup>	44	nc	25	nc	66	nc
Pérou (2007–08) <sup>2</sup>	36	nc	13	nc	46	nc
Rép. Dominicaine (2007)	51	70	27	5	66	35

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

7. % de femmes 18–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans

8. % d'hommes 18–24 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans

9. % de femmes 15–19 ans ayant déjà été mariées/en union

10. % d'hommes 15–19 ans ayant déjà été mariés/en union

11. % de femmes 20–24 ans ayant déjà été mariées/en union

12. % d'hommes 20–24 ans ayant déjà été mariés/en union



NUMÉRO DE L'INDICATEUR	13	14	15	16	17	18
	Âge médian lors du premier rapport sexuel	Âge médian lors du premier mariage/union	Décalage entre âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/union	Âge médian lors du premier rapport sexuel	Âge médian lors du premier mariage/union	Décalage entre âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/union
Région, pays et année de l'enquête	Jeunes femmes <sup>5</sup>	Jeunes femmes <sup>5</sup>	Jeunes femmes <sup>5,6</sup>	Jeunes hommes <sup>7</sup>	Jeunes hommes <sup>7</sup>	Jeunes hommes <sup>7</sup>
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte (2008) <sup>1,2</sup>	nc	21,2	nd	nc	nc	nd
Éthiopie (2011)	17,4	17,4	0,0	21,8	23,9	2,1
Ghana (2008)	18,6	21,0	2,4	19,9	25,7	5,8
Kenya (2008–09)	18,3	20,2	1,9	17,4	24,8	7,4
Malawi (2010)	17,4	18,0	0,6	18,5	22,3	3,8
Mozambique (2003)	16,0	17,5	1,5	17,3	21,8	4,5
Nigeria (2008)	18,2	19,4	1,2	20,6	26,9	6,3
Ouganda (2006)	16,7	18,0	1,3	17,9	21,9	4,0
Rép. Dém. du Congo (2007)	17,0	19,1	2,1	18,0	24,8	6,8
Rwanda (2010)	21,3	22,3	1,0	22,0	25,3	3,3
Sénégal (2010–11)	19,4	19,9	0,5	22,7	28,9	6,2
Tanzanie (2010)	17,4	18,9	1,5	18,8	23,9	5,1
Zambie (2007)	17,4	18,7	1,3	17,9	23,5	5,6
Zimbabwe (2010–11)	19,3	19,9	0,6	20,6	24,6	4,0
<b>EUROPE</b>						
Albanie (2008–09)	20,8	22,3	1,5	20,8	26,7	5,9
Moldavie (2005)	19,4	20,3	0,9	18,5	23,1	4,6
Ukraine (2007)	19,3	21,2	1,9	18,6	23,7	5,1
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh (2007) <sup>1</sup>	nc	16,4	nd	24,1	24,5	0,4
Inde (2005–06)	18,0	17,4	-0,6	22,7	23,1	0,4
Indonésie (2007) <sup>1,3</sup>	20,0	20,8	0,8	24,5	25,1	0,6
Népal (2011)	19,0	18,9	-0,1	20,6	22,1	1,5
Pakistan (2006–07) <sup>1,2</sup>	nc	20,3	nd	nc	nc	nd
Philippines (2008) <sup>3</sup>	21,3	22,1	0,8	21,1	25,2	4,1
Vietnam (2002) <sup>1,2</sup>	nc	21,1	nd	nc	nc	nd
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie (2008)	18,8	21,1	2,3	17,1	23,3	6,2
Colombie (2010) <sup>2</sup>	17,6	21,4	3,8	nc	nc	nd
Guatemala (2008–09) <sup>4</sup>	18,4	19,4	1,0	17,0	23,0	6,0
Honduras (2005–06) <sup>2</sup>	18,2	18,9	0,7	nc	nc	nd
Pérou (2007–08) <sup>2</sup>	18,9	22,0	3,1	nc	nc	nd
Rép. Dominicaine (2007)	17,8	18,5	0,7	16,3	23,9	7,6

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**13.** Âge médian lors du premier rapport sexuel, parmi les jeunes femmes

**14.** Âge médian lors du premier mariage/union, parmi les jeunes femmes

**15.** Écart entre les âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/union, parmi les jeunes femmes

**16.** Âge médian lors du premier rapport sexuel, parmi les jeunes hommes

**17.** Âge médian lors du premier mariage/union, parmi les jeunes hommes

**18.** Écart entre les âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/union, parmi les jeunes hommes

## Connaissances, utilisation et besoins en matière de contraception

## SECTION 2

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	19	20	21	22	23	24
Région, pays et année de l'enquête	% n'ayant pas entendu parler récemment de planification familiale, ni à la radio, ni à la télévision, ni dans les journaux		Nombre moyen de méthodes de contraception modernes connues	% utilisant actuellement une méthode contraceptive		
	Femmes 15–19	Hommes 15–19	Femmes 15–19	Femmes jamais mariées/en union et sexuellement actives 15–19 <sup>g</sup>	Femmes mariées/en union 15–19	Hommes sexuellement actifs 15–24 <sup>g</sup>
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte (2008) <sup>1,2</sup>	41	nc	4,4	nc	23	nc
Éthiopie (2011)	57	51	4,2	51	24	43
Ghana (2008)	44	39	4,7	42	14	50
Kenya (2008–09)	44	36	3,7	22	23	65
Malawi (2010)	48	26	5,1	25	29	44
Mozambique (2003)	55	62	3,1	44	20	30
Nigeria (2008)	69	56	1,6	48	3	46
Ouganda (2006)	46	38	4,3	36	11	42
Rép. Dém. du Congo (2007)	83	85	1,7	45	15	nc
Rwanda (2010)	40	25	5,4	17	33	51
Sénégal (2010–11)	69	66	2,9	16	6	57
Tanzanie (2010)	50	51	5,2	40	15	42
Zambie (2007)	64	58	3,5	28	28	43
Zimbabwe (2010–11)	75	74	4,1	25	36	64
<b>EUROPE</b>						
Albanie (2008–09)	46	81	2,9	63	55	47
Moldavie (2005)	48	70	4,3	66	58	nc
Ukraine (2007)	42	79	3,8	84	48	77
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh (2007) <sup>1</sup>	58	*	5,8	nc	42	nc
Inde (2005–06)	39	20	3,9	[31]	13	25
Indonésie (2007) <sup>1,3</sup>	75	67	4,5	nc	47	nc
Népal (2011)	32	24	6,2	*	18	45
Pakistan (2006–07) <sup>1,2</sup>	67	nc	3,7	nc	7	nc
Philippines (2008) <sup>3</sup>	24	nc	4,2	[31]	26	nc
Vietnam (2002) <sup>1,2</sup>	30	nc	1,9	nc	23	nc
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie (2008)	56	46	4,5	47	41	77
Colombie (2010) <sup>2</sup>	25	nc	6,5	65	61	nc
Guatemala (2008–09) <sup>4</sup>	52	42	4,8	39	33	39
Honduras (2005–06) <sup>2</sup>	37	nc	5,0	43	46	nc
Pérou (2007–08) <sup>2</sup>	44	nc	5,6	54	60	nc
Rép. Dominicaine (2007)	nc	nc	6,1	42	46	71

Noms complets des indicateurs ci-dessus
<b>19.</b> % de femmes 15–19 ans n'ayant pas entendu parler récemment de planification familiale dans aucun des 3 médias courants
<b>20.</b> % d'hommes 15–19 ans n'ayant pas entendu parler récemment de planification familiale dans aucun des 3 médias courants
<b>21.</b> Nombre moyen de méthodes de contraception modernes connues des femmes âgées de 15 à 19 ans
<b>22.</b> % de femmes 15–19 ans, sexuellement actives, jamais mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive
<b>23.</b> % de femmes 15–19 ans, mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive
<b>24.</b> % d'hommes 15–24 ans, sexuellement actifs et utilisant actuellement une méthode contraceptive

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	25	26	27	28
	% utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne			% utilisant actuellement le préservatif
Région, pays et année de l'enquête	Femmes jamais mariées/en union et sexuellement actives <sup>a</sup> 15-19	Femmes mariées/en union 15-19	Hommes sexuellement actifs <sup>a</sup> 15-24	Hommes sexuellement actifs <sup>a</sup> 15-24
<b>AFRIQUE</b>				
Égypte (2008) <sup>1,2</sup>	nc	20	nc	nc
Éthiopie (2011)	51	23	41	15
Ghana (2008)	28	8	43	39
Kenya (2008-09)	18	19	59	54
Malawi (2010)	24	26	42	33
Mozambique (2003)	41	7	30	26
Nigeria (2008)	31	2	42	40
Ouganda (2006)	31	8	38	31
Rép. Dém. du Congo (2007)	19	4	nc	nc
Rwanda (2010)	17	29	47	28
Sénégal (2010-11)	15	5	56	56
Tanzanie (2010)	36	12	42	38
Zambie (2007)	26	17	41	35
Zimbabwe (2010-11)	25	35	63	42
<b>EUROPE</b>				
Albanie (2008-09)	23	12	47	46
Moldavie (2005)	46	29	nc	nc
Ukraine (2007)	81	43	68	64
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>				
Bangladesh (2007) <sup>1</sup>	nc	38	nc	nc
Inde (2005-06)	[18]	7	18	12
Indonésie (2007) <sup>1,3</sup>	nc	46	nc	nc
Népal (2011)	*	14	41	29
Pakistan (2006-07) <sup>1,2</sup>	nc	4	nc	nc
Philippines (2008) <sup>3</sup>	[4]	14	nc	nc
Vietnam (2002) <sup>1,2</sup>	nc	14	nc	nc
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>				
Bolivie (2008)	31	25	47	31
Colombie (2010) <sup>2</sup>	59	55	nc	nc
Guatemala (2008-09) <sup>4</sup>	32	28	32	34
Honduras (2005-06) <sup>2</sup>	34	40	nc	nc
Pérou (2007-08) <sup>2</sup>	39	40	nc	nc
Rép. Dominicaine (2007)	37	43	70	45

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**25.** % de femmes 15-19 ans, sexuellement actives, jamais mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne

**26.** % de femmes 15-19 ans, mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne

**27.** % d'hommes 15-24 ans, sexuellement actifs et utilisant actuellement une méthode contraceptive moderne

**28.** % d'hommes 15-24 ans, sexuellement actifs et utilisant actuellement le préservatif

## Connaissances, utilisation et besoins en matière de contraception

## SECTION 2

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	29	30	31	32	33
	% utilisant actuellement une méthode contraceptive traditionnelle			% avec des besoins de contraception non satisfaits	
Région, pays et année de l'enquête	Femmes jamais mariées/en union et sexuellement actives <sup>d</sup> 15–19	Femmes mariées/en union 15–19	Hommes sexuellement actifs <sup>a</sup> 15–24	Femmes jamais mariées/en union et sexuellement actives <sup>d</sup> 15–19	Femmes mariées/en union 15–19
<b>AFRIQUE</b>					
Égypte (2008) <sup>1,2</sup>	nc	4	nc	nc	8
Éthiopie (2011)	0	1	2	37	33
Ghana (2008)	14	6	8	52	62
Kenya (2008–09)	4	3	6	75	30
Malawi (2010)	1	2	2	67	25
Mozambique (2003)	3	13	1	37	17
Nigeria (2008)	16	1	4	50	19
Ouganda (2006)	5	3	5	55	34
Rép. Dém. du Congo (2007)	26	10	nc	5	26
Rwanda (2010)	0	3	5	73	6
Sénégal (2010–11)	2	1	0	77	31
Tanzanie (2010)	5	3	1	50	16
Zambie (2007)	2	11	2	64	22
Zimbabwe (2010–11)	0	2	1	59	17
<b>EUROPE</b>					
Albanie (2008–09)	40	42	0	29	17
Moldavie (2005)	20	29	nc	32	13
Ukraine (2007)	3	6	9	16	30
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>					
Bangladesh (2007) <sup>1</sup>	nc	4	nc	nc	20
Inde (2005–06)	[14]	6	7	[20]	27
Indonésie (2007) <sup>1,3</sup>	nc	1	nc	nc	10
Népal (2011)	*	3	4	*	41
Pakistan (2006–07) <sup>1,2</sup>	nc	3	nc	nc	20
Philippines (2008) <sup>3</sup>	[27]	12	nc	[57]	36
Vietnam (2002) <sup>1,2</sup>	nc	9	nc	nc	13
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>					
Bolivie (2008)	17	16	30	49	38
Colombie (2010) <sup>2</sup>	6	6	nc	32	20
Guatemala (2008–09) <sup>4</sup>	7	5	7	55	26
Honduras (2005–06) <sup>2</sup>	9	6	nc	47	26
Pérou (2007–08) <sup>2</sup>	15	20	nc	36	18
Rép. Dominicaine (2007)	5	3	1	48	28

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**29.** % de femmes 15–19 ans, sexuellement actives, jamais mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive traditionnelle

**30.** % de femmes 15–19, mariées/en union et utilisant actuellement une méthode contraceptive traditionnelle

**31.** % d'hommes 15–24, sexuellement actifs et utilisant actuellement une méthode contraceptive traditionnelle

**32.** % de femmes 15–19 ans, sexuellement actives, jamais mariées/en union et ayant des besoins de contraception non satisfaits

**33.** % de femmes 15–19 ans, mariées/en union et ayant des besoins de contraception non satisfaits

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	34	35	36	37
	% ayant eu au moins un enfant	Âge médian à la première naissance <sup>9</sup>	% de femmes ayant accouché dans un établissement de santé <sup>10</sup>	% de naissances récentes non planifiées <sup>10</sup>
Région, pays et année de l'enquête	Femmes 15–19	Jeunes femmes	Femmes <20 à la naissance	Naissances parmi les femmes <20 à l'accouchement
<b>AFRIQUE</b>				
Égypte (2008) <sup>1,2</sup>	6	22,9	73	4
Éthiopie (2011)	10	19,6	12	28
Ghana (2008)	10	21,1	57	56
Kenya (2008–09)	15	19,8	53	46
Malawi (2010)	20	18,9	81	35
Mozambique (2003)	34	18,6	57	23
Nigeria (2008)	18	20,9	23	12
Ouganda (2006)	19	18,8	54	41
Rép. Dém. du Congo (2007)	19	20,2	73	31
Rwanda (2010)	5	22,9	87	40
Sénégal (2010–11)	16	21,4	75	20
Tanzanie (2010)	17	19,6	58	27
Zambie (2007)	22	19,2	60	44
Zimbabwe (2010–11)	19	20,5	65	33
<b>EUROPE</b>				
Albanie (2008–09)	2	23,9	95	9
Moldavie (2005)	5	22,3	100	22
Ukraine (2007)	3	23,1	99	23
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>				
Bangladesh (2007) <sup>1</sup>	27	19,0	16	21
Inde (2005–06)	12	19,9	41	14
Indonésie (2007) <sup>1,3</sup>	7	22,5	38	10
Népal (2011)	12	20,1	47	24
Pakistan (2006–07) <sup>1,2</sup>	7	22,7	36	10
Philippines (2008) <sup>3</sup>	7	23,1	38	30
Vietnam (2002) <sup>1,2</sup>	2	22,6	48	12
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>				
Bolivie (2008)	14	21,1	76	62
Colombie (2010) <sup>2</sup>	16	21,4	96	62
Guatemala (2008–09) <sup>4</sup>	17	20,3	60	35
Honduras (2005–06) <sup>2</sup>	17	20,0	76	47
Pérou (2007–08) <sup>2</sup>	11	22,3	81	61
Rép. Dominicaine (2007)	16	20,3	99	47

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**34.** % de femmes 15–19 ans ayant eu au moins un enfant

**35.** Âge médian à la première naissance pour l'ensemble des jeunes femmes

**36.** % mères de moins de 20 ans qui ont accouché de leur dernier-né dans un établissement de santé

**37.** % de naissances récentes non planifiées pour les femmes ayant accouché alors qu'elles avaient moins de 20 ans

**NOTES POUR LES TABLEAUX, indicateurs 1-37**

1. Les échantillons EDS pour ces pays n'incluent que les femmes mariées/en union ou qui ont été mariées/en union. Les données pour les femmes non mariées n'ont pas été collectées; par conséquent, les indicateurs pour "toutes les femmes" reflètent uniquement les situations des femmes actuellement mariées, veuves ou divorcées/séparées. Il y a une exception pour les indicateurs 9, 11 et 14. Pour ces indicateurs, les données de l'enquête auprès des ménages ont été utilisées comme base pour mesurer le moment du mariage pour toutes les femmes dans les groupes d'âge respectifs. En ce qui concerne les hommes, au Bangladesh, les EDS n'incluent que les hommes qui sont (ou ont été) mariés/en union; en Indonésie, les EDS n'incluent que les hommes qui sont mariés/en union au moment de l'enquête. Pour l'indicateur 16, la même démarche a été appliquée que celle décrite ci-dessus pour les indicateurs 9, 11 et 14.

2. L'enquête EDS n'a pas été menée auprès des hommes dans ces pays. Il n'y a donc aucune donnée disponible concernant les hommes pour ces pays.

3. Le questionnaire destiné aux hommes est plus court dans ces pays. Les données concernant les hommes pour ces pays sont par conséquent limitées.

4. Les données pour les indicateurs 2, 4, 6, 8, 10, 12, 19, 20, 24, 27, 28 et 31 pour le Guatemala ne sont pas disponibles ou sont incomplètes dans le rapport CDC de 2008-09; les données mentionnées dans les tableaux pour ces indicateurs proviennent du rapport CDC 2002 pour le Guatemala.

5. Etant donné qu'il est impossible de calculer une valeur médiane lorsque moins de 50% des personnes interrogées ont vécu l'événement en question, les âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/première union parmi les femmes doivent être calculés pour des tranches d'âges différentes selon les caractéristiques de chaque pays. La tranche d'âge de référence pour le calcul de l'âge médian des femmes au premier rapport sexuel (indicateur 13) est de 25-29 ans pour 22 pays (Albanie, Bolivie, Colombie, Ethiopie, Ghana, Guatemala, Honduras, Inde, Indonésie, Kenya, Moldavie, Nigeria, Ouganda, Pérou, Philippines, République Dominicaine, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Ukraine, Zambie et Zimbabwe) et de 20-24 dans 4 pays (Malawi, Mozambique, Népal, et République démocratique du Congo); dans 4 pays, les données pour ce calcul n'étaient pas disponibles (Bangladesh, Egypte, Pakistan et Vietnam). La tranche d'âge de référence pour le calcul de l'âge médian des femmes au premier mariage/union (indicateur 14), est de 25-29 ans pour 25 pays (Albanie, Bolivie, Colombie, Egypte, Ethiopie, Ghana, Guatemala, Honduras, Inde, Indonésie, Kenya, Moldavie, Nigeria, Ouganda, Pakistan, Pérou, Philippines, République Dominicaine, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie et Zimbabwe) et de 20-24 ans dans les cinq autres pays (Bangladesh, Malawi, Mozambique, Népal et République démocratique du Congo).

6. La valeur négative de l'indicateur 15 (l'âge médian au premier rapport sexuel est plus élevé que l'âge médian au premier mariage) est le résultat de pratiques traditionnelles qui perdurent encore dans le Nord de l'Inde et parmi quelques groupes ethniques au Népal: les mariages sont conclus à de très jeunes âges, mais le couple vit séparé jusqu'au moment de la cérémonie qui marque le début de la vie conjugale sous

un même toit et l'initiation des rapports sexuels. Bien que les EDS en Inde et au Népal incluent aussi les femmes jamais mariées/en union, il est possible que l'âge du premier rapport sexuel ne concernent que les femmes mariées ou en union; dans les contextes sociaux conservateurs, les femmes célibataires sont en effet rares à déclarer avoir eu des rapports sexuels.

7. Etant donné qu'il est impossible de calculer une valeur médiane lorsque moins de 50% des personnes interrogées ont vécu l'événement en question, les âges médians lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/première union parmi les hommes doivent être calculés pour des tranches d'âges différentes selon les caractéristiques de chaque pays. La tranche d'âge de référence pour le calcul de l'âge médian des hommes au premier rapport sexuel (indicateur 16) et au premier mariage/union (indicateur 17) est de 30-34 ans pour 17 pays (Albanie, Bolivie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Moldavie, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Philippines, République démocratique du Congo, République Dominicaine, Sénégal, Tanzanie, Ukraine et Zambie) et de 25-29 ans pour sept pays (Bangladesh, Ethiopie, Guatemala, Malawi, Népal, Rwanda et Zimbabwe); dans 6 pays, les données pour le calcul de ces âges médians, et par conséquent pour le décalage entre l'âge lors du premier rapport sexuel et du premier mariage/union, n'étaient pas disponibles (Colombie, Egypte, Honduras, Pakistan, Pérou et Vietnam).

8. Rapports sexuels au cours des trois derniers mois.

9. Etant donné qu'il est impossible de calculer une valeur médiane lorsque moins de 50% des personnes interrogées ont vécu l'événement en question, l'âge médian à la première naissance parmi les femmes (indicateur 35) doit être calculé pour des tranches d'âges différentes selon les caractéristiques de chaque pays. La tranche d'âge de référence pour ce calcul est de 25-29 ans pour 26 pays (Albanie, Bolivie, Colombie, Egypte, Ethiopie, Guatemala, Honduras, Inde, Indonésie, Kenya, Moldavie, Népal, Nigeria, Ouganda, Pakistan, Pérou, Philippines, République démocratique du Congo, République Dominicaine, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie et Zimbabwe) et de 20-24 dans trois pays (Bangladesh, Malawi et Mozambique). Finalement, comme les données étaient incomplètes pour certains groupes d'âge, le calcul a été effectué pour la tranche d'âge de 30-34 ans au Ghana.

10. Pour les femmes qui ont accouché de leur dernier-né dans un établissement de santé (indicateur 36), les données se réfèrent à l'accouchement le plus récent survenu au cours des cinq ans précédant l'enquête. Pour la planification des naissances, indicateur 37), les données se réfèrent à toutes les naissances ayant eu lieu au cours des cinq ans précédant l'enquête, sauf pour le Vietnam, précédant l'enquête, sauf pour le Vietnam, où cette durée est de trois ans.

Notes: nc=non collectée; nd=non disponible

\* = lorsque les données EDS sont disponibles pour moins de 25 répondants, la donnée est supprimée, l'information étant considérée comme trop limitée pour représenter valablement le groupe.

[ ] = lorsque les données EDS sont disponibles pour 25-49 répondants, la valeur est indiquée entre crochets pour indiquer qu'en raison de la petite taille de l'échantillon, la valeur sera moins précise que les valeurs basées sur des échantillons de plus de 50 répondants.

# 4

## Droits sexuels et égalité de genre

Ce chapitre présente des mesures relatives aux connaissances des *jeunes* en matière de *santé sexuelle* et à l'éducation sexuelle dans les écoles, deux aspects déterminants pour permettre aux *adolescents* des deux sexes de prendre leurs décisions en toute connaissance de cause. Ce chapitre fournit également des informations sur les attitudes des adultes en ce qui concerne l'éducation en matière de préservatifs et de santé sexuelle. Le degré d'autonomie des femmes pour prendre des décisions concernant leur santé, ainsi que les attitudes quant aux droits des femmes au sein des relations de couple sont aussi traités. Les *indicateurs* ont été sélectionnés parce qu'ils représentent les seules mesures fiables dont on dispose sur ces sujets pour un grand nombre de pays; ils apportent aussi quelques indications sur l'expérience des jeunes par rapport à leurs *droits sexuels* et à l'égalité de *genre*. Les droits sexuels des jeunes incluent le droit à l'égalité, le droit à la vie et à être à l'abri de la violence et des abus, le droit à la santé et le droit d'être informé et d'apprendre.<sup>18</sup>

Pour documenter de façon adéquate la réalité des droits sexuels et l'égalité de genre, une palette beaucoup plus large d'informations sur l'éducation sexuelle, les droits et les attitudes relatifs à la sexualité et les comportements en matière d'égalité de genre et de droits sexuels est nécessaire. Etant donné que nous ne disposons pas de beaucoup d'informations sur ces sujets, ce chapitre présente les mesures qui sont disponibles pour un grand nombre de pays, afin de fournir au moins un aperçu, aussi limité soit-il, sur les problématiques abordées dans ce chapitre. Une discussion plus spécifique des limites relatives aux données disponibles est présentée après chaque groupe d'indicateurs.

### SECTION 1: ÉDUCATION SEXUELLE À L'ÉCOLE

Les gouvernements et les professionnels sont de plus en plus nombreux à reconnaître les droits sexuels et reproductifs des jeunes. Les recommandations et standards internationaux relatifs à l'éducation sexuelle ont progres-

sivement mis un accent beaucoup plus marqué sur les droits humains. La tendance observée est celle d'une approche plus globale et complète de l'éducation sexuelle, avec pour but de soutenir et renforcer les jeunes pour qu'ils "vivent la sexualité de façon responsable, dans la sécurité et de façon pleinement satisfaisante, plutôt que de se concentrer d'abord sur les problèmes et les dangers."<sup>19</sup> Passer d'une approche pédagogique étroite, axée sur le VIH/sida, à une approche plus intégrée et plus complète, encourage aussi les jeunes à exercer un esprit critique par rapport aux normes sociales et culturelles entourant la sexualité et les questions liées au genre.

Enseigner l'éducation sexuelle dans les écoles permet de s'adresser à un grand nombre d'adolescents et de les équiper de compétences leur permettant de prendre leurs décisions en toute connaissance de cause et de protéger leur santé. Ceci dit, les données fiables et comparables entre pays manquent, aussi bien quant à ce qui est effectivement enseigné dans les salles de classe en matière d'éducation sexuelle qu'en ce qui concerne la qualité de cette éducation. La seule approximation disponible qui soit comparable pour un grand nombre de pays est l'exposition des adolescents à *l'éducation basée sur les compétences* en matière de VIH ou de santé (indicateurs 38 et 39). Ce type d'éducation fournit aux adolescents des informations sur les risques d'infection liés aux IST, y compris le VIH, sur les moyens de protéger leur santé et celle des autres, ainsi que sur que les mythes et les idées fausses relatifs au VIH. Les compétences nécessaires à la prise de décision, la résolution de problèmes, l'esprit critique et la réflexion créative, la connaissance de soi, la communication et les relations interpersonnelles en font également partie. Ce type d'éducation peut aussi enseigner aux adolescents comment gérer leurs émotions et leur stress. En général, l'éducation à la santé basée sur les compétences comprend au moins quelques informations sur la reproduction humaine, y compris la contraception.

Des chercheurs ont tenté récemment à plusieurs reprises de documenter l'enseignement dans les écoles de l'éducation basée sur les compétences en matière de VIH, comme le montre le tableau des indicateurs 38 et 39.

L'indicateur 38 fournit des informations sur la proportion d'écoles d'un pays qui enseignaient ce sujet au moment où les pays ont fait leur rapport de situation 2010 à l'UN-GASS (indicateur 38). L'indicateur 39 renseigne sur l'importance que les pays accordent à l'éducation basée sur les compétences en matière de VIH ou de santé. Combinés avec les chiffres sur la fréquentation scolaire (indicateurs 60, 61, 63 et 64), ces indicateurs fournissent une idée de la probabilité que les adolescents reçoivent à l'école une éducation basée sur les compétences en matière de VIH ou de santé.

Ces indicateurs ne suffisent pas à évaluer l'ampleur et la qualité de l'information et l'éducation sexuelle prodiguée aux enfants et aux adolescents à l'école. De même, ces mesures ne disent rien de l'information et de l'éducation offerte en dehors de l'école ou par les médias. Cependant, ce sont les seules données disponibles pour un grand nombre de pays, et malgré ces limites importantes, elles fournissent une certaine quantité d'informations sur l'éducation sexuelle à l'école.

## DÉFINITIONS

### **38. % d'écoles qui ont enseigné l'éducation VIH basée sur les compétences au cours de l'année académique précédente**

Cet indicateur montre le pourcentage d'écoles (privées et publiques) ayant participé à l'enquête qui ont déclaré avoir dédié "au cours de l'année académique précédente au moins 30 heures à la formation de compétences, y compris sur le VIH, pour chaque niveau scolaire". Cet indicateur ne permet certainement pas de vérifier dans quelle mesure l'éducation en matière de VIH se rapproche d'une *éducation complète en matière de sexualité*, que ce soit en ce qui concerne les contenus spécifiques, l'approche pédagogique ou la qualité de l'enseignement. Cependant, puisqu'il inclut certains aspects de l'éducation sexuelle, il peut être utilisé, en l'absence d'autres données meilleures, comme *variable de substitution* pour l'éducation sexuelle.

### **39. Inclusion dans le curriculum national de l'éducation VIH ou à la santé (y compris prévention du VIH) basée sur les compétences**

Cet indicateur donne une idée du niveau d'attention et d'engagement du gouvernement et du ministère de

l'éducation par rapport à l'éducation à la santé, y compris la prévention du VIH, basée sur les compétences. Il décrit le statut de l'éducation en matière de VIH dans le *curriculum national*. Si cette éducation est incluse comme cours obligatoire, les enseignants doivent donner à leurs élèves un nombre déterminé de cours sur le sujet, en utilisant une approche basée sur l'acquisition de compétences.

#### Limites:

Les données pour les indicateurs 38 et 39 ont été rassemblées par l'équipe de recherche de l'Institut Guttmacher qui a passé en revue les rapports publiés sur le sujet. Par conséquent, ces indicateurs ne rendent compte que de ce qui figure sur le papier; ils ne fournissent pas d'information sur ce qui est effectivement enseigné aux élèves. De même, ces mesures ne disent rien de l'information et de l'éducation donnée par des programmes en dehors de l'école ou par les médias.

Les indicateurs ne fournissent pas d'informations spécifiques sur le contenu de l'éducation basée sur les compétences en matière de VIH ou de santé, ni sur le nombre d'heures dédiées au sujet ou sur les niveaux d'enseignement auxquels cette éducation est prodiguée. En réalité, plusieurs études montrent que certains des sujets inclus dans le curriculum national ne sont pas systématiquement enseignés, en particulier ceux réputés difficiles à enseigner ou qui ne sont pas obligatoires et/ou pas soumis à examen.

La diversité des programmes et des approches de l'éducation basée sur les compétences en matière de VIH et de santé rend les comparaisons entre pays difficiles. Les variations des niveaux de fréquentation scolaire doivent aussi être prises en considération au moment d'interpréter ces indicateurs ou de faire des comparaisons entre pays: les programmes vont atteindre relativement peu d'adolescents dans les pays où le taux de fréquentation scolaire est bas.

De plus, la plupart des données sont auto-déclarées, et les gouvernements peuvent vouloir exagérer leurs réalisations pour mieux correspondre aux standards internationaux ou pour obtenir un soutien financier international.

## APPLICATIONS

Malgré les limites sérieuses mentionnées ci-dessus, l'indicateur sur l'éducation VIH basée sur les compétences et celui sur l'éducation à la santé prodiguée à l'école fournissent quelques indications sur l'ouverture et la volonté des ministères de l'éducation et des écoles de traiter de sujets sensibles. Même dans les endroits où la fréquentation scolaire est faible, l'école reste un bon moyen d'atteindre un grand nombre d'enfants et de jeunes.

### **Programmation et fourniture de services**

D'importantes lacunes dans les connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive existent vraisemblablement dans le pays où la fréquentation scolaire est faible et où l'éducation sexuelle à l'école n'est pas répandue. Par exemple en Zambie, la fréquentation scolaire tourne



autour de 80% pour les deux sexes au niveau primaire (indicateurs 60, et 61); au niveau secondaire, elle tourne autour de 35% pour les adolescentes et de 38% pour les adolescents (indicateurs 63 et 64). Ces chiffres signifient que même si une éducation complète à la sexualité est enseignée dans les écoles, de nombreux adolescents et adolescentes n'y auront pas accès du fait qu'ils ne vont pas à l'école. Étant donné ces chiffres, les organisations et les prestataires de services peuvent justifier le besoin de développer leurs propres programmes et matériels éducatifs, ainsi que de former du personnel pour offrir une éducation complète à la sexualité en dehors des écoles, dans des endroits comme les clubs sportifs ou de jeunes.

Pour le plaider en faveur de l'inclusion de l'éducation sexuelle dans les curricula scolaires nationaux, il est essentiel de rechercher la coopération avec les ministères de la santé et de l'éducation. Les ministères de la santé peuvent fournir les analyses de situation nécessaires pour argumenter en faveur de l'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes officiels de l'enseignement général. Le ministère de la santé peut aussi faire en sorte que l'éducation sexuelle soit complétée par des services de santé accessibles aux jeunes.

### Information et éducation en matière de sexualité

Les indicateurs dans cette section montrent que, sous une forme ou une autre, la plupart des pays ont introduit l'éducation sexuelle dans leur curriculum national. Pourtant, l'information concernant la qualité de ces programmes et leur enseignement effectif manque le plus souvent. D'autres recherches sur l'éducation sexuelle à l'école montrent que la mise en œuvre de ces programmes est souvent insuffisante, et que les contenus des programmes eux-mêmes sont loin d'être assez complets.<sup>20</sup>

De plus, pas tous les adolescents et les jeunes fréquentent l'école (indicateurs 60, 61, 63 et 64). Les prestataires de services et les éducateurs peuvent évaluer les lacunes dans les connaissances en matière de santé sexuelle parmi la population adolescente dont ils s'occupent en se servant aussi des indicateurs sur leurs connaissances et leur efficacité personnelle (indicateurs 42–46). Par exemple, en Inde, seulement 20% des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans et 36% des jeunes hommes du même âge ont une connaissance approfondie en matière de VIH/sida (indicateurs 47 et 48).

Tous ces chiffres montrent que dans le but d'atteindre davantage de jeunes, les programmes, prodigués aussi bien à l'école qu'en dehors de celle-ci, doivent inclure

l'éducation sexuelle. Les programmes extra scolaires peuvent être de type communautaire, intégrés aux centres de santé et de soins ou diffusés par les médias. Les professionnels de la santé peuvent aussi penser à contribuer à l'éducation sexuelle et reproductive dans les écoles, par exemple en soutenant le système scolaire dans le développement de matériel d'enseignement, en formant des enseignants ou en travaillant avec ceux-ci dans les salles de classe ou en dehors de celles-ci. Pour ce genre d'activités, les professionnels de la santé devraient travailler en étroite collaboration avec le ministère de l'éducation.

Comme déjà mentionné plus haut, ces indicateurs ne révèlent pas la qualité de l'éducation sexuelle, ni si celle-ci est suffisamment complète. De plus, ces indicateurs se concentrent spécifiquement sur les modules consacrés à la prévention du VIH. Les organisations peuvent utiliser l'information disponible comme une incitation pour mener plus de recherches sur l'éducation à la sexualité, notamment sur sa qualité, l'éventail des sujets abordés et le nombre d'écoles qui l'enseignent.

### Plaidoyer

Ces indicateurs montrent que, dans la plupart des pays, il est toujours nécessaire de défendre et de promouvoir une éducation sexuelle qui soit complète, basée sur les compétences et appropriée à l'âge. Les données du chapitre 3 sur les connaissances des jeunes et leur utilisation de la contraception (indicateurs 19–33) et sur l'âge des premières relations sexuelles (indicateurs 5–8) peuvent être extrêmement utiles en conjonction avec les données sur la couverture de l'éducation sexuelle (indicateurs 38–39).

Une approche de la sexualité et de la santé reproductive basée sur l'apprentissage des compétences aide les jeunes à comprendre et évaluer les facteurs qui augmentent les risques de *grossesses non planifiées*, d'infection au VIH et autres IST, ainsi que de violence et d'abus sexuels. Correctement appliquée, une approche basée sur les compétences, peut avoir des effets positifs sur la communication, *l'efficacité personnelle*, la négociation, et en fin de compte, sur des comportements comme l'utilisation de la contraception et les pratiques sexuelles sans risques

Promouvoir le début de l'éducation sexuelle assez tôt, c'est-à-dire avant le début des premières expériences sexuelles, est très important. Tous les adolescents, garçons et filles, ainsi que tous les jeunes adultes, ont le

droit d'être informés sur la sexualité et la santé sexuelle et reproductive, de telle façon à pouvoir prendre les meilleures décisions possibles pour protéger leur santé et celle de leurs partenaires. A certains endroits, là où peu de jeunes vont à l'école secondaire, il est important de promouvoir l'éducation sexuelle déjà à l'école primaire, ainsi que dans d'autres lieux en dehors de l'école.

Les données sur l'éducation en matière de VIH peuvent être utilisées pour faire du lobbying auprès des ministères de l'éducation en vue d'améliorer la mise en œuvre des curricula de santé sexuelle existants et, si nécessaire, d'améliorer aussi l'approche de l'éducation sexuelle, pour qu'elle soit complète et basée sur les compétences. Bien que la plupart des gouvernements déclarent que l'éducation VIH basée sur les compétences est incluse dans le curriculum national, la plupart d'entre eux ne peuvent pas

fournir d'information quant à la couverture et à la qualité de cette éducation. Lorsqu'elles existent, les données rassemblées par les enquêtes auprès des écoles montrent qu'une telle éducation n'est pas enseignée dans toutes les écoles. Par exemple, 31% des écoles en Inde enseignent ce type d'éducation, mais il n'est pas précisé si ce nombre concerne les écoles primaires, secondaires ou les deux.

Pour améliorer la qualité de l'éducation sexuelle, il faut aussi demander que les enseignants reçoivent une formation adéquate et que le matériel d'enseignement soit de bonne qualité (d'ailleurs, souvent il existe déjà). Il faut encore que l'éducation sexuelle soit intégrée au curriculum national et qu'elle soit enseignée dans différentes années de scolarité et en fonction des besoins des élèves. Finalement, il faut prévoir un nombre suffisant d'heures d'enseignement.

## RESSOURCES POUR DÉVELOPPER UNE ÉDUCATION SEXUELLE DE QUALITÉ

**“The IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)”<sup>21</sup>**, propose un cadre de référence pour une éducation complète à la sexualité et présente une approche de la sexualité des adolescents fondée sur les droits. Ce cadre de référence fournit notamment une liste permettant de vérifier si tous les éléments essentiels d'une éducation complète à la sexualité sont réunis; un cadre de base pour planifier la mise en œuvre d'une telle éducation; des ressources pour approfondir le sujet; et des modèles de curriculum.

**Dans les “Leçons apprises sur l'éducation en matière de VIH/sida basée sur les aptitudes”<sup>22</sup>** l'UNICEF présente les leçons à tirer d'un large éventail de recherches et d'expériences en lien avec l'éducation pour la prévention du VIH/sida, dans des pays développés et en développement; le but est de maximiser la qualité des programmes et, en fin de compte, d'améliorer leurs résultats. Les leçons présentées sont aussi pertinentes pour l'éducation complète en matière de sexualité.

**“Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics”<sup>23</sup>** rédigé par Douglas Kirby et ses collègues, ce document résume 83 évaluations de programmes d'éducation sexuelle et VIH, basés sur des curricula, destinés aux jeunes et mis en œuvre dans des écoles, des cliniques ou d'autres contextes commu-

nautaires, dans des pays développés et en développement. Ces programmes mettent généralement l'accent sur la grossesse ou la prévention du VIH et des autres IST, et pas sur des aspects plus larges de la sexualité comme les étapes du développement humain, les rôles de genre ou les relations amoureuses. Cette revue et le guide qui s'y rapporte ont certaines limites, du fait qu'ils n'incluent pas les éléments d'une approche de l'éducation à la sexualité fondée sur les droits.

**Le “Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STI/HIV Education Programs”<sup>24</sup>** est un “outil pour évaluer les caractéristiques des programmes d'éducation sexuelle et IST/VIH qui fonctionnent” élaboré par Douglas Kirby et ses collègues. Le document est présenté sous la forme d'un ensemble de questions pour aider les praticiens à évaluer dans quelle mesure les programmes basés sur des curricula incorporent les caractéristiques communes aux programmes efficaces, identifiées au moyen de la recherche mentionnée ci-dessus.

**“Un seul programme”<sup>14</sup>** produit par le Population Council et IPPF, fournit un curriculum global et complet d'éducation à la sexualité, mettant l'accent sur l'égalité de genre et les droits humains. Il présente les domaines importants à traiter, un plan des leçons et des conseils sur la façon d'aborder les questions sensibles de façon positive et proactive.

Le manque d'informations fiables et comparables entre pays sur l'inclusion dans le curriculum national de l'éducation VIH basée sur les compétences devrait donner une impulsion au plaidoyer pour l'amélioration de la collecte de données sur le statut et la qualité de l'éducation sexuelle à l'école.

## GUIDE DE DISCUSSION

### Éducation sexuelle à l'école

- Avez-vous une copie du curriculum national de votre pays? L'éducation sexuelle fait-elle partie des matières qui doivent être enseignées à l'école? Si oui, regardez quels sont les sujets spécifiques qui sont mentionnés et comparez cette liste avec le cadre de référence pour une éducation complète à la sexualité de IPPF, afin de vérifier si tous les éléments essentiels y sont présents.
- Quels sont les obstacles les plus importants à la mise en œuvre dans votre pays d'une éducation complète à la sexualité? Quelles sont les opportunités qui existent actuellement?
- Au cas où l'éducation sexuelle est déjà intégrée au curriculum national dans votre pays ou votre région, voyez-vous des opportunités pour améliorer sa mise en œuvre? Que peut faire votre organisation à cet égard?
- Les enseignants sont-ils formés pour enseigner l'éducation sexuelle? Quel type de soutien reçoivent-ils?
- Si les jeunes ne reçoivent pas d'éducation sexuelle à l'école, quelles sont les autres sources qu'ils utilisent pour s'informer? Y a-t-il de bonnes sources, qui puissent leur donner des informations en matière d'éducation sexuelle suffisamment complètes et exactes?
- Quels sont les mythes et les informations erronées propagés par certaines sources? Comment pourriez-vous travailler avec ces sources pour corriger les inexactitudes et promouvoir des messages corrects et fondés sur les droits?

## SECTION 2: ATTITUDES DES ADULTES ENVERS L'INFORMATION SUR LA SANTÉ SEXUELLE

Cette section présente des données sur les attitudes générales des adultes par rapport à un aspect particulier des programmes de prévention du VIH. L'attitude des adultes

par rapport à l'enseignement aux jeunes adolescents âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du préservatif est la seule mesure disponible pour un grand nombre de pays.

Pour disposer d'informations adéquates sur ce sujet, il faudrait un éventail de mesures beaucoup plus large sur les attitudes des adultes par rapport à d'autres thèmes que la prévention du VIH/sida et le préservatif. Etant donné qu'une telle information manque, nous présentons quand même cette seule mesure relative au préservatif et à l'éducation pour prévenir le VIH/sida, parce qu'elle fournit au moins une première idée des opinions des adultes quant aux informations à donner aux adolescents concernant la santé sexuelle.

## DÉFINITIONS

### 40. % de femmes 18–49 ans favorables à l'enseignement aux adolescents de 12–14 ans quant au préservatif pour prévenir le VIH

Cet indicateur mesure l'opinion des femmes adultes en ce qui concerne le besoin d'enseigner aux jeunes adolescents des deux sexes que le préservatif, utilisé correctement, protège du VIH.

### 41. % d'hommes 18–49 ans favorables à l'enseignement aux adolescents de 12–14 ans quant au préservatif pour prévenir le VIH

Cet indicateur mesure l'opinion des hommes adultes en ce qui concerne le besoin d'enseigner aux jeunes adolescents des deux sexes que le préservatif, utilisé correctement, protège du VIH.

#### Limites relatives à la disponibilité de ces indicateurs:

Ces indicateurs ne sont pas disponibles pour de nombreux pays, ce qui rend les comparaisons internationales difficiles.

#### Limites liées au fait qu'il s'agit d'une mesure de substitution:

Cette mesure est utilisée ici comme approximation du soutien à l'éducation sexuelle. Il est cependant possible que le soutien à l'éducation en matière de VIH soit plus important que celui pour une éducation sexuelle plus complète. Dans de nombreux pays, le VIH est devenu un important problème de santé publique, tandis que la sexualité en général, et à plus forte raison la sexualité des adolescents, peut encore être considérée comme un sujet tabou. Ainsi, l'éducation sexuelle pour les jeunes adolescents (âgés de 12 à 14 ans) peut être considérée comme inacceptable, même parmi ceux qui soutiennent l'éducation pour prévenir le VIH.

## APPLICATIONS

La résistance des parents aux programmes d'éducation sexuelle peut représenter un obstacle à leur mise en œuvre. Il est par conséquent très important de faire participer les parents, et de leur expliquer les bénéfices pour les adolescents d'une éducation complète concernant les rapports sexuels, la sexualité et la santé sexuelle. Une bonne compréhension de la part des parents, des enseignants et d'autres adultes de l'importance de l'éducation sexuelle peut aider à influencer les décideurs et les écoles pour qu'une telle éducation soit enseignée.

### Programmation et fourniture de services

Ces indicateurs peuvent être utilisés pour démontrer le besoin d'une meilleure communication avec les parents et les autres adultes, dans le but qu'ils prennent conscience du besoin d'informer les adolescents des deux sexes, avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs, sur le préservatif et d'autres sujets en lien avec la santé et les droits sexuels.

Par exemple en Zambie, 48% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans et 45% des adolescents du même âge ont déjà eu des relations sexuelles (indicateurs 1 et 2). 44% des naissances parmi les femmes de moins de 20 ans ne sont pas planifiées (indicateur 37). Les besoins de contraception non satisfaits sont élevés parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui sont mariées (22%; indicateur 33), et encore plus importants parmi les adolescentes *sexuellement actives* qui ne sont pas mariées ou *en union* (64%; indicateur 32). Ces chiffres montrent que les adolescentes sexuellement actives sont nombreuses, qu'elles ont besoin d'être informées et de pouvoir se protéger des IST et des grossesses non planifiées.

Bien que la plupart des jeunes en Zambie (76% des jeunes femmes et 88% des jeunes hommes; indicateurs 43 et 44) connaissent un endroit où se procurer des préservatifs, en obtenir peut cependant rester difficile: seulement 40% des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans déclarent pouvoir se procurer des préservatifs toutes seules (indicateur 42). L'utilisation du préservatif n'est pas très courante en Zambie: seulement 35% de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans et sexuellement actifs déclarent en avoir utilisé un lors de leur dernier rapport sexuel (indicateur 28). Les prestataires de services, les éducateurs et les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser ces données pour encourager la prise de conscience parmi

les adultes et les parents quant à l'importance de donner à tous les adolescents des informations et un accès aux prestations, y compris pour les préservatifs.

Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important pour faciliter la communication entre les jeunes clients et leurs parents ou d'autres adultes qui s'occupent d'eux. Ils peuvent argumenter en se basant sur des études et sur leur expérience de situations réelles; ils sont ainsi bien placés pour soutenir le plaidoyer en faveur de l'éducation sexuelle pour les adolescents.

### Information et éducation en matière de sexualité

Dans les endroits où le soutien à l'enseignement aux jeunes adolescents de l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention du VIH est bas, il est probable que la plupart des jeunes adolescents ne reçoivent pas cette information sur le préservatif —ni sur d'autres sujets relatifs à la santé et aux droits sexuels—ni à la maison, ni à l'école ou par les médias. Les indicateurs sur l'activité sexuelle au chapitre 3 peuvent être utilisés pour expliquer aux parents et autres adultes pourquoi il est si important de donner ces informations aux jeunes au tout début de leur adolescence.

Par exemple, au Guatemala, 22% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà été mariées au moins une fois (indicateur 9), 38% ont eu des relations sexuelles avant 18 ans (indicateur 7) et 35% des naissances récentes pour des femmes de moins de 20 ans étaient non planifiées (indicateur 37). Toutefois, seulement 22% des jeunes femmes guatémaltèques ont une connaissance approfondie sur le VIH (indicateur 47). Les jeunes hommes au Guatemala ont eux aussi besoin d'avoir accès à l'information et aux services: 60% ont eu des relations sexuelles avant d'avoir 18 ans (indicateur 8), et seulement 34% de ceux sexuellement actifs utilisent des préservatifs au moment de l'enquête (indicateur 28).

### Plaidoyer

Les indicateurs 1 à 18 montrent que de nombreux adolescents sont sexuellement actifs, qu'ils soient mariés ou non. Là où les adultes sont peu favorables à ce que l'éducation des jeunes adolescents traite de l'usage des préservatifs, il est nécessaire de plaider pour expliquer l'importance d'une éducation sexuelle complète (qui ne traite pas que de l'usage des préservatifs). Le niveau de soutien pour l'enseignement de l'usage des préservatifs varie fortement selon les pays. En Inde par exemple, seulement 28% des femmes (15 à 49 ans) et 35% des

hommes du même âge approuvent cet enseignement pour les filles âgées de 13 à 15 ans, alors qu'en Zambie, 56% des femmes adultes et 68% des hommes adultes approuvent cet enseignement pour les jeunes adolescents (12–14 ans) des deux sexes (indicateurs 40 and 41).

Ces chiffres, ainsi que ceux pour d'autres pays, montrent qu'un travail de plaidoyer est nécessaire pour gagner l'acceptation des adultes vis-à-vis de l'enseignement de l'éducation sexuelle, y compris l'utilisation des préservatifs, pour les adolescents de tous âges, y inclus les plus jeunes. Là où le niveau d'acceptation des adultes de l'enseignement concernant les préservatifs est suffisant, ces données peuvent être utilisées pour plaider auprès du ministère de l'éducation, des écoles, des associations d'enseignants, des prestataires de services et des organisations communautaires pour qu'une éducation sexuelle plus complète soit donnée, y compris aux jeunes adolescents.

Par exemple, en République Dominicaine, plus de 90% des adultes soutiennent l'enseignement aux jeunes adolescents de 12 à 14 ans (indicateurs 40 et 41) à propos de l'usage des préservatifs comme moyen de prévenir le VIH. Cependant, seulement 6% des écoles du pays ayant participé à l'enquête offrent une éducation VIH basée sur les compétences (indicateur 38). Ces chiffres peuvent clairement être utilisés pour plaider afin que les écoles soient plus nombreuses à donner une éducation sexuelle basée sur les compétences.

## GUIDE DE DISCUSSION

### Enseigner aux adolescents l'utilité du préservatif

- Comment votre organisation cherche-t-elle à atteindre les parents et à leur parler de l'importance de l'éducation sexuelle pour les jeunes?
- Sans regarder les indicateurs, quel est selon vous le niveau de support dans votre pays par rapport à l'enseignement aux jeunes adolescents de l'utilité du préservatif? Faites un remue-méninges pour déterminer ce qui contribue à un niveau bas d'acceptation de l'éducation pour la prévention du VIH, puis essayez d'imaginer des façons de traiter de ce problème en utilisant les données des autres sections de ce guide (par exemple, celles du chapitre 3).
- Pensez-vous qu'enseigner aux jeunes la prévention du VIH peut ouvrir des portes pour parler d'autres questions? Si oui, comment? Quelles autres ques-

tions pourrait-on mettre en lien avec la prévention du VIH?

- Considérez les éléments inclus dans le curriculum d'éducation complète à la sexualité de votre organisation et comparez-les avec les éléments essentiels mentionnés par le cadre de référence pour une éducation complète à la sexualité.<sup>21</sup> Qu'est-ce qui manque? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré?

## SECTION 3: EFFICACITÉ PERSONNELLE EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

Les indicateurs de cette section se réfèrent principalement à la prévention du VIH. Ils ont été choisis parce qu'ils sont les seuls disponibles pour un grand nombre de pays et parce qu'ils sont considérés comme fiables. Pour mesurer adéquatement *l'efficacité personnelle* —la perception qu'a un individu de sa capacité à adopter un comportement ou à réaliser une activité spécifique, avec le sentiment de pouvoir arriver aux résultats souhaités— un éventail de mesures beaucoup plus large serait nécessaire concernant les connaissances et l'accès des adolescents à l'information et aux services liés à la santé et aux droits sexuels. Ceci dit, l'accès aux préservatifs et les connaissances sur les risques et sur les manières de protéger sa santé peuvent donner une première idée du niveau d'efficacité personnelle des jeunes, même si les connaissances et l'accès ne se traduisent pas automatiquement en comportements. Cependant, si les jeunes femmes sont capables d'obtenir un préservatif masculin toutes seules, il est alors plus probable qu'elles soient aussi capables d'utiliser cette méthode systématiquement. De la même façon, si les jeunes femmes et les jeunes hommes sont bien informés sur le VIH et les autres IST, ainsi que sur les mythes, les idées fausses et les moyens de prévention, il est alors plus probable qu'ils prendront les bonnes décisions pour protéger leur santé.

## DÉFINITIONS

### 42. % des femmes 15–24 ans qui déclarent pouvoir se procurer des préservatifs toutes seules

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes femmes ont accès aux préservatifs, sans qu'elles aient à demander l'aide du partenaire sexuel, d'un ami ou d'un membre de la famille pour s'en procurer.

**Limites:**

Même lorsqu'une femme déclare pouvoir accéder toute seule à des préservatifs, il n'est pas sûr qu'elle en obtienne en réalité, ou qu'elle les utilise une fois obtenus. Par exemple, cet indicateur ne rend pas compte des pressions que les femmes peuvent subir de la part de leur partenaire pour avoir des rapports sexuels non protégés. Aussi, dans certaines cultures, il est considéré comme inacceptable qu'une femme ait des préservatifs sur elle ou qu'elle insiste pour en utiliser au moment de la relation sexuelle. Un tel comportement peut être perçu comme un signe de promiscuité sexuelle, laisser supposer qu'elle souffre d'une IST, notamment le VIH, ou encore qu'elle soupçonne que son partenaire est infecté. De telles perceptions peuvent signifier un risque accru de violences sexuelles ou de discrimination sociale.

**43. % de femmes 15–24 ans connaissant une source de préservatifs**

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes femmes connaissent un endroit où se procurer des préservatifs.

**44. % d'hommes 15–24 ans connaissant une source de préservatifs**

Cet indicateur mesure à quel point les jeunes hommes connaissent un endroit où se procurer des préservatifs.

**45. % de femmes 15–49 ans sachant que l'utilisation du préservatif réduit le risque d'infection par le VIH**

Cet indicateur mesure le niveau de connaissances des femmes en âge de procréer concernant l'utilisation du préservatif comme moyen efficace de prévenir la transmission du VIH.

**46. % de femmes 15–49 ans qui savent qu'avoir un seul partenaire sexuel non infecté réduit le risque d'infection par le VIH**

Cet indicateur mesure la proportion de femmes en âge de procréer qui savent qu'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire séronégatif diminue le risque de contracter le VIH.

**47. % de femmes 15–24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida**

Cet *indicateur composite* combine les réponses à plusieurs questions et mesure la proportion de jeunes femmes qui connaissent les faits principaux sur les façons de se protéger du VIH. Pour cela, elles doivent savoir qu'utiliser systématiquement un préservatif pour chaque rapport sexuel et n'avoir qu'un partenaire sexuel séroné-

gatif, qui lui-même n'a aucune autre partenaire sexuelle, peuvent réduire le risque d'infection au VIH; elles doivent aussi savoir qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le virus du sida; et finalement pouvoir identifier les deux idées fausses les plus répandues localement quant à la transmission et la prévention du VIH.

**48. % d'hommes 15–24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida**

Cet indicateur composite combine les réponses à plusieurs questions et mesure la proportion de jeunes hommes qui connaissent les faits principaux sur comment se protéger du VIH. Pour cela ils doivent savoir qu'utiliser systématiquement un préservatif pour chaque rapport sexuel et n'avoir qu'une partenaire sexuelle séronégative, qui elle-même n'a aucun autre partenaire sexuel, peuvent réduire le risque d'infection au VIH; ils doivent aussi savoir qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le virus du sida; et finalement pouvoir identifier les deux idées fausses les plus répandues localement quant à la transmission et la prévention du VIH.

**Limites relatives aux données pour le VIH/sida:**

Ces mesures des connaissances (indicateurs 45–48) sont relatives à la prévention du VIH/sida et ne rendent pas compte de toutes les dimensions de l'activité et des droits sexuels qui seraient utiles pour mesurer l'efficacité personnelle des jeunes en matière de santé sexuelle. Aucune autre mesure comparable entre pays n'est disponible. Malgré ces graves limites, ces indicateurs fournissent tout de même quelques informations sur le niveau probable de connaissances par rapport à cet aspect de la santé sexuelle.

**Limites relatives à la taille des groupes d'âge:**

Les indicateurs 45 et 46 sont fournis pour les femmes de 15 à 49 ans. Quand on utilise des mesures qui concernent toutes les femmes en âge de procréer, il est important d'être prudent et de ne pas les interpréter comme étant nécessairement valables pour les jeunes femmes; il faut au contraire se demander si elles s'appliquent en fait aussi aux jeunes femmes.

**Limites relatives à la pression sociale:**

Ces mesures ne tiennent pas compte de la pression sociale que les jeunes femmes peuvent subir de la part de leurs partenaires sexuels pour avoir des relations sexuelles non protégées. Étant donné la sensibilité sociale autour du VIH/sida, il est possible qu'au moment de répondre aux questions, certaines personnes soient victimes de biais sociaux—c'est à dire qu'elles affirment certains avis ou réfutent certains mythes parce qu'elles savent quelles sont les réponses socialement acceptables. Par exemple, certaines personnes peuvent savoir qu'elles sont censées répondre que les préservatifs protègent du VIH tout en croyant en fait que le préservatif n'est pas efficace.

**Limites relatives aux mesures de comportements effectifs:**

Aucun de ces indicateurs ne mesure des comportements effectifs, tels que l'achat de préservatifs, le fait d'en avoir avec soi et de les utiliser, ou le fait d'avoir des rapports sexuels protégés. Ils mesurent la capacité de se procurer des préservatifs, la connaissance des endroits où s'en procurer et des différentes façons de se protéger du VIH, ainsi que de certaines idées fausses sur la transmission et la prévention du VIH. Mais la connaissance ne se traduit pas forcément

en comportements tels que l'utilisation des préservatifs. Il est dès lors important de distinguer les données relatives aux connaissances sur une méthode efficace pour réduire les risques, des données relatives à l'utilisation de cette méthode. Par exemple, une femme qui sait qu'avoir un seul partenaire sexuel séronégatif réduit les risques d'infection (indicateur 46), ne va pas nécessairement être en mesure de choisir de n'avoir qu'un seul partenaire sexuel.

Ces résultats peuvent aussi induire en erreur, car il est difficile de savoir si les idées fausses les plus répandues mentionnées dans les questions de l'enquête (indicateurs 47 et 48) correspondent vraiment aux mythes les plus répandus.

## APPLICATIONS

Les chiffres montrent que beaucoup de femmes peuvent connaître les faits quant à la prévention du VIH et pourtant croire aux mythes les plus répandus sur le VIH, ce qui peut augmenter les risques de transmission et perpétuer la stigmatisation sociale envers les personnes séropositives. Ils montrent aussi une grande variation des connaissances sur le VIH et de la capacité de se procurer des préservatifs selon les pays.

### Programmation et fourniture de services

L'information sur l'accès aux préservatifs (indicateurs 42–44) est utile pour souligner les lacunes en matière d'accès aux services en général; elle suggère le besoin de rendre les services plus accessibles et plus accueillants pour les jeunes, en particulier pour les groupes ayant un accès aux préservatifs particulièrement bas. Par exemple au Kenya, 25% des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans dans le quintile le plus pauvre et 50% dans le *quintile* le plus riche, ou encore 49% des femmes de cet âge dans les zones urbaines et 37% dans les zones rurales, déclarent qu'elles peuvent acheter ou obtenir des préservatifs toutes seules. Les cliniques et d'autres endroits, comme les écoles, les bars ou d'autres lieux fréquentés par les jeunes, devraient mettre à disposition des préservatifs masculins et féminins dans des lieux discrets, par exemple dans les toilettes où les jeunes peuvent les prendre sans être vus de tout le monde.

Les chiffres sur les méthodes spécifiques de prévention du VIH (indicateurs 45 et 46) permettent aux prestataires de services de cibler les messages éducatifs et leurs services sur celles et ceux qui sont le moins informés. Par exemple, en Inde, 4% des jeunes femmes dans le quintile le plus pauvre et 45% dans le quintile le plus riche ont des connaissances étendues sur le VIH/sida. Les femmes en âge de procréer dans le quintile le

plus pauvre ont également moins de connaissances quant aux moyens spécifiques de réduire les risques d'infection au VIH (indicateurs 45 et 46); elles sont aussi moins conscientes que les femmes du quintile le plus riche de leur droit d'avoir le contrôle sur leur propre corps (indicateurs 49, 50, 52 et 54).

Les prestataires de services peuvent utiliser cette information pour mener des formations pour les prestataires. Ces formations devraient souligner les bénéfices liés à l'utilisation des préservatifs et communiquer qu'ils protègent à la fois des *grossesses non planifiées*, du VIH et des autres IST. Les professionnels de la santé peuvent aussi expliquer à leurs jeunes clients comment utiliser un préservatif et comment négocier son utilisation avec un partenaire sexuel.

Là où la population a un bas niveau de connaissance sur la transmission du VIH et les risques d'avoir plusieurs partenaires sexuels, les prestataires de services peuvent commencer par cibler l'information sur cet aspect particulier. Si peu de femmes ont des connaissances étendues sur le VIH (indicateur 47), les prestataires de services peuvent augmenter leurs efforts pour les informer sur le VIH, la santé sexuelle et les *droits sexuels*, par exemple lors des visites gynécologiques ou de toute autre consultation.

Les préservatifs doivent être utilisés correctement pour prévenir le VIH, les autres IST et les grossesses non planifiées. Les professionnels de la santé devraient considérer comment ils peuvent aider les jeunes à se procurer des préservatifs et à les utiliser correctement et systématiquement. Par exemple, ils peuvent indiquer à leurs jeunes clients où ils peuvent trouver des pharmacies ou des centres de jeunes où ils pourront se procurer facilement des préservatifs, sans avoir à craindre la stigmatisation ou sans se sentir mal à l'aise. Les professionnels de la santé devraient enseigner aux jeunes l'emploi correct du préservatif par des démonstrations pratiques, en utilisant des modèles artificiels ou par la description et la discussion. Il est essentiel d'arriver à rendre les préservatifs et les autres moyens de contraception familiers et normaux, si l'on veut augmenter leur utilisation et diminuer la stigmatisation liée à leur usage.

Bien que des données existent concernant les opinions des femmes par rapport à la justification qu'aurait une épouse de demander à son mari d'utiliser un préservatif s'il souffre d'une IST (indicateur 52), aucun indicateur ne mesure vraiment la capacité des femmes à négocier avec leurs partenaires l'utilisation des préservatifs. Les prestataires de services devraient par conséquent discuter

avec leurs clients, hommes et femmes, la question des pressions que les femmes peuvent subir de la part de leurs partenaires sexuels pour avoir des relations sexuelles non protégées. Ils devraient aussi aborder la question de comment négocier l'utilisation du préservatif, en particulier lorsque le partenaire est séropositif. Les prestataires de services devraient donner à leurs clientes et clients des idées sur les formulations et les arguments à utiliser pour persuader leurs partenaires d'utiliser des préservatifs. Les prestataires peuvent aussi offrir aux femmes l'option de venir pour une visite additionnelle avec leur partenaire sexuel, afin de discuter de ces questions. Là où les chiffres montrent que l'efficacité personnelle des femmes est basse (indicateurs 49–55), les prestataires de services et les responsables de programmes pourraient offrir une formation pour améliorer les compétences de négociation des femmes, ainsi que des ateliers pour les hommes et les femmes, dans le but de promouvoir une communication ouverte et équitable au sein de la relation sexuelle.

### Information et éducation en matière de sexualité

Les indicateurs de cette section montrent qu'il y a besoin de plus d'éducation en ce qui concerne les préservatifs, à l'école et dans d'autres endroits, mais aussi probablement dans les médias. L'éducation sexuelle devrait inclure des messages clairs sur les bénéfices liés à l'utilisation des préservatifs, y compris que les préservatifs et l'abstinence sont les seuls moyens efficaces permettant de prévenir à la fois les grossesses non planifiées et les IST.

De plus, les chiffres quant à l'étendue des connaissances sur le VIH montrent que beaucoup de femmes connaissent un certain nombre de faits sur la prévention, mais qu'elles sont beaucoup moins nombreuses à avoir une connaissance étendue. Elles peuvent par conséquent croire aussi à certains mythes, ce qui augmente leurs risques et perpétue la stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH. Par exemple, en République Dominicaine, 83% des femmes (15 à 49 ans) savent que l'utilisation du préservatif réduit le risque d'infection par le VIH (indicateur 45), et 88% savent qu'avoir un seul partenaire sexuel séronégatif réduit aussi ce risque (indicateur 46).

Cependant, les chiffres montrent que dans de nombreux pays, la proportion de jeunes ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida (indicateurs 47 et 48) est plutôt basse, en particulier parmi les jeunes femmes. Par exemple, dans 19 pays, moins d'un tiers des jeunes femmes de 15 à 24 ans jouissent d'une telle connaissance. Au Guatemala, elles sont même moins d'un quart (22%) à

avoir une connaissance approfondie sur le VIH/sida.

Une éducation approfondie et complète sur le VIH, incluant les compétences et les droits sexuels, devrait être un composant standard des curricula d'éducation sexuelle pour les jeunes. Il faudrait que les jeunes aient connaissance des faits prouvés scientifiquement concernant la transmission, la prévention et le traitement du VIH. Ils devraient aussi disposer d'informations sur les lieux accueillants pour les jeunes où obtenir des tests volontaires et des conseils. Des préservatifs devraient être mis à leur disposition, si possible pendant les cours d'éducation sexuelle ou dans des endroits discrets mentionnés au cours de la leçon (par exemple, dans les toilettes de l'école).

L'éducation sur le VIH est importante, mais elle ne suffit de loin pas à couvrir les besoins en information des adolescents en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs. Cependant, les personnes en charge du plaidoyer, les éducateurs et toute autre personne concernée par le sujet peuvent quand même utiliser les données relatives aux connaissances sur le VIH pour évaluer l'éducation sexuelle dispensée en général; à partir de cette information, ils peuvent identifier les groupes qui ont le moins de connaissances et développer des programmes d'éducation sexuelle qui soient complets et qui vont au-delà de la prévention du VIH.

### Plaidoyer

Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser les chiffres sur l'accès aux préservatifs (indicateurs 42–44) pour argumenter en faveur de programmes qui répondent aux difficultés qu'ont les jeunes à obtenir des préservatifs et aux inégalités d'accès dans un pays, là où elles existent.

Là où le niveau de connaissances est relativement bas en ce qui concerne l'utilisation du préservatif et la prévention du VIH (indicateurs 45–48), les personnes en charge du plaidoyer peuvent insister sur l'importance de dispenser des programmes d'éducation sexuelle qui soient complets. Elles devraient aussi s'assurer que ces programmes incluent les connaissances sur le VIH et sa prévention, et qu'ils abordent les mythes et la stigmatisation qui entourent les préservatifs. Tous les programmes de santé sexuelle devraient inclure des informations sur les relations saines, en particulier en ce qui concerne la communication et l'égalité au sein des relations, étant donné que ces deux aspects peuvent avoir un impact direct sur la qualité de la santé sexuelle.



## GUIDE DE DISCUSSION

### Accès aux préservatifs

- Comment votre organisation peut-elle utiliser les indicateurs sur l'accès aux préservatifs (indicateurs 42–44) pour améliorer la capacité des jeunes à se procurer aussi d'autres prestations de santé sexuelle? De quels autres chiffres auriez-vous besoin pour mener votre travail?
- A quel(s) endroit(s) les préservatifs peuvent-ils être obtenus dans vos cliniques ou d'autres lieux de services? Votre organisation procure-t-elle des préservatifs à chaque jeune client ou cliente qui vient pour une prestation de santé sexuelle et reproductive? Si non, pourquoi pas? Comment votre organisation peut-elle contribuer à améliorer l'accès des jeunes?
- Où dans votre communauté les jeunes peuvent-ils obtenir des préservatifs sans avoir peur ou honte, ou sans se sentir mal à l'aise? Que peut faire votre organisation pour diminuer la stigmatisation des jeunes qui cherchent à obtenir des préservatifs?
- Comment votre organisation pourrait-elle travailler avec des pharmacies situées dans votre quartier afin d'assurer que des préservatifs soient accessibles aux jeunes? Pourriez-vous former des pharmaciens pour bien accueillir les jeunes, afin que ces derniers se sentent à l'aise pour acheter des préservatifs?
- Quels sont les principaux obstacles à l'utilisation du préservatif que les jeunes dans votre région pourraient mentionner?
- Comment votre organisation peut-elle répondre à cette croyance selon laquelle le préservatif diminue le plaisir sexuel?
- Les préservatifs féminins sont-ils aussi disponibles? Devraient-ils être plus facilement disponibles? Est-ce que cela améliorerait la situation des femmes?

### Connaissances et efficacité personnelle en matière de santé sexuelle

- Comment peut-on améliorer les liens dans votre communauté entre l'éducation sexuelle et les services de santé sexuelle? Quelles sont les barrières qui empêchent ces liens, en particulier pour dispenser éducation et services en même temps et au même endroit?
- Quels sont les mythes les plus répandus dans votre communauté par rapport au VIH et aux personnes vivant avec le VIH? Quelle information ou service de proximité serait nécessaire selon vous pour dissiper ces mythes?

• Y a-t-il dans votre pays des lois ou des politiques discriminant les personnes vivant avec le VIH? Si oui, comment? Que peut faire votre organisation pour traiter de ce problème?

• Comment pouvez-vous utiliser les indicateurs relatifs aux connaissances sur la prévention et les mythes liés au VIH pour évaluer ce que savent les adolescents sur d'autres sujets liés à leur santé et leurs droits sexuels? De quels autres chiffres auriez-vous besoin pour votre travail?

## SECTION 4: AUTONOMIE DES FEMMES, NORMES SOCIALES ET ÉGALITÉ DE GENRE

Il n'existe pas de données systématiques comparables montrant dans quelle mesure les jeunes sont conscients de leurs droits sexuels et à quel point ils peuvent les exercer. Les indicateurs présentés ci-dessous ne mesurent pas ces droits directement. De la même façon, pour mesurer adéquatement l'égalité de genre, il faudrait un éventail de mesures beaucoup plus large. Les indicateurs de cette section fournissent cependant des approximations utiles, en mesurant à quel point les femmes ont leur mot à dire en ce qui concerne leur propre santé. Ils mesurent également les attitudes des femmes et des hommes quant au contrôle des femmes sur leur propre sexualité et quant à leur droit à l'intégrité physique. Bien que les attitudes ne se traduisent pas automatiquement en comportements, elles donnent des indications sur l'acceptabilité sociale de certains comportements et droits. Elles fournissent aussi des informations sur l'efficacité personnelle. Ces informations, mesurées pour tous les hommes et les femmes en âge de procréer, sont aussi valables pour les jeunes, dans la mesure où elles concernent des valeurs et des attitudes sociales générales fondamentales qui sont partagées par l'ensemble de la population. Pareillement, même si les opinions à la base des indicateurs ne concernent que les comportements des hommes mariés/en union et les droits des femmes mariées/en union, ils peuvent vraisemblablement s'appliquer aux comportements de l'ensemble des hommes, mariés/en union ou non, et aux droits de l'ensemble des femmes, mariées/en union ou non.

Quand les femmes sont en mesure de prendre des décisions en ce qui concerne leurs propres soins de santé, et quand elles sont conscientes de leur droit de ne pas subir de violence de la part de leur mari, il est plus probable qu'elles arrivent à protéger leur santé, gérer leur

vie sexuelle et exprimer leur sexualité sans prendre de risque et en y trouvant satisfaction. Connaître les opinions des hommes quant aux droits des femmes est aussi important; en effet, augmenter le soutien des hommes pour les droits des femmes peut représenter une importante opportunité pour un changement positif.

## DÉFINITIONS

### **49. % de femmes mariées/en union âgées de 15 à 49 ans ayant le dernier mot en ce qui concerne leurs propres soins de santé**

Cet indicateur mesure le niveau de contrôle des femmes sur leur propre corps, en évaluant leur degré d'autonomie en ce qui concerne leurs propres soins de santé. Dans certains contextes, les femmes peuvent dépendre pour leurs soins de santé des décisions prises par leur conjoint, leurs parents ou la famille élargie. Cet indicateur fournit une mesure de l'autonomie des femmes par rapport à leur propre corps.

### **50. % de femmes 15-49 ans qui sont d'accord avec les trois raisons pour une épouse de refuser des rapports sexuels avec son conjoint**

Cet indicateur mesure à quel point les femmes rejettent les normes de genre selon lesquelles les maris ont le droit de contrôler le comportement sexuel et le corps de leur épouse. Dans la plupart des enquêtes, les 3 raisons évoquées sont: l'épouse sait que le mari a eu des relations sexuelles avec une autre femme; elle sait qu'il souffre d'une IST; et elle est fatiguée ou n'a pas envie. Cet indicateur fournit aussi une mesure du contrôle des femmes sur leur vie et leur propre corps.

### **51. % d'hommes 15-59 ans qui sont d'accord avec les trois raisons pour une épouse de refuser des rapports sexuels avec son conjoint**

Cet indicateur mesure à quel point les hommes rejettent les normes de genre selon lesquelles les maris ont le droit de contrôler le comportement sexuel et le corps de leur épouse (voir l'indicateur 50 pour les trois raisons évoquées). Cet indicateur fournit aussi une mesure du contrôle des femmes sur leur vie et leur propre corps.

### **52. % de femmes 15-49 ans qui estiment que si le mari a une IST, l'épouse peut lui demander d'utiliser un préservatif**

Cet indicateur mesure à quel point les femmes pensent qu'elles ont le droit de se protéger dans des situations de risque connu en demandant l'utilisation du préservatif. Il mesure aussi l'attitude des femmes par rapport à leur droit de protéger leur propre santé sexuelle.

### **53. % d'hommes 15-49 ans qui estiment que si le mari a une IST, l'épouse peut lui demander d'utiliser un préservatif**

Cet indicateur mesure à quel point les hommes pensent que les femmes ont le droit de se protéger dans des situations de risque connu. Il montre aussi dans quelle mesure les hommes trouvent que l'utilisation du préservatif par les couples mariés est acceptable.

### **54. % de femmes 15-49 ans qui sont d'accord avec au moins une raison pour laquelle un mari peut battre son épouse**

Cet indicateur mesure l'acceptation par les femmes d'un statut social plus bas que celui des hommes, et des normes de genre qui admettent qu'un mari peut battre sa femme. Les enquêtes EDS posent des questions sur la violence à propos des situations suivantes: la femme a brûlé le repas; elle n'est pas d'accord avec son mari et le lui dit; elle sort sans le lui dire; elle néglige les enfants; ou elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui.

### **55. % d'hommes 15-59 ans qui sont d'accord avec au moins une raison pour laquelle un mari peut battre son épouse**

Cet indicateur mesure l'adhésion des hommes à l'idée de l'infériorité du statut social des femmes, et leur acceptation des normes de genre qui admettent qu'un mari peut battre sa femme (voir la liste de raisons pour l'indicateur 54).

#### Limites relatives à des groupes d'âge plus étendus:

Les indicateurs de cette section se rapportent aux femmes et aux hommes en âge de procréer parce que le but est de mesurer des valeurs et des normes sociales générales dans un pays. Les données obtenues reflètent les conditions qui influencent les jeunes. Les réponses des femmes âgées de 15 à 49 ans et des hommes âgés de 15 à 59 ans peuvent être considérées comme des approximations valables pour les femmes et les hommes plus jeunes. Ceci dit, dans certains cas, cette limite doit être prise en considération lors de la planification de services ou pour le plaidoyer:

- Par exemple, une étude comparative des données EDS montre que dans de nombreux pays, aucune différence significative n'est en effet

observée selon les tranches d'âge. Cependant dans quelques pays, l'étude montre que les femmes plus âgées sont plus nombreuses que les plus jeunes à avoir le dernier mot en ce qui concerne leurs propres soins de santé.<sup>8</sup> Cela signifie que l'âge peut être une variable importante dans les processus de décision.

- Ces mesures ne prennent pas en compte les obstacles additionnels que les jeunes femmes peuvent rencontrer au moment de prendre des décisions concernant leur santé ou leur sexualité.

#### Limites relatives aux normes et aux dynamiques de genre:

Ces indicateurs sont établis afin de mesurer l'efficacité personnelle et les droits sexuels des femmes. Plus spécifiquement, ils mesurent le pouvoir et les droits des femmes dans la prise des décisions concernant leurs soins de santé et leur comportement sexuel. Demander l'opinion des hommes sur les droits des femmes est aussi important. En effet, dans de nombreuses sociétés, ce sont souvent les hommes qui prennent des décisions pour leurs femmes et leurs filles; de plus, les décisions des femmes sont souvent fortement influencées par les attitudes des hommes.

#### Limites relatives à la mesure d'attitudes plutôt que de comportements:

Les indicateurs 50 à 55 mesurent des attitudes, mais les comportements effectifs des personnes ayant répondu à ces questions peuvent différer de leurs attitudes, par exemple:

- Les femmes peuvent trouver acceptable en général qu'une épouse refuse d'avoir des relations sexuelles avec son mari ou lui demande d'utiliser un préservatif, mais ne pas se sentir assez fortes pour adopter ces comportements elles-mêmes.
- Les hommes peuvent être ouverts à l'idée des femmes refusant d'avoir des relations sexuelles avec leur mari ou lui demandant d'utiliser un préservatif, mais ils peuvent ne pas concrétiser ces attitudes au sein de leurs propres relations.
- De plus, les attitudes déclarées peuvent aussi comporter un certain nombre de biais dans les réponses. Les personnes interrogées peuvent penser que certaines réponses sont attendues d'eux ou les feront apparaître sous un meilleur jour. Par exemple, ils peuvent se déclarer opposés à ce qu'un homme batte sa femme, ou en faveur de l'autonomie sexuelle des femmes, alors qu'en réalité ils ont une autre opinion ou une autre pratique. En raison de ces biais possibles, on ne peut pas considérer que les indicateurs 54 et 55 reflètent la fréquence réelle ou la gravité de la violence conjugale des maris envers les épouses.

#### Limites relatives à la disponibilité des données:

Certains de ces indicateurs ne sont pas disponibles dans tous les pays, ou seulement pour les femmes, ce qui limite les comparaisons entre pays ou entre hommes et femmes.

## APPLICATIONS

Ces indicateurs fournissent des informations sur le niveau d'acceptation ou de rejet par les hommes et les femmes des normes sociales renforçant l'inégalité des rôles de genre et les déséquilibres de pouvoir entre hommes et femmes. Le genre ne se limite pas au sexe biologique mais concerne aussi les rôles, les droits et les normes sociales qui sont assignées aux hommes et aux femmes. Les chiffres révèlent que le niveau de contrôle exercé par les hommes sur les femmes est souvent élevé. Dans de

nombreux cas, ces chiffres indiquent que les femmes ont toujours un contrôle assez limité sur leur propre corps et leur sexualité, et que les normes sociales font qu'il est souvent difficile pour les femmes de prendre les décisions nécessaires pour protéger leur santé.

Les informations sur les normes et les dynamiques de genre liées à l'activité sexuelle, et sur l'autonomie de la femme au sein du couple peuvent être déterminantes au moment de développer des programmes, de fournir des services et de formuler des stratégies de plaidoyer efficaces. En fin de compte, une femme peut se retrouver à devoir rejeter des normes sociales, comme celles qui autorisent la violence domestique, pour pouvoir regagner le contrôle sur son propre corps et sa sexualité, et prendre ainsi ses décisions de façon autonome.

Les professionnels de la santé devraient fournir les informations et l'éducation visant à renforcer la capacité des femmes pour qu'elles arrivent à prendre leurs décisions de façon autonome. Des faits bien documentés montrent que les femmes autonomes, tout comme leurs enfants, ont une meilleure santé.<sup>8,11</sup> Pour tous ces indicateurs, les différences entre hommes et femmes, entre zones urbaines et rurales et entre les différents niveaux de richesse économique peuvent être importantes. Ces différences doivent être prises en compte pour ajuster les prestations, les programmes d'éducation et le plaidoyer selon les besoins et les situations de ces différents groupes.

## Programmation et fourniture de services

### Autonomie des femmes

Ces indicateurs peuvent aussi être utilisés pour démontrer le besoin de méthodes contraceptives et de prévention des IST qui permettent aux femmes d'exercer plus de contrôle sur leur santé sexuelle et reproductive. Par exemple, un meilleur accès aux préservatifs féminins pourrait permettre aux femmes d'avoir plus de contrôle quand il s'agit de protéger leur santé. Ces indicateurs peuvent aider les professionnels de la santé et les responsables de programmes à identifier les groupes de femmes ayant le moins de pouvoir sur leurs propres soins de santé, et à concentrer les efforts pour améliorer leur accès aux prestations.

En Zambie par exemple, 72% des femmes mariées/en union vivant en zone urbaine ont le dernier mot sur leurs soins de santé (indicateur 49), comparé avec seulement 61% dans les zones rurales. Ces chiffres montrent que les femmes dans les zones rurales tendent à avoir moins

de pouvoir de décision en ce qui concerne leur santé que celles des zones urbaines. Cette information peut aider les prestataires de services à cibler les femmes qui ont le plus grand besoin d'avoir un accès facile aux services et de pouvoir les utiliser discrètement.

Les visites aux centres de santé ou tout autre lieu délivrant des prestations représentent autant d'opportunités pour éduquer, renforcer et aider les femmes à prendre leurs décisions de façon autonome. Des programmes pour le renforcement des capacités et de l'autonomie des femmes pourraient être organisés et offerts dans les lieux délivrant des services de santé, éventuellement en partenariat avec d'autres organisations travaillant dans le domaine des droits des femmes.

Les professionnels de la santé et les directeurs de services peuvent utiliser les indicateurs de cette section pour concevoir et organiser des services de façon à les rendre accessibles à toutes les femmes (en adaptant les horaires, les prix et la localisation, et en assurant la confidentialité). Dans les endroits où les femmes ont peu de pouvoir de décision sur leur propre sexualité et leurs soins de santé, il peut s'avérer nécessaire de concevoir des services que les femmes puissent utiliser sans que leurs maris ou d'autres membres de la famille ou de la communauté ne soient au courant, ou sans que les femmes n'aient à demander leur permission.

### **Violence entre partenaires sexuels**

La violence envers les femmes et les inégalités de genre sont ancrées dans des problématiques sociales, culturelles et politiques qui ne peuvent pas être résolues seulement par la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive. Les prestataires de soins, les éducateurs et les autres prestataires de services sont cependant dans une position privilégiée pour identifier les signes de violence domestique et pour diriger les personnes qui en sont victimes vers les services appropriés. Les prestataires de services devraient être attentifs à ces problématiques et aux façons dont elles affectent la qualité de vie des femmes et leur santé sexuelle et reproductive. Autant que possible, il faudrait conseiller et référer les victimes pour qu'elles obtiennent la protection et les soins dont elles ont besoin. Les professionnels de la santé devraient être formés pour dépister les violences de genre lors de toute visite médicale.

Les barrières liées à l'inégalité de genre s'ajoutent souvent aux autres barrières à la protection de la santé, comme le manque d'accès à la contraception. Les professionnels de la santé ont un rôle à jouer pour que les

jeunes femmes et les jeunes hommes puissent prendre des décisions informées et autonomes sur leur santé sexuelle et reproductive. Par exemple, les professionnels de la santé peuvent expliquer les différents types de contraception disponibles, ainsi que des méthodes et stratégies pour négocier des pratiques sexuelles sans risques.

### **Information et éducation en matière de sexualité**

Les données de cette section démontrent que l'éducation sexuelle doit traiter, dès le plus jeune âge, des normes de genre et des droits des femmes, afin de renforcer les capacités et l'autonomie des jeunes femmes et de contribuer ainsi à favoriser des relations plus équilibrées entre les hommes et les femmes.

Les indicateurs 49, 50, 52 et 54 illustrent la compréhension qu'ont les femmes de leurs propres droits. Par exemple, en Zambie, 62% des femmes approuvent au moins une des raisons pour lesquelles un mari peut battre sa femme (indicateur 54), et seulement 39% sont d'accord avec les trois raisons pour lesquelles une épouse peut refuser d'avoir des relations sexuelles avec son mari (indicateur 50). Ces chiffres indiquent le besoin d'une éducation basée sur les compétences en mesure d'équiper les femmes des compétences nécessaires en matière de négociation et d'analyse critique, afin d'augmenter leur efficacité personnelle. Une plus grande efficacité personnelle se traduit par un plus grand contrôle sur sa vie et sa santé sexuelle.

Ces indicateurs peuvent aussi contribuer à démontrer que l'éducation sexuelle ne peut pas se limiter à seulement donner des informations. Elle devrait contribuer à construire un ensemble de compétences que les jeunes peuvent appliquer dans tous les domaines de leur vie, y compris la santé sexuelle et reproductive. Par exemple, les compétences interpersonnelles peuvent aider les jeunes aussi bien à trouver un emploi qu'à choisir un partenaire sexuel.

### **Plaidoyer**

Ces indicateurs montrent qu'un plaidoyer en faveur du droit des femmes de décider de leur propre santé et de leur sexualité est nécessaire dans de nombreux pays. Comme le montrent les données sur le VIH, les femmes ont souvent des difficultés à négocier des pratiques sexuelles sûres avec leur mari et leurs partenaires. Cette situation est aussi due au fait que beaucoup d'hommes considèrent qu'utiliser un préservatif revient à admettre

qu'ils ont eu des relations extraconjugales, ou que c'est un signe de manque de confiance entre partenaires.<sup>25</sup>

Ainsi, les données sur les attitudes par rapport à la possibilité que les femmes demandent à leur mari d'utiliser un préservatif (indicateurs 52 et 53) peuvent être utilisées pour démontrer le besoin de plaider pour une plus grande acceptation de l'utilisation du préservatif par les couples mariés. Une manière de le promouvoir serait de mettre l'accent sur la double protection qu'offre le préservatif —contre les grossesses et les IST. Là où peu de femmes ont le dernier mot sur leurs soins de santé (indicateur 49), les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser cette information pour promouvoir et défendre le droit des femmes d'avoir accès à tous les soins de santé de façon autonome. Par exemple, cet indicateur pourrait être utilisé pour éliminer l'obligation d'avoir l'accord du conjoint pour accéder aux soins.

Les chiffres relatifs à la violence entre conjoints (indicateurs 54 et 55) fournissent la base pour promouvoir le droit des femmes à ne pas subir de violences, physiques ou psychologiques, dans aucune circonstance. Ils montrent aussi le besoin d'édicter et d'appliquer des lois et des politiques protégeant les femmes de la violence au sein du mariage et en dehors de celui-ci.

Dans de nombreux pays, un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes soutiennent le droit des femmes de refuser d'avoir des relations sexuelles avec leur mari (indicateurs 50 et 51), ou de demander à leur mari d'utiliser un préservatif s'il a une IST (indicateurs 52 et 53). Par exemple en Zambie, 58% d'hommes et 39% de femmes sont d'accord avec les trois raisons pour lesquelles une femme peut refuser des relations sexuelles avec son mari. De même, 87% d'hommes et 74% de femmes pensent que si le mari a une IST, l'épouse peut lui demander d'utiliser un préservatif. Ces données peuvent être interprétées de deux façons. Selon la première, ces données montrent que les hommes sont prêts à accepter, voire même qu'ils soutiennent des changements dans le domaine des relations de genre, ainsi qu'en ce qui concerne les déséquilibres de pouvoir entre hommes et femmes. Dans la mesure où c'est le cas, les hommes peuvent être des alliés de valeur pour plaider en faveur du droit des femmes de décider de façon autonome en ce qui concerne leurs soins de santé et leur sexualité. Une autre interprétation est que les hommes sont conscients qu'il vaut mieux déclarer des avis socialement acceptables, et par conséquent affirment que les femmes devraient jouir de plus d'autonomie. Cependant, en réalité, ils peuvent

très bien ne pas respecter cette autonomie dans leurs propres relations.

Quoiqu'il en soit, les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser à leur avantage les données relatives au soutien des hommes à une plus grande autonomie pour les femmes. Les chiffres peuvent aussi être utilisés pour démontrer le besoin d'une meilleure information et de plus de programmes d'éducation favorisant la prise de conscience par les femmes de leur droit de décider de façon autonome de leur sexualité et de leurs soins de santé. En fin de compte, plus il y aura d'hommes et de femmes qui reconnaissent le droit des femmes à avoir le contrôle sur leur propre corps, plus il est probable que les normes sociales évoluent pour créer des familles, des communautés et des sociétés plus équitables.

## GUIDE DE DISCUSSION

### Développer les compétences

- Comment les professionnels de la santé dans votre organisation contribuent-ils à développer les compétences des jeunes femmes pour la prise de décisions lors de leurs visites à la clinique? Il se peut d'ailleurs que vous le fassiez déjà sans vous en rendre compte.
- Listez les compétences que selon vous les jeunes femmes devraient avoir pour pouvoir décider de façon autonome en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive. Discutez comment les jeunes femmes peuvent développer ces compétences et qui a la responsabilité de les aider à le faire.

### Impliquer les hommes

- Pourquoi est-il contre-productif de voir les hommes seulement comme des auteurs de violences et pas comme des partenaires pour trouver des solutions permettant une société plus équitable?
- Que fait votre organisation pour impliquer les partenaires masculins dans le plaidoyer et la promotion des droits des femmes, y compris des jeunes femmes? Citez quelques exemples spécifiques ou études de cas tirés de votre propre expérience.

### Droits sexuels et égalité de genre

- Pensez à votre propre famille. Est-ce que vos parents ou les personnes qui vous ont élevés ont fait des différences entre l'éducation des filles et celle des garçons? Donnez des exemples et discutez pour

quoi c'était comme ça. Que feriez-vous différemment avec vos propres enfants?

- Quel est le rôle des enseignants et des personnes en charge de l'éducation sexuelle pour arriver à l'égalité entre les genres? Comment votre organisation peut-elle les soutenir?
- Discutez si vous pensez que le contrôle des femmes sur leur propre corps est un prérequis pour l'exercice d'autres droits. Quels sont d'autres droits qui pourraient dépendre de la concrétisation des droits sexuels?
- Quelles lois à propos de la violence au sein du mariage (y compris la violence sexuelle) existent dans votre pays? Quelles sont les ressources locales et nationales qui sont disponibles pour les femmes et les hommes victimes de violence entre partenaires sexuels?
- Comment les enseignants et les éducateurs peuvent-ils être soutenus dans leurs efforts pour que les garçons et les filles se rendent compte des bénéfices qu'ils peuvent tirer de normes et attentes sociales de genre moins rigides?
- Quelles sont quelques-unes des manières pour les enseignants et les éducateurs de traiter de la question des rôles de genre sans générer des réactions défensives ou hostiles?

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	38				39	
	% d'écoles qui ont enseigné l'éducation VIH basée sur les compétences au cours de l'année académique précédente <sup>1</sup>			Commentaires indicateur 38 <sup>1</sup>	Inclusion dans curriculum national de l'éducation VIH ou à la santé basée sur les compétences et niveau d'enseignement	
Región et pays	% écoles primaires	% écoles secondaires	% écoles (niveau non spécifié)		Education VIH basée sur les compétences <sup>1,2</sup>	Education à la santé (y compris prévention VIH) basée sur les compétences <sup>3</sup>
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte	nd	nd	nd	L'éducation VIH n'est pas incluse dans le curriculum national parce qu'elle "n'est pas pertinente étant par rapport à la situation de l'épidémie dans le pays".	Non incluse	Secondaire
Éthiopie	nd	nd	38,4		Primaire et secondaire	nd
Ghana	nd	nd	79,1	Les statistiques du Ministère de l'éducation fournissent des données sur la proportion d'écoles offrant le programme "Éducation à la Vie Familiale": 79,1% des écoles ont enseigné ce curriculum, soit 84,0% des écoles publiques et 59,9% des écoles privées.	Secondaire	Primaire et secondaire
Kenya	nd	nd	nd	Le pays dispose d'une politique de promotion de l'éducation VIH basée sur les compétences pour les jeunes, incluse dans le curriculum des écoles primaires, secondaires et la formation des enseignants. Pourtant, elle n'est pas soumise à des examens et pourrait ne pas être prise au sérieux.	Primaire et secondaire	nd
Malawi	nd	nd	nd	Les données pour les écoles qui ont enseigné l'éducation VIH basée sur les compétences au cours de l'année académique précédente ne sont pas disponibles. Bien qu'obligatoire, le sujet n'était pas soumis à examen. Il l'est depuis l'année 2010–2011.	Primaire et secondaire	Primaire et secondaire
Mozambique	nd	nd	nd	Le Ministère de l'éducation a élaboré un curriculum incluant le VIH et la santé sexuelle et reproductive; il a aussi promu des activités extrascolaires basées sur les compétences, animées par des pairs éducateurs. Des programmes complets ont été développés pour fournir une éducation basée sur les compétences dans l'enseignement primaire, secondaire et technique.	Primaire et secondaire	Secondaire
Nigeria	nd	22,8	nd	Les données de routine du Ministère de l'éducation (différentes d'une enquête) sont disponibles uniquement pour les écoles secondaires.	Primaire et secondaire	Primaire et secondaire
Ouganda	nd	nd	nd	En 2005, 15% des écoles primaires et secondaires disposaient d'enseignants ayant reçu une formation en éducation basée sur les compétences (écoles participant au programme President's Initiative on AIDS Strategy for Communication to Youth – PIASCY). Des programmes d'information, éducation et communication ont été cependant mis en place dans les écoles à tous les niveaux.	Primaire et secondaire	Primaire et secondaire
Rép. Dem. du Congo	nd	nd	nd		Secondaire	Primaire et secondaire

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	38				39	
Région et pays	% écoles primaires	% écoles secondaires	% écoles (niveau non spécifié)	Commentaires indicateur 38 <sup>1</sup>	Education VIH basée sur les compétences <sup>1,2</sup>	Education à la santé (y compris prévention VIH) basée sur les compétences <sup>3</sup>
<b>AFRIQUE</b>						
Rwanda	nd	98	nd	Les données de routine du Ministère de l'éducation sont disponibles uniquement pour les écoles secondaires, dans lesquelles l'éducation VIH basée sur les compétences est fournie par les clubs anti sida.	Secondaire	Secondaire
Sénégal	nd	nd	nd		Primaire et secondaire	Primaire et secondaire
Tanzanie (sauf Zanzibar)	62,5	80,2	na		Primaire et secondaire	Primaire et secondaire
Zambie	nd	nd	nd	Le Ministère de l'éducation s'est donné pour but d'offrir une éducation VIH/sida basée sur les compétences dans au moins 60% des écoles.	Primaire et secondaire	Primaire et secondaire
Zimbabwe	nd	nd	nd	Le Ministère de l'éducation s'est donné pour but que tous les enseignants dédient environ deux heures par semaine à des cours d'éducation VIH/sida basée sur les compétences. Il n'y a pas de données sur les résultats et la qualité de ces programmes, qui doivent être mesurés par des enquêtes.	Primaire et secondaire	nd
<b>EUROPE</b>						
Albanie	nd	nd	nd	Des manuels et des matériaux pédagogiques ont été préparés pour les programmes d'éducation sexuelle et VIH; et des enseignants ont été formés, mais des disparités considérables existent dans la mise en oeuvre des curricula.	En cours; le niveau n'est pas spécifié	nd
Moldavie	nd	nd	0	En 2008-2009, un cours facultatif basé sur les compétences a été enseigné pendant un nombre d'heures limité. La politique nationale de santé promeut la prévention du VIH dans les écoles en demandant un curriculum obligatoire d'éducation basée sur les compétences, ainsi que la formation des enseignants.	Niveau pas spécifié	nd
Ukraine	nd	nd	58,7	Les données sont tirées d'une enquête. L'éducation VIH basée sur les compétences devrait couvrir le 100% des élèves de l'école primaire, grâce au "cours de santé élémentaire" (35 heures/an). D'après les derniers rapports, les étudiants plus âgés reçoivent un enseignement sur la prévention du VIH et les modes de vie saine sous la forme de cours facultatifs.	Primaire et secondaire	nd



<b>NUMÉRO DE L'INDICATEUR</b>	<b>38</b>				<b>39</b>	
Région et pays	% d'écoles qui ont enseigné l'éducation VIH basée sur les compétences au cours de l'année académique précédente <sup>1</sup>			Commentaires indicateur 38 <sup>1</sup>	Inclusion dans curriculum national de l'éducation VIH ou à la santé basée sur les compétences et niveau d'enseignement	
	% écoles primaires	% écoles secondaires	% écoles (niveau non spécifié)		Éducation VIH basée sur les compétences <sup>1</sup>	Éducation à la santé (y compris prévention VIH) basée sur les compétences <sup>3</sup>
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh	nd	0,1	na	Plus de 6 000 institutions ont formés des enseignants et sont prêtes à introduire une éducation basée sur les compétences.	En cours; le niveau n'est pas spécifié	nd
Inde	nd	30,9	nd	Dans le cadre du Programme d'Éducation pour Adolescents (AEP), 47 000 écoles devaient enseigner une éducation sexuelle basée sur les compétences en 2009-2010, incluant 16 heures de cours pour les classes IX et XI.	Primaire et secondaire	nd
Indonésie	nd	nd	nd	Le curriculum et la formation des enseignants sont dans les premières phases de développement. Dans les écoles primaires, l'éducation sexuelle porte sur les aspects biologiques de la reproduction. Dans les écoles secondaires, les cours portent sur la planification familiale, le VIH et autres infections sexuellement transmissibles.	Primaire et secondaire	nd
Népal	7,5	4,1	nd	Les données pour l'école primaire et secondaire existent pour l'année 2007; les données pour 2009 montrent seulement les chiffres totaux.	Primaire et secondaire	nd
Pakistan	nd	4,1	na	Le sujet n'est pas considéré comme pertinent. Les jeunes ne reçoivent pas d'éducation sexuelle en relation avec le VIH.	Non incluse	nd
Philippines	nd	nd	na	Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), par le biais de son 6ème programme national, a fourni de l'éducation VIH à 24 851 étudiants de l'école primaire et 39 742 étudiants de l'école secondaire en 2008-09 et 2009-10. Le programme national étant encore en phase de développement, un plus grand nombre d'écoles devraient en bénéficier à l'avenir.	Primaire et secondaire	nd
Vietnam	nd	34,3	na	Les données sont tirées d'une enquête de 2009 du Ministère de l'éducation et de la formation, Après une revue, en 2009, des curricula existants et des bonnes pratiques au niveau mondial, le Ministère de l'éducation et de la formation a développé un nouveau curriculum intégrant la santé reproductive et la prévention du VIH; les tests montrent des résultats encourageants.	Primaire et secondaire	nd

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	38				39	
Région et pays	% d'écoles qui ont enseigné l'éducation VIH basée sur les compétences au cours de l'année académique précédente <sup>1</sup>			Commentaires indicateur 38 <sup>1</sup>	Inclusion dans curriculum national de l'éducation VIH ou à la santé basée sur les compétences et niveau d'enseignement	
	% écoles primaires	% écoles secondaires	% écoles (niveau non spécifié)		Éducation VIH basée sur les compétences <sup>2</sup>	Éducation à la santé (y compris prévention VIH) basée sur les compétences <sup>3</sup>
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie	nd	nd	nd	Le Ministère de l'éducation et de la culture a annoncé travailler à l'incorporation de l'éducation sexuelle, comprenant la prévention du VIH..	Niveau pas spécifié	nd
Colombie	nd	nd	nd	En 2010 le Ministère de l'éducation, en collaboration avec le FNUAP, a soutenu les écoles dans le domaine de l'éducation sexuelle; 2 390 institutions ont un programme d'enseignement dans le cadre du "Programa de Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía (PESCC).	Primaire et secondaire	nd
Guatemala	0,9	5,8	na		Primaire et secondaire	nd
Honduras	nd	nd	18,0		Primaire et secondaire	nd
Pérou	nd	nd	4,5		Primaire et secondaire	nd
Republique Dominicaine	nd	nd	6,2		Primaire et secondaire	nd

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**38.** % d'écoles qui ont enseigné l'éducation VIH basée sur les compétences au cours de l'année académique précédente

**39.** Inclusion dans le curriculum national de l'éducation VIH ou à la santé (y compris prévention du VIH) basée sur les compétences

**Références**

1. Pour tous les pays, sauf la Colombie: UNAIDS, 2010 Progress reports submitted by countries <<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/>>, [accédé le 10 Octobre 2011]
2. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 2004. Quality analysis of a set of curricula and related material on education for HIV and AIDS prevention in school settings. Document d'information préparé pour le Rapport Mondial Éducation pour Tous de 2005. <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001466/146685e.pdf>>, [accédé le 18 Septembre 2011].
3. Networks of Ministry of Education HIV & AIDS Focal Points in Sub-Saharan Africa, Accelerating the Education Sector Response to HIV & AIDS in Sub-Saharan Africa — A Rapid Situation Analysis of 34 Countries, 2008, <<http://www.schoolsandhealth.org/Documents/Accelerating%20the%20Education%20Sector%20Response%20to%20HIV%20and%20AIDS%20in%20sub-Saharan%20Africa%20A%20Rapid%20Situation%20Analysis.pdf>>, [accédé le 14 décembre 2012].
4. Revisión de Medio Término del V Programa de Cooperación de UNFPA in Colombia , sans date (p. 8); <<http://www.unfpa.org.co/menuSup.php?id=1>>, (accédé 12/2012)

<b>NUMÉRO DE L'INDICATEUR</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>
	% favorables à l'enseignement aux adolescents de 12–14 ans quant au préservatif pour prévenir le VIH <sup>1</sup>		% déclarant pouvoir se procurer des préservatifs toutes seules	% connaissant une source de préservatifs		% sachant que le préservatif réduit le risque d'infection VIH
Région, pays et année de l'enquête	Femmes 18–49	Hommes 18–49	Femmes 15–24	Femmes 15–24	Hommes 15–24	Femmes 15–49
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte (2008) <sup>2,3</sup>	nc	nc	nc	nc	nc	18
Éthiopie (2011)	54	76	33	43	74	56
Ghana (2008)	53	56	30	74	87	76
Kenya (2008–09)	61	72	40	65	84	75
Malawi (2010)	58	64	51	79	89	72
Mozambique (2003)	62	66	nc	57	83	53
Nigeria (2008)	32	47	12	37	68	53
Ouganda (2006)	64	66	34	70	90	70
Rép. Dém. du Congo (2007)	45	58	14	37	61	54
Rwanda (2010)	89	91	59	86	91	91
Sénégal (2010–11)	42	43	19	44	75	70
Tanzanie (2010)	65	72	70	81	88	76
Zambie (2007)	56	68	40	76	88	73
Zimbabwe (2010–11)	37	48	42	64	82	81
<b>EUROPE</b>						
Albanie (2008–09)	61	57	38	79	88	74
Moldavie (2005)	73	85	nc	90	95	78
Ukraine (2007)	93	83	58	96	98	92
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh (2007) <sup>2</sup>	nc	nc	nc	nc	nc	32
Inde (2005–06)	28	35	12	46	85	36
Indonésie (2007) <sup>2,4</sup>	nc	nc	24	39	nd	36
Népal (2011)	nc	nc	37	85	97	74
Pakistan (2006–07) <sup>2,3</sup>	nc	nc	nc	nc	nc	20
Philippines (2008) <sup>4</sup>	nc	nc	36	65	nc	59
Vietnam (2002) <sup>2,3,5</sup>	29	32	nc	56	57	82
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie (2008)	nc	79	36	70	83	60
Colombie (2010) <sup>3</sup>	92	nc	81	95	nc	82
Guatemala (2008–09) <sup>6</sup>	79	87	nc	nr	73	74
Honduras (2005–06) <sup>3</sup>	nc	nc	44	76	nc	70
Pérou (2007–08) <sup>3</sup>	nc	nc	48	90	nc	53
Rép. Dominicaine (2007)	91	91	72	90	nc	83

<b>Noms complets des indicateurs ci-dessus</b>
<b>40.</b> % de femmes 18–49 ans favorables à l'enseignement aux adolescents de 12–14 ans quant au préservatif pour prévenir le VIH
<b>41.</b> % d'hommes 18–49 ans favorables à l'enseignement aux adolescents de 12–14 ans quant au préservatif pour prévenir le VIH
<b>42.</b> % des femmes 15–24 ans qui déclarent pouvoir se procurer des préservatifs toutes seules
<b>43.</b> % de femmes 15–24 ans connaissant une source de préservatifs
<b>44.</b> % d'hommes 15–24 ans connaissant une source de préservatifs
<b>45.</b> % de femmes âgées 15–49 ans sachant que l'utilisation du préservatif réduit le risque d'infection par le VIH

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	46	47	48	49	50	51
	% sachant qu'avoir un seul partenaire non infecté réduit le risque d'infection VIH	% ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida <sup>7</sup>		% ayant le dernier mot pour leurs propres soins de santé	% d'accord avec les trois raisons pour une épouse de refuser des rapports sexuels avec son conjoint <sup>8,9,10</sup>	
Région, pays et année de l'enquête	Femmes 15–49	Femmes 15–24	Hommes 15–24	Femmes mariées/en union 15–49	Femmes 15–49	Hommes 15–59
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte (2008) <sup>2,3</sup>	59	5	18	87	nc	nc
Éthiopie (2011)	65	24	34	74	62	72
Ghana (2008)	85	28	34	69	63	64
Kenya (2008–09)	92	48	55	73	52	57
Malawi (2010)	87	42	45	55	53	55
Mozambique (2003)	53	20	38	61	45	40
Nigeria (2008)	68	22	33	44	47	52
Ouganda (2006)	89	32	38	61	61	64
Rép. Dém. du Congo (2007)	76	15	21	41	25	nc
Rwanda (2010)	85	52	47	74	61	nc
Sénégal (2010–11)	87	29	33	31	27	nc
Tanzanie (2010)	87	48	43	60	63	63
Zambie (2007)	90	34	37	65	39	58
Zimbabwe (2010–11)	90	52	47	84	54	51
<b>EUROPE</b>						
Albanie (2008–09)	78	36	22	85	63	49
Moldavie (2005)	81	42	54	97	71	68
Ukraine (2007)	89	45	43	97	83	68
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh (2007) <sup>2</sup>	33	8	18	56	nc	nc
Inde (2005–06)	45	20	36	62	68	70
Indonésie (2007) <sup>2,4</sup>	42	10	15	85	57	57
Népal (2011)	79	26	34	65	83	80
Pakistan (2006–07) <sup>2,3</sup>	31	3	nc	nc	nc	nc
Philippines (2008) <sup>4</sup>	77	21	nc	94	84	nc
Vietnam (2002) <sup>2,3,5</sup>	85	42	50	nc	nc	nc
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie (2008)	62	24	28	89	79	nc
Colombie (2010) <sup>3</sup>	80	24	nc	81	72	nc
Guatemala (2008–09) <sup>6</sup>	85	22	19	43	nc	nc
Honduras (2005–06) <sup>3</sup>	89	30	nc	81	84	nc
Pérou (2007–08) <sup>3</sup>	27	10	nc	72	81	nc
Rép. Dominicaine (2007)	88	41	34	87	88	83

Noms complets des indicateurs ci-dessus
<b>46.</b> % de femmes 15–49 ans qui savent qu'avoir un seul partenaire sexuel non infecté réduit le risque d'infection par le VIH
<b>47.</b> % de femmes 15–24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida
<b>48.</b> % d'hommes 15–24 ans ayant une connaissance approfondie sur le VIH/sida
<b>49.</b> % de femmes 15–49 ans mariées/en union ayant le dernier mot en ce qui concerne leurs propres soins de santé
<b>50.</b> % de femmes 15–49 ans approuvant les trois raisons pour une épouse de refuser les rapports sexuels avec son conjoint
<b>51.</b> % d'hommes 15–59 ans approuvant les trois raisons pour une épouse de refuser des rapports sexuels avec son conjoint

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	52	53	54	55
	% estimant que si le mari a une IST, l'épouse peut demander d'utiliser un préservatif <sup>11,12</sup>		% d'accord avec au moins une raison pour un mari de battre son épouse <sup>13,14</sup>	
Région, pays et année de l'enquête	Femmes 15-49	Hommes 15-49	Femmes 15-49	Hommes 15-59
<b>AFRIQUE</b>				
Égypte (2008) <sup>2,3</sup>	nc	nc	39	nc
Éthiopie (2011)	69	88	68	45
Ghana (2008)	87	93	37	21
Kenya (2008-09)	87	93	53	44
Malawi (2010)	85	91	13	13
Mozambique (2003)	71	80	54	42
Nigeria (2008)	70	84	43	30
Ouganda (2006)	nd	nd	70	59
Rép. Dém. du Congo (2007)	54	nc	76	nc
Rwanda (2010)	96	96	56	25
Sénégal (2010-11)	79	78	60	24
Tanzanie (2010)	80	87	54	38
Zambie (2007)	74	87	62	48
Zimbabwe (2010-11)	80	83	40	33
<b>EUROPE</b>				
Albanie (2008-09)	82	86	30	36
Moldavie (2005)	91	94	21	22
Ukraine (2007)	97	95	4	11
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>				
Bangladesh (2007) <sup>2</sup>	86	90	36	36
Inde (2005-06)	78	83	54	42
Indonésie (2007) <sup>2,4</sup>	83	nc	31	16
Népal (2011)	93	96	23	21
Pakistan (2006-07) <sup>2,3</sup>	nc	nc	nc	nc
Philippines (2008) <sup>4</sup>	95	nc	14	nc
Vietnam (2002) <sup>2,3,5</sup>	83	nc	nc	nc
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>				
Bolivie (2008)	87	nc	16	nc
Colombie (2010) <sup>3</sup>	79	nc	2	nc
Guatemala (2008-09) <sup>6</sup>	nc	nc	7	nc
Honduras (2005-06) <sup>3</sup>	48	nc	16	nc
Pérou (2007-08) <sup>3</sup>	92	nc	nd	nc
Rép. Dominicaine (2007)	98	97	4	7

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**52.** % de femmes 15-49 ans qui estiment que si le mari a une IST, l'épouse peut lui demander d'utiliser un préservatif

**53.** % d'hommes 15-49 ans qui estiment que si le mari a une IST, l'épouse peut lui demander d'utiliser un préservatif

**54.** % de femmes 15-49 ans qui sont d'accord avec au moins une raison pour laquelle un mari peut battre son épouse

**55.** % d'hommes 15-59 ans qui sont d'accord avec au moins une raison pour laquelle un mari peut battre son épouse

**NOTES POUR LES TABLEAUX, indicateurs 40–55**

1. Les données pour les indicateurs 40 et 41 ne sont pas disponibles ou sont incomplètes pour l'EDS de 2010 en Tanzanie; ainsi les données présentées dans le tableau proviennent de l'EDS précédente de 2004-05. Pour l'EDS de l'Inde de 2005-06, les données concernent la proportion des répondants en âge de procréer qui approuvent l'enseignement dans les écoles de l'utilisation du préservatif pour prévenir les IST aux adolescentes âgées de 13-15 ans.

2. Les échantillons des EDS pour ces pays n'incluent que les femmes mariées/en union ou qui ont été mariées/en union. Les données pour les femmes jamais mariées/en union n'ont pas été collectées; par conséquent, les indicateurs pour "toutes les femmes" reflètent uniquement les situations des femmes actuellement mariées, veuves ou divorcées/séparées.

3. L'enquête EDS n'a pas été menée auprès des hommes dans ces pays. Il n'y a donc aucune donnée disponible concernant les hommes pour ces pays, à l'exception près de l'Égypte pour l'indicateur 48, pays dans lequel les hommes ont participé à une enquête sur quelques thèmes spécifiques en lien avec la santé.

4. Le questionnaire destiné aux hommes est plus court dans ces pays. Les données concernant les hommes pour ces pays sont par conséquent limitées.

5. Les données pour les indicateurs 40, 41, 43, 44, 45, 46, 48 et 52 pour l'EDS du Vietnam de 2002 ne sont pas disponibles ou sont incomplètes: les données présentées dans le tableau proviennent de l'enquête sur les indicateurs du sida (AIDS Indicators survey – AIS) de 2005.

6. Les données pour les indicateurs 40, 41, 44 et 48 pour le Guatemala ne sont pas disponibles ou sont incomplètes dans le rapport CDC de 2008; les données mentionnées dans le tableau proviennent du rapport CDC 2002 pour le Guatemala.

7. La connaissance approfondie du VIH/sida combine trois mesures: la capacité des répondants de citer correctement les deux manières les plus courantes de réduire le risque d'infection au VIH (utiliser systématiquement le préservatif; n'avoir qu'un partenaire sexuel séronégatif qui lui-même n'a aucun autre partenaire sexuel); identifier correctement les deux idées fausses les plus répandues localement quant à la transmission et la prévention du VIH; et savoir qu'une personne ayant l'air en bonne santé peut avoir le virus du sida. Pour le Guatemala, l'enquête CDC de 2008-09 ne contient pas de données pour les hommes et c'est l'enquête de 2002 qui a été utilisée ici.

8. Les trois raisons proposées par les enquêtes sont: l'épouse sait que le mari a eu des relations sexuelles avec une autre femme; elle sait qu'il souffre d'une IST; et elle est fatiguée ou n'a pas envie de relations sexuelles.

9. Les données ne sont pas disponibles dans l'enquête EDS de 2010 pour le Rwanda et ce sont les données de l'enquête précédente de 2005 qui sont présentées dans le tableau.

10. Les données pour les indicateurs 50 et 51 ne sont pas disponibles ou sont incomplètes dans les EDS les plus récentes de plusieurs pays; ce sont les données des enquêtes précédentes qui sont présentées dans les tableaux (2004 au Malawi, 2006 au Népal, 2005 au Sénégal [pour l'indicateur 50], 2004-05 en Tanzanie et 2005-06 au Zimbabwe).

11. Pour le Bangladesh, la Bolivie, les Philippines, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya et le Pérou, les données fournies reflètent le pourcentage de femmes de 15-49 ans – et souvent aussi d'hommes de 15-59 ans – qui estiment que si l'homme a une IST, la femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, et non pas lui demander d'utiliser un préservatif, comme pour les EDS des autres pays.

12. Les données pour les indicateurs 52 et 53 ne sont pas disponibles ou sont incomplètes dans l'enquête EDS de 2008-09 pour le Kenya; les données présentées ici proviennent de l'enquête EDS de 2003 pour le Kenya. De même pour les données de l'EDS de 2008 pour les Philippines; les données présentées ici proviennent de l'enquête EDS de 2003 pour les Philippines.

13. Les enquêtes EDS posent les questions suivantes par rapport aux circonstances pouvant justifier des violences envers les femmes: l'épouse a brûlé le repas, elle n'est pas d'accord avec son mari, elle sort sans le lui dire, elle néglige les enfants ou elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui. Pour l'enquête CDC réalisée au Guatemala en 2008-09, le questionnaire n'énumère pas ces différentes raisons, mais pose une question similaire qui correspond à l'indicateur 54 et indique le pourcentage de femmes qui sont d'accord qu'il y a des situations qui donnent le droit à un homme de battre sa compagne.

14. Les données des indicateurs 54 et 55 pour le Népal ne sont pas disponibles ou sont incomplètes dans l'enquête EDS de 2011; les données présentées ici proviennent de l'enquête EDS de 2006 pour le Népal.

*Notes:*

nc=non collecté

nd=non disponible

# 5

## S'adresser aux jeunes

Ce chapitre présente des données démographiques, la fréquentation scolaire concernant tous les adolescents âgés de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans, et l'exposition aux médias des adolescents de 15 à 19 ans. Ces informations sont utiles pour déterminer comment atteindre aux mieux les adolescents.

### SECTION 1: INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE

#### DÉFINITIONS

#### 56. Nombre de filles âgées de 10 à 14 ans en 2011

Cet indicateur fournit des informations sur la taille de la population des jeunes adolescentes.

#### 57. Nombre de garçons âgés de 10 à 14 ans en 2011

Cet indicateur fournit des informations sur la taille de la population des jeunes adolescents.

#### 58. Nombre de femmes âgées de 15 à 19 ans en 2011

Cet indicateur fournit des informations sur la taille de la population des adolescentes plus âgées.

#### 59. Nombre d'hommes âgés de 15 à 19 ans en 2011

Cet indicateur fournit des informations sur la taille de la population des adolescents plus âgés.

**Limites relatives à l'utilisation de nombres absolus:**  
Il faut être attentifs lorsque des pourcentages sont traduits en nombres absolus de prendre en considération les mêmes groupes de population. Ainsi les indicateurs 58 et 59 ne peuvent être appliqués qu'aux indicateurs concernant toutes les femmes et tous les hommes de 15 à 19 ans, soit les indicateurs: 1, 2, 9, 10, 19, 20, 21, 34, et 66 à 70. Pour les autres indicateurs de ce guide, il faudrait rechercher les données démographiques correspondant aux groupes spécifiques concernés par chacun de ces indicateurs.

#### APPLICATIONS

Ces *indicateurs* fournissent des données sur la taille totale de la population adolescente dans chaque pays et dans certaines régions. Ces données sont importantes parce qu'elles permettent aux planificateurs de programmes de calculer le nombre effectif d'adolescents ayant certaines caractéristiques ou comportements documentés par les *enquêtes EDS* (ou par n'importe quelle autre enquête). Les pourcentages comme les nombres absolus sont utiles pour pouvoir ajuster les réponses en fonction des besoins de la population visée.

#### Programmation et fourniture de services

En utilisant le nombre d'adolescents qui vivent dans un pays en conjonction avec les indicateurs sur la proportion des adolescents qui se livrent à certaines activités ou comportements, les planificateurs peuvent déterminer la taille des groupes d'adolescents auxquels il faut s'adresser. Ces données peuvent être utilisées pour définir des priorités, calculer les coûts de services ou de programmes, ou justifier le besoin en matière de services de *santé sexuelle* et reproductive pour les adolescents, au niveau national ou dans certaines zones du pays (rurales ou urbaines). Par exemple, 48% des 718 823 adolescentes âgées de 15 à 19 ans vivant en Zambie déclarent avoir déjà eu des *rappports sexuels* (indicateurs 1 et 58), ce qui signifie qu'au moins 345 000 adolescentes ont besoin d'information et éventuellement de services de santé sexuelle et reproductive.

Ces indicateurs peuvent aussi être utilisés pour identifier où les besoins sont les plus importants et définir ainsi des priorités. En Zambie, environ la moitié des adolescentes de 15 à 19 ans vivent dans des zones urbaines (52%), et 40% d'entre elles ont déjà eu des rapports sexuels (indicateur 1), soit environ 137 700 adolescentes. Dans les zones rurales, 56% ont eu des rapports sexuels, ce qui représente environ 210 000 adolescentes, soit un nombre beaucoup plus élevé qu'en zones urbaines. Toutes ces femmes devraient avoir accès à de l'information et

des services adaptés aux besoins des *jeunes sexuellement actifs* (par exemple, encourager à attendre avant d'avoir des rapports sexuels peut se révéler peu approprié pour ce groupe).

Les données démographiques peuvent aussi être utilisées pour examiner l'ampleur des besoins de contraception non satisfaits. En Inde, par exemple, le pourcentage des jeunes femmes mariées/en union ayant des besoins de contraception non satisfaits (indicateur 33) est à peu près le même dans les zones rurales (27%) et dans les zones urbaines (26%). Cependant, comme le montre l'indicateur 58, les adolescentes vivant dans des zones rurales sont plus de deux fois plus nombreuses (40 millions) que celles vivant dans des zones urbaines (18 millions). Cela signifie que même si la proportion de femmes vivant en zones urbaines et rurales est la même, les besoins en quantité absolue, sont beaucoup plus importants dans les zones rurales.

Les données démographiques appliquées à des pourcentages, pour autant que les groupes de population considérés soient exactement les mêmes (sexe et groupes d'âges), permettent aux prestataires de services de répondre par exemple aux questions suivantes: combien de jeunes doit-on atteindre dans les zones rurales? Combien dans les zones urbaines? Combien sont-ils à être sexuellement actifs? Combien sont-ils à être mariés/en union? Combien sont-ils à ne pas avoir accès aux préservatifs? Etc. Connaître la taille de la population à desservir contribue à mieux planifier, pour une région ou un groupe donné, les ressources nécessaires (comme le nombre de lieux où fournir des prestations, la quantité de personnel formé, les fournitures à prévoir et les heures d'ouverture), et par conséquent, les coûts pour desservir la population concernée.

### Information et éducation en matière de sexualité

Les écoles et les médias sont deux canaux déterminants pour transmettre des informations et éduquer les jeunes en matière de santé sexuelle. Les données démographiques aident à identifier le nombre de jeunes que les interventions éducatives doivent (ou peuvent) toucher. Aussi, les données quant au nombre de jeunes qui vont ou ne vont pas à l'école, ou qui sont exposés à différents types de médias, peuvent aider à planifier et à organiser des programmes utilisant des canaux alternatifs, comme les programmes communautaires de proximité.

### Plaidoyer

Dans les pays en développement, les adolescents représentent un groupe de population nombreux. Transformer les pourcentages en nombres absolus est important pour bien montrer l'ampleur des besoins et pour plaider en faveur de financements plus importants pour répondre à ces besoins. Les chiffres peuvent aussi révéler la taille des groupes les plus vulnérables, comme les adolescents qui ont les plus bas taux de fréquentation scolaire ou les niveaux de connaissances en matière de santé sexuelle les plus lacunaires, ceux qui vivent dans des zones rurales ou font partie des groupes de population les plus pauvres, et ceux qui ont le moins accès aux services de santé.

## GUIDE DE DISCUSSION

- De quelles façons ces estimations démographiques peuvent-elles être utiles dans votre travail de prestataire de services, d'éducateur ou de personne en charge du plaidoyer?
- Quels calculs simples pouvez-vous faire, en utilisant ces estimations démographiques, pour déterminer le nombre de jeunes femmes et de jeunes hommes qui sont sexuellement actifs?
- Serait-il utile d'inclure les résultats de ces calculs dans vos publications ou vos dossiers de plaidoyer?

## SECTION 2: FRÉQUENTATION SCOLAIRE

### DEFINITIONS

#### 60. % de filles qui vont à l'école primaire

Cet indicateur fournit le pourcentage de filles en âge d'aller à l'école primaire qui y vont. L'âge de référence pour aller à l'école primaire est spécifique à chaque pays, mais normalement ce groupe inclut les filles de 6 à 9 ans et les jeunes adolescentes âgées de 10 à 14 ans. Il faut cependant considérer, selon les pays, qu'une partie des 13-14 ans seront plus vraisemblablement à l'école secondaire.

#### 61. % de garçons qui vont à l'école primaire

Cet indicateur fournit le pourcentage de garçons en âge d'aller à l'école primaire qui y vont. L'âge de référence



pour aller à l'école primaire est spécifique à chaque pays, mais normalement ce groupe inclut les garçons de 6 à 9 ans et les jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans. Il faut cependant considérer, selon les pays, qu'une partie des 13-14 ans seront plus vraisemblablement à l'école secondaire.

## 62. Nombre de filles pour 100 garçons qui vont à l'école primaire

Cet indicateur représente le ratio du nombre de filles qui vont à l'école primaire pour 100 garçons qui y vont.

## 63. % de femmes qui vont à l'école secondaire

Cet indicateur fournit le pourcentage de jeunes femmes en âge d'aller à l'école secondaire qui y vont. L'âge de référence pour aller à l'école secondaire est spécifique à chaque pays, mais normalement ce groupe inclut les adolescentes plus âgées (de 15 à 19 ans). Il faut cependant considérer que selon les pays, une bonne partie des 15-19 ans peuvent ne plus aller du tout à l'école, alors qu'une partie des adolescentes de 10 à 14 ans peuvent déjà aller à l'école secondaire.

## 64. % d'hommes qui vont à l'école secondaire

Cet indicateur fournit le pourcentage de jeunes hommes en âge d'aller à l'école secondaire qui y vont. L'âge de référence pour aller à l'école secondaire est spécifique à chaque pays, mais normalement ce groupe inclut les adolescents plus âgés (de 15 à 19 ans). Il faut cependant considérer que selon les pays, une bonne partie des 18-19 ans peuvent ne plus aller du tout à l'école, alors qu'une partie des adolescents de 10 à 14 ans peuvent déjà aller à l'école secondaire.

## 65. Nombre de femmes pour 100 hommes qui vont à l'école secondaire

Cet indicateur représente le ratio du nombre de jeunes femmes qui vont à l'école secondaire pour 100 jeunes hommes qui y vont.

### Limites relatives à la précision des données et à la durée de la fréquentation scolaire:

Les données sur la fréquentation scolaire n'indiquent pas la régularité avec laquelle les enfants et les jeunes vont en réalité à l'école. Ces indicateurs ne précisent pas non plus le nombre d'années complétées au niveau primaire ou secondaire.

De plus, les jeunes femmes et jeunes hommes âgés de 15 ans et plus ne vont pas nécessairement à l'école secondaire; ils sont parfois encore à l'école primaire parce qu'ils ne sont pas allés à l'école pendant une ou plusieurs années, parce qu'ils ont commencé l'école primaire plus tard ou parce qu'ils ont redoublé une ou plusieurs classes. De plus, les lignes directrices concernant les âges de scolarité primaire ou secondaire peuvent varier selon les pays, ce qui rend les comparaisons internationales difficiles.

## APPLICATIONS

Ces indicateurs sur la fréquentation scolaire donnent une idée du niveau d'éducation atteint par les adolescents, ainsi que des informations sur le moment et l'endroit où il faut dispenser les cours *d'éducation complète en matière de sexualité*. Par exemple, les pays avec un niveau de fréquentation scolaire élevé parmi les adolescents devraient concentrer les interventions en matière d'éducation sexuelle dans le cadre scolaire, pour assurer une couverture très élevée. D'un autre côté, les pays où le niveau de fréquentation scolaire des adolescents est peu élevé devraient mettre la priorité sur des programmes d'éducation sexuelle dispensés en dehors du cadre scolaire.

Partout dans le monde, des niveaux élevés d'éducation des femmes sont régulièrement associés avec une utilisation plus élevée de la contraception, une *fécondité* plus basse et un âge plus élevé aussi bien au premier rapport sexuel qu'au premier *mariage*.<sup>26,27</sup> Les femmes ont été à l'école plus longtemps sont plus capables d'adopter des comportements sexuels et reproductifs sains. Elles prennent aussi mieux soin de leurs enfants, ce qui contribue à des taux de morbidité et de mortalité maternelles plus bas et à des taux de survie infantile plus élevés.<sup>28</sup> Il est dès lors déterminant de développer des politiques et des programmes qui permettent que les adolescentes aillent à l'école régulièrement et qu'elles terminent toutes au moins l'école primaire et l'école secondaire aussi souvent que possible.

### Programmation et fourniture de services

Ces indicateurs peuvent être utilisés pour démontrer le besoin de services accessibles pour tous les adolescents. Là où les services ne sont pas disponibles dans le cadre scolaire, ils doivent être fournis en dehors de l'horaire scolaire (par exemple dans des cliniques ouvertes le soir ou pendant les fins de semaine), et par des programmes allant à la rencontre des adolescents (en ayant recours par exemple à des cliniques mobiles).

## Information et éducation en matière de sexualité

Ces indicateurs fournissent des informations sur les lieux où l'on peut atteindre les adolescents et adolescentes, ainsi que sur les groupes qui sont le moins susceptibles d'aller à l'école et de recevoir une éducation sexuelle dans le cadre scolaire.

Dans la plupart des pays en développement, une grande majorité des enfants, garçons et filles, vont à l'école primaire. Par exemple en Zambie, 80% des filles vont à l'école primaire (indicateur 60), mais seulement 35% des jeunes femmes fréquentent l'école secondaire (indicateur 63). En République Dominicaine, 90% des filles vont à l'école primaire, mais seulement 53% des jeunes femmes vont à l'école secondaire. Dans ces deux pays, les différences entre la fréquentation scolaire des garçons et des filles sont minimales. Par conséquent, l'éducation sexuelle donnée dans le cadre scolaire devrait être dispensée à l'école primaire, afin d'atteindre le plus grand nombre possible d'adolescents.

Bien que les adolescents plus âgés soient moins nombreux à fréquenter l'école que les plus jeunes, l'éducation sexuelle devrait être dispensée aussi au niveau secondaire, parce que les étudiants du secondaire sont dans la tranche d'âge qui voit le plus de jeunes devenir sexuellement actifs. Pourtant, l'école n'est pas toujours le meilleur moyen pour atteindre les jeunes, surtout dans les pays où la fréquentation scolaire est basse et où les ministères de l'éducation sont conservateurs.

Les indicateurs 60 à 65 fournissent aussi des informations sur le nombre d'adolescents qui ne vont pas à l'école. Le nombre d'adolescents non scolarisés est significatif dans de nombreux pays en développement. Ces adolescents doivent donc recevoir une éducation sexuelle par d'autres moyens que l'école. Par exemple, en Inde, 29% des filles ne vont pas à l'école primaire et 54% des jeunes femmes ne vont pas à l'école secondaire. Les endroits où les jeunes non scolarisés peuvent être atteints varient selon les pays; il s'agit souvent des clubs de sport ou d'autres lieux proposant des activités de détente ou de loisir destinées aux jeunes.

Finalement, ces indicateurs montrent que globalement les filles sont moins susceptibles que les garçons d'aller à l'école primaire ou secondaire, et que les enfants des familles plus pauvres ont moins de probabilité de fréquenter l'école secondaire que ceux des familles plus riches. Par exemple, en Inde, 21% des jeunes femmes dans le *quintile de richesse* le plus pauvre vont à l'école secondaire, contre 74% dans le quintile le plus riche (indicateur 63). En

Zambie, 14% de jeunes hommes dans le quintile le plus bas vont à l'école secondaire, alors que 69% y vont dans le quintile le plus élevé (indicateur 64). Dans de nombreux pays, les adolescents dans les quintiles de richesse les plus bas ont plus de probabilité de ne pas aller à l'école du tout. Ces données contribuent à identifier les groupes qui ont le plus besoin de recevoir une éducation sexuelle en dehors de l'école.

L'examen conjoint de plusieurs indicateurs permet de se faire une image plus complète de la situation de certains sous-groupes d'adolescents. Par exemple, en Zambie, parmi les jeunes femmes vivant dans des zones rurales, seulement 21% vont à l'école secondaire (indicateur 63); seulement 10% sont exposées à la télévision (indicateur 67); et 77% n'ont pas entendu parler de planification familiale ni à la radio, ni à la télévision, ni dans les journaux pendant les mois précédant l'enquête. (indicateur 19). Ces chiffres indiquent le besoin de développer des programmes d'information et d'éducation visant à atteindre les adolescentes des zones rurales par d'autres canaux que la télévision et les écoles; ces programmes devront en outre proposer des messages qui soient compréhensibles par tous les jeunes, quel que soit leur niveau d'éducation et d'alphabétisation.

## Plaidoyer

Là où l'éducation sexuelle est enseignée à l'école, ces programmes arrivent souvent trop tard, après que de nombreux jeunes aient déjà quitté l'école ou aient déjà commencé d'être sexuellement actifs. De même, souvent les enfants et les jeunes ne reçoivent cette éducation sexuelle qu'une seule fois, et par des programmes incomplets qui ne traitent pas suffisamment des concepts clés comme les *droits sexuels*, l'égalité de *genre*, la santé et les relations. Tous ces sujets devraient être abordés dès le plus jeune âge. Par conséquent, il est probable que même les jeunes qui reçoivent une éducation sexuelle à l'école en apprennent trop peu et trop tard. Les données sur la fréquentation scolaire peuvent être utilisées pour plaider en faveur d'une éducation de santé sexuelle adaptée à l'âge et dispensée déjà à l'école primaire, à un âge où la plupart des enfants et de nombreux jeunes adolescents sont encore à l'école.

Pour les jeunes en âge de fréquenter l'école secondaire, les données pour de nombreux pays indiquent clairement qu'il faut prévoir des programmes d'éducation sexuelle aussi en dehors de l'école. Enfin, ces données fournissent des informations cruciales concernant les ado-

lescents non scolarisés; elles peuvent être utilisées pour plaider en faveur de programmes d'éducation sexuelle et de services de santé sexuelle et reproductive pour les groupes vulnérables.

## GUIDE DE DISCUSSION

- Comment les ministères de la santé et de l'éducation peuvent-ils travailler ensemble plus étroitement pour assurer que l'éducation sexuelle et les services de santé adaptés aux jeunes forment un tout cohérent et soient accessibles à tous les jeunes?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour dispenser aux jeunes non scolarisés une éducation complète en matière de sexualité?
- Quelles sont les meilleures approches pédagogiques pour dispenser, à l'école et en dehors de celle-ci, une éducation complète en matière de sexualité?
- Comment votre organisation pourrait-elle faire en sorte que les écoles soient des endroits sûrs, qui apportent leur soutien aux filles et jeunes femmes, aux personnes vivant avec le VIH, et aux jeunes personnes homosexuelles, bisexuelles, transgenres et *queer*?
- Les enseignants sont-ils formés adéquatement pour dispenser les programmes d'éducation sexuelle? En plus de la formation, quels sont les autres moyens efficaces de soutenir les enseignants?
- Comment pouvons-nous améliorer l'articulation entre les services de santé et l'éducation sexuelle?
- Comment votre organisation peut-elle travailler avec les médias pour assurer que les messages destinés aux jeunes à propos des rapports sexuels, de la sexualité et de la contraception soient exacts?

## SECTION 3: EXPOSITION AUX MÉDIAS

### DEFINITIONS

#### 66. % de femmes 15–19 ans qui écoutent la radio chaque semaine

Cet indicateur représente la proportion d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui écoutent la radio presque tous les jours ou au moins une fois par semaine.

#### 67. % de femmes 15–19 ans qui regardent la télévision chaque semaine

Cet indicateur représente la proportion d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui regardent la télévision presque tous les jours ou au moins une fois par semaine.

#### 68. % de femmes 15–19 ans qui lisent les journaux chaque semaine

Cet indicateur représente la proportion d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui lisent un journal ou un magazine presque tous les jours ou au moins une fois par semaine.

#### 69. % de femmes 15–19 ans exposées aux trois médias les plus courants chaque semaine

Cet indicateur représente la proportion d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui sont exposées aux trois médias (radio, télévision et journaux ou magazines) presque tous les jours ou au moins une fois par semaine.

#### 70. % de femmes 15–19 ans ayant un accès très limité ou pas d'accès du tout aux trois médias

Cet indicateur représente la proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans qui n'ont pas d'accès du tout, ou moins d'une fois par semaine, à n'importe quel type de médias.

#### Limites relatives au contenu et à la qualité des médias:

Ces indicateurs fournissent des informations sur l'accès aux médias des adolescentes âgées de 15 à 19 ans et sur les types de médias qu'elles utilisent. Ces données sont limitées dans la mesure où elles ne fournissent pas d'information sur le type, la qualité et les contenus des programmes auxquels les jeunes sont exposés. Ces indicateurs mesurent seulement la proportion des jeunes filles ayant accès à ces médias.

Il est aussi important de noter qu'aujourd'hui, beaucoup de jeunes recherchent et reçoivent des informations à travers des canaux en

expansion rapide, comme les textos (SMS), l'internet et les sites des réseaux sociaux. Dans de nombreux pays en développement, ces moyens de communications relativement nouveaux sont en train de devenir la première source d'information des jeunes. Les enquêtes EDS ne récoltent pas encore de données sur ces sources d'information ; il n'existe pas à ce jour de source de données alternative qui puisse fournir des informations sur l'utilisation de ces nouveaux moyens de communication.

Une autre limite relative aux données sur les moyens de communication de masse est qu'il est difficile d'isoler l'impact qu'une source ou un programme en particulier peut avoir sur les comportements sexuels ou relatifs à la contraception. Les messages des médias peuvent contribuer à l'information et à l'éducation du public, sans forcément causer directement des changements dans les comportements.

## APPLICATIONS

Les médias de masse représentent un outil puissant et une manière économiquement efficace pour atteindre un grand nombre de personnes, y compris les groupes les plus difficiles à atteindre, comme les jeunes non scolarisés ou ceux vivant dans des régions isolées. Ces moyens de communication de masse peuvent avoir un effet positif sur l'utilisation de la contraception et sur la réduction des risques liés aux comportements sexuels. Savoir quel moyen de communication (radio, télévision ou journaux) est le plus accessible ou le plus populaire parmi les adolescents est par conséquent déterminant pour le succès des programmes visant à améliorer la santé sexuelle des jeunes.

### Programmation et fourniture de services

Les données présentées dans cette section peuvent aider les prestataires de services à décider quels sont les meilleurs médias pour informer les jeunes sur les services disponibles, leur localisation et leurs heures d'ouverture. Ces données sont particulièrement utiles pour concevoir des campagnes et des programmes dans les médias qui soient économiquement efficaces. Par exemple en Zambie, parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans et vivant dans le quintile de richesse le plus pauvre, 2% ont accès à la télévision, 17% aux journaux et 41% à la radio. Cette information indique que la radio sera le moyen le plus efficace d'atteindre ce groupe de la population.

Les médias imprimés comme les affiches, les brochures et les dépliants ont une durée de vie assez longue et peuvent être distribués au niveau local. Cependant, ils peuvent être moins efficaces parmi les adolescents ayant un bas niveau d'éducation ou d'alphabétisation: leur

utilisation sera plus efficace si elle s'accompagne d'interventions basées dans la communauté. Lors de l'utilisation des médias imprimés, de la radio ou de la télévision, il faut s'assurer que les messages soient aussi relayés dans toutes les langues locales.

L'utilisation des médias a un impact plus important quand on combine plusieurs canaux et formats. Les messages donnant des informations spécifiques, par exemple sur un produit ou une marque en particulier, ou sur la localisation spécifique d'un service, ont plus de probabilité d'avoir un impact sur le public que des messages plus généraux.

### Information et éducation en matière de sexualité

Ces indicateurs peuvent aider à améliorer les programmes transmis par les médias. En effet, ils montrent quels types de médias sont les plus adaptés pour atteindre certains groupes en particulier. L'utilisation des médias permet la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux besoins et aux goûts des adolescents: comme les séries, les feuilletons ou les programmes combinant éducation et divertissement. Ces programmes permettent de présenter facilement des modèles positifs auxquels les jeunes peuvent s'identifier, ou des approches positives de la sexualité et de l'égalité de genre. Utilisés de cette façon, les médias peuvent servir à transmettre des connaissances, à améliorer la perception des risques, à augmenter la prise de conscience en matière de droits sexuels, à promouvoir l'utilisation de la contraception et des services de santé sexuelle et reproductive, à informer les jeunes sur les pratiques sexuelles sans risque et à remettre en question les mythes et les normes sociales potentiellement nocives.

Il peut exister de grandes différences dans l'accès aux médias à l'intérieur d'un même pays, selon le lieu de résidence et le niveau de richesse. Par exemple, en Inde, la grande majorité des jeunes femmes des zones urbaines (85%) et vivant dans les familles des deux quintiles les plus riches (80% et 93%) sont exposés à la télévision chaque semaine (indicateur 67); la télévision est donc un bon média pour diffuser des programmes d'information et d'éducation pour les jeunes femmes de ces sous-groupes. L'utilisation des médias de masse est plus problématique pour atteindre les jeunes femmes du quintile le plus pauvre : 66% d'entre elles n'ont pas accès du tout ou ont un accès très limité à la radio, la télévision ou les journaux (indicateur 70). Cela implique qu'un grand nombre de ces jeunes femmes devront être atteintes par d'autres moyens.

## Plaidoyer

Les données sur l'exposition aux médias, combinées avec celles sur la fréquentation scolaire, peuvent être utilisées pour justifier le besoin d'avoir recours aux médias afin d'atteindre les adolescents qui ne fréquentent pas l'école. Par exemple en Zambie, 79% des jeunes femmes en âge d'aller à l'école secondaire vivant dans des zones rurales ne vont pas à l'école (indicateur 63), mais 49% des jeunes femmes des zones rurales ont accès à la radio (indicateur 66). Des programmes radio, combinés avec des programmes communautaires allant à la rencontre de ces jeunes femmes, ou des programmes d'éducation et des cliniques mobiles, pourraient contribuer à atteindre les jeunes femmes non scolarisées.

L'utilisation des médias de masse est déterminante pour le plaidoyer. Puisque les campagnes médiatiques peuvent augmenter la prise de conscience générale dans les communautés, elles ont le potentiel d'engendrer le dialogue au sein des communautés et de contribuer à façonner les normes sociales, en plus d'influencer les comportements individuels.

## GUIDE DE DISCUSSION

- Comment peut-on assurer que les messages sur la sexualité diffusés par les médias soient positifs et fondés sur les droits, plutôt que négatifs et basés sur la peur?
- Quelles sont les façons les plus efficaces d'utiliser les nouveaux médias (par exemple, les sites des réseaux sociaux ou les textos) pour améliorer l'accès à une information de santé sexuelle et reproductive qui soit correcte et fondée sur les droits?
- Comment arriver à mieux comprendre la façon dont les médias sociaux influencent les attitudes et les comportements sexuels parmi les jeunes?

## Information démographique

## SECTION 1

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	56	57	58	59
	Nombre de 10–14 ans en 2011 <sup>1</sup>		Nombre de 15–19 ans en 2011 <sup>1</sup>	
Région et pays	Filles	Garçons	Femmes	Hommes
<b>AFRIQUE</b>				
Égypte	3 984 540	4 160 212	3 838 912	3 980 775
Éthiopie	5 497 408	5 538 506	4 947 828	4 964 409
Ghana	1 373 236	1 441 274	1 267 679	1 329 661
Kenya	2 468 937	2 490 903	2 174 400	2 187 975
Malawi	969 934	986 547	852 585	863 421
Mozambique	1 510 456	1 514 065	1 278 054	1 274 631
Nigeria	9 532 099	9 935 902	8 206 597	8 530 776
Ouganda	2 265 917	2 274 891	1 902 165	1 882 942
Rép Dem du Congo	4 399 594	4 422 963	3 738 620	3 761 728
Rwanda	643 408	636 698	541 248	534 304
Sénégal	789 640	805 695	699 063	710 090
Tanzanie	2 801 555	2 834 339	2 412 629	2 426 252
Zambie	863 766	870 388	718 823	722 876
Zimbabwe	788 897	789 673	811 550	806 186
<b>EUROPE</b>				
Albanie	129 565	140 916	136 487	144 310
Moldavie	93 851	96 324	133 092	135 334
Ukraine	983 873	1 036 007	1 279 304	1 338 524
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>				
Bangladesh	7 788 190	8 210 895	7 594 853	8 007 237
Inde	58 631 724	64 032 368	57 671 444	63 157 008
Indonésie	10 454 011	10 833 231	10 574 067	10 909 357
Népal	1 781 822	1 881 056	1 645 323	1 734 981
Pakistan	9 929 830	10 344 520	9 615 782	10 003 359
Philippines	5 213 348	5 457 033	4 812 144	5 025 100
Vietnam	3 233 587	3 389 917	4 223 782	4 404 002
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>				
Bolivie	561 977	584 396	532 803	552 511
Colombie	2 151 734	2 237 169	2 148 794	2 221 164
Guatemala	920 000	938 100	821 900	823 100
Honduras	444 407	461 615	429 279	441 883
Pérou	1 423 399	1 473 338	1 414 619	1 457 682
Rép Dominicaine	489 229	503 865	482 325	491 563

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

56. Nombre de filles âgées de 10 à 14 ans en 2011

57. Nombre de garçons âgés de 10 à 14 ans en 2011

58. Nombre de femmes âgées de 15 à 19 ans en 2011

59. Nombre d'hommes âgés de 15 à 19 ans en 2011

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	60	61	62	63	64	65
Région, pays et année de l'enquête	% qui vont à l'école primaire <sup>2</sup>		Nombre de filles pour 100 garçons qui vont à l'école primaire <sup>2</sup>	% qui vont à l'école secondaire <sup>2</sup>		Nombre de femmes pour 100 hommes qui vont à l'école secondaire <sup>2</sup>
	Filles en âge d'aller à l'école primaire	Garçons en âge d'aller à l'école primaire		Femmes en âge d'aller à l'école secondaire	Hommes en âge d'aller à l'école secondaire	
<b>AFRIQUE</b>						
Égypte (2008)	88	89	98	64	67	95
Éthiopie (2011)	65	64	102	13	14	96
Ghana (2008)	74	73	101	42	42	101
Kenya (2008–09)	80	78	103	18	17	108
Malawi (2010)	92	90	102	13	12	108
Mozambique (2003)	57	63	90	7	8	80
Nigeria (2008)	59	65	91	46	52	90
Ouganda (2006)	81	82	99	16	16	101
Rép. Dem. du Congo (2007)	59	63	95	25	32	77
Rwanda (2010)	88	86	102	16	15	107
Sénégal (2010–11)	56	52	107	27	29	93
Tanzanie (2010)	81	78	104	25	26	95
Zambie (2007)	80	80	100	35	38	93
Zimbabwe (2010–11)	87	87	101	48	47	102
<b>EUROPE</b>						
Albanie (2008–09)	95	95	99	55	57	96
Moldavie (2005)	84	84	100	79	80	99
Ukraine (2007)	90	90	100	85	84	99
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>						
Bangladesh (2007)	nc	nc	nd	46	43	107
Inde (2005-06)	71	73	96	46	57	80
Indonésie (2007)	84	86	98	59	57	103
Népal (2011)	86	92	94	58	59	98
Pakistan (2006–07)	62	70	89	25	29	87
Philippines (2008)	85	81	105	64	50	129
Vietnam (2002)	nc	nc	nd	37	45	82
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>						
Bolivie (2008)	94	95	99	62	66	95
Colombie (2010)	75	78	97	70	69	101
Guatemala (2008–09)	86	90	96	39	41	95
Honduras (2005–06)	89	86	103	42	34	124
Pérou (2007–08)	87	85	102	63	64	99
Rép. Dominicaine (2007)	90	88	102	53	38	140

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**60.** % de filles qui vont à l'école primaire

**61.** % de garçons qui vont à l'école primaire

**62.** Nombre de filles pour 100 garçons qui vont à l'école primaire

**63.** % de femmes qui vont à l'école secondaire

**64.** % d'hommes qui vont à l'école secondaire

**65.** Nombre de femmes pour 100 hommes qui vont à l'école secondaire

## Exposition aux médias

## SECTION 3

NUMÉRO DE L'INDICATEUR	66	67	68	69	70
	% qui écoutent la radio chaque semaine	% qui regardent la TV chaque semaine	% qui lisent les journaux chaque semaine	% exposées aux trois médias les plus courants chaque semaine	% ayant un accès très limité ou pas d'accès du tout aux trois médias
Région, pays et année de l'enquête	Femmes 15–19	Femmes 15–19	Femmes 15–19	Femmes 15–19	Femmes 15–19
<b>AFRIQUE</b>					
Égypte (2008) <sup>3</sup>	44	96	3	2	3
Éthiopie (2011)	26	18	9	2	62
Ghana (2008)	74	62	26	19	15
Kenya (2008–09)	77	32	26	14	20
Malawi (2010)	58	21	17	7	35
Mozambique (2003)	53	24	6	4	42
Nigeria (2008)	54	44	12	9	36
Ouganda (2006)	75	14	23	8	22
Rép. Dem. du Congo (2007)	32	25	10	4	57
Rwanda (2010)	71	12	4	1	27
Sénégal (2010–11)	62	66	16	11	19
Tanzanie (2010)	60	32	26	12	30
Zambie (2007)	58	36	29	15	29
Zimbabwe (2010–11)	34	38	18	9	47
<b>EUROPE</b>					
Albanie (2008–09)	47	99	44	31	1
Moldavie (2005)	84	93	60	52	2
Ukraine (2007)	69	98	69	51	1
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>					
Bangladesh (2007) <sup>3</sup>	28	51	5	2	37
Inde (2005-06)	34	59	29	13	29
Indonésie (2007) <sup>3</sup>	32	72	6	2	21
Népal (2011)	55	52	18	11	24
Pakistan (2006–07) <sup>3</sup>	nc	nc	nc	nc	nc
Philippines (2008)	70	88	34	26	6
Vietnam (2002) <sup>3</sup>	52	78	31	24	16
<b>AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES</b>					
Bolivie (2008)	91	81	42	36	3
Colombie (2010)	nc	nc	nc	nc	nc
Guatemala (2008–09)	76	75	74	50	5
Honduras (2005–06)	91	72	45	37	2
Pérou (2007–08)	74	65	31	19	10
Rép. Dominicaine (2007)	86	93	55	49	2

**Noms complets des indicateurs ci-dessus**

**66.** % de femmes 15–19 ans qui écoutent la radio chaque semaine

**67.** % de femmes 15–19 ans qui regardent la télévision chaque semaine

**68.** % de femmes 15–19 ans qui lisent les journaux chaque semaine

**69.** % de femmes 15–19 ans exposées aux trois médias les plus courants chaque semaine

**70.** % de femmes 15–19 ans ayant un accès très limité ou pas d'accès du tout aux trois médias



## NOTES POUR LES TABLEAUX, indicateurs 56–70

1. Les données démographiques sont des estimations de population par sexe et groupe d'âge calculées par la division de la population des Nations Unies.

2. Les données sur la fréquentation scolaire (indicateurs 60–65) n'étaient pas du tout disponibles dans les EDS de quatre pays (le Bangladesh, le Guatemala, l'Ukraine et le Vietnam). Les données présentées sont celles du pourcentage d'élèves inscrits à l'école pour chaque niveau scolaire. Pour le Bangladesh, le Guatemala et l'Ukraine, les données sur les inscriptions à l'école correspondent aux années des EDS et proviennent des Indicateurs du développement de la Banque mondiale. Pour le Vietnam, les données proviennent de l'EDS de 2002, mais les chiffres présentés (indicateurs 63 et 64) indiquent seulement la proportion des jeunes inscrits au niveau secondaire supérieur, soit ceux âgés théoriquement de 16 à 20 ans, et pas ceux inscrits au niveau secondaire inférieur (soit 85% des adolescentes de 11–15 ans et 89% des adolescents de 11–15 ans). Pour les Philippines, les données ne sont pas disponibles pour l'EDS de 2008 et ce sont les données de fréquentation scolaire de l'EDS de 2003 qui ont été utilisées.

3. Pour ces pays, les données ne concernent que les femmes mariées ou qui ont été mariées. Les données pour les femmes non mariées n'ont pas été collectées ; par conséquent, les indicateurs pour "toutes les femmes" reflètent uniquement les situations des femmes actuellement mariées, veuves ou divorcées/séparées.

nc=non collectée

nd=non disponible



# Conclusion

## Jusqu'où ce guide peut-il aller?

Le but de ce guide est de rendre les chiffres et les statistiques plus faciles à approcher, à comprendre et à utiliser. Les données incluses ici montrent la réalité de ce qui se passe dans la vie sexuelle et reproductive des *jeunes* dans les 30 pays inclus dans le guide. Afin de démystifier les données, ce guide fournit des définitions pratiques pour chaque *indicateur* et pour les termes importants; il explique les limites des données et présente des exemples concrets pour illustrer comment les indicateurs peuvent être utilisés dans le travail réalisé sur le terrain pour améliorer la vie des jeunes.

Cependant, ce guide n'est pas en mesure de raconter l'histoire complète sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des *adolescents* et des jeunes, en grande partie en raison du manque de données disponibles. Pour informer et guider leur travail dans le domaine de la fourniture des services, de l'éducation, de l'information et du plaidoyer, les utilisateurs devraient par conséquent combiner les principes, les approches et les données fournies dans ce guide avec leur connaissance du terrain et les expériences pratiques acquises dans leur pays.

Ce guide va aussi loin que les données disponibles le permettent. Certaines données manquent entièrement parce qu'elles n'ont jamais été collectées; d'autres manquent pour certains sous-groupes parce que les *échantillons* sont trop petits. La tranche d'âge des 10–14 ans n'est pas incluse dans les enquêtes EDS; aucune donnée EDS n'est donc disponible pour les jeunes adolescents. Les sources publiées des données EDS ne procurent pas toujours les chiffres correspondant aux tranches d'âges qui nous intéressent (les 15–19 ans ou les 15–24 ans, par exemple). Le guide présente des données pour tous les hommes et toutes les femmes en âge de procréer (15–49 ans) dans le but de décrire les normes et attitudes sociales générales. Ces données sont appropriées pour décrire les conditions qui affectent et influencent les jeunes. Les données sont par ailleurs particulièrement rares en ce qui concerne l'enseignement de l'éducation sexuelle (que ce soit sur le plan de son contenu ou de sa qualité), les *droits sexuels* et l'égalité de *genre*.

Malgré ces limites, le guide explique comment utiliser les données disponibles de façon pertinente. Les utilisateurs devraient aussi se servir de leur connaissance du contexte local et d'autres données disponibles dans leur pays pour interpréter et utiliser les données du guide, comme par exemple pour estimer si les indicateurs concernant l'ensemble des personnes en âge de procréer fournissent des informations raisonnablement valables pour décrire le contexte et l'environnement social dans lequel vivent les adolescents.

## Les données qui manquent encore et les recherches à mener

### Accès aux services, à l'information et à l'éducation

Il est nécessaire de disposer de plus d'information sur les préférences, les expériences et les conditions d'accès aux services et à l'information de santé sexuelle des jeunes, en particulier en ce qui concerne:

- Les attitudes des communautés et des prestataires de services envers la sexualité des adolescents et la fourniture de services et d'information de santé sexuelle et reproductive aux adolescents.
- Le niveau de connaissance et les préférences des jeunes en ce qui concerne les différentes sources d'information et de services.
- Les barrières qui rendent difficile l'obtention de service et d'informations, y compris celles liées à la logistique, celles d'ordre personnel ou familial, celles spécifiques à la communauté et celles existant au niveau national (par exemple, en termes de politiques ou de programmes).
- L'efficacité des différents modèles de services conçus spécialement pour les adolescents, comme par exemple les services séparés réservés aux adolescents, comparés à des services pour tous les âges confondus mais incluant quelques services spécifiques pour les adolescents et leur garantissant la confidentialité (au moyen d'horaires spéciaux ou des zones de la clinique qui leur sont réservées).
- L'accès des adolescentes et des jeunes femmes à l'avortement médicalisé.

## EXEMPLE D'UN PAYS: OUGANDA

### Différences liées au genre, au comportement sexuel et aux connaissances

Les données de ce guide montrent que les jeunes femmes en Ouganda courent un plus grand risque que les jeunes hommes de connaître des conséquences négatives en lien avec leurs activités sexuelles. Elles commencent à être sexuellement actives plus tôt que les jeunes hommes et connaissent moins bien les risques pour la santé sexuelle et les manières de se protéger. Les données montrent aussi qu'il est nécessaire d'agir dans le domaine de l'égalité de genre.

Les données révèlent que les jeunes femmes commencent à avoir des *rapports sexuels* plus tôt que les jeunes hommes. Parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, 16% déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et 62% des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans disent avoir commencé d'avoir des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. En comparaison, pour les mêmes tranches d'âges, 12% des jeunes hommes déclarent avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans, et 48% avant l'âge de 18 ans. Les femmes se marient aussi plus jeunes que les hommes: 22% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ont été mariées/en union au moins une fois, comparé à seulement 2% des jeunes hommes du même âge. L'écart entre hommes et femmes est encore plus grand pour la tranche des 20-24 ans: 78% des femmes contre 44% des hommes ont été déjà mariées/en union au moins une fois. En outre, la différence entre l'âge médian lors du premier rapport sexuel et l'âge médian au premier mariage/union est beaucoup plus petite pour les femmes (1,3 ans) que pour les hommes (4,0 ans).

Les jeunes hommes en Ouganda ont de meilleures connaissances sur les risques pour la santé sexuelle que les jeunes femmes. Par exemple, il y a plus d'adolescentes (46%) que d'adolescents (38%) qui n'ont pas entendu récemment parler de planification familiale dans les médias. Les jeunes hommes sont aussi plus nombreux à avoir une connaissance étendue en matière de VIH/sida (38%) que les jeunes femmes (32%); 90% de jeunes hommes connaissent

un endroit où se procurer des préservatifs contre seulement 70% de jeunes femmes, et seulement 34% des jeunes femmes déclarent pouvoir se procurer des préservatifs toutes seules.

Le manque d'accès à la contraception contribue probablement au pourcentage élevé de besoins de contraception non satisfaits parmi les jeunes femmes en Ouganda: parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, 55% de celles qui sont sexuellement actives et non mariées ou pas en union, et 34% de celles qui sont mariées/en union, ont des besoins de contraception non satisfaits.

Prendre en compte la taille de la population concernée fournit une vue plus complète de l'ampleur des besoins des jeunes femmes et des jeunes hommes. L'Ouganda compte plus de 4,5 millions de jeunes adolescents (filles et garçons) âgés de 10 à 14 ans, et plus de 3,7 millions d'adolescents (garçons et filles) âgés 15 à 19 ans. Seulement 16% des jeunes vont à l'école secondaire alors qu'une proportion beaucoup plus élevée (81-82%), vont à l'école primaire. Il est dès lors déterminant de dispenser dès l'école primaire des programmes d'éducation sexuelle, incluant des informations appropriées à l'âge, sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, pour que les filles et les garçons apprennent comment éviter les grossesses non planifiées et les IST, et comment développer des relations intimes saines.

Les personnes en charge du plaidoyer peuvent utiliser ces données pour conscientiser les éducateurs, les planificateurs et les décideurs politiques quant à l'importance déterminante qu'une éducation complète en matière de sexualité, ainsi que l'accès aux services de base, revêtent pour tous les jeunes. Cet aspect est particulièrement important pour toutes les jeunes femmes, mariées/en union et non mariées, scolarisées et non scolarisées. Les planificateurs et les prestataires de services peuvent utiliser les données sur les types de comportements prédominants pour augmenter leur compréhension des besoins spécifiques des différents groupes de jeunes.

Les données sur ces questions sont importantes parce qu'elles influencent les choix que les prestataires de services et les personnes en charge du plaidoyer peuvent faire pour que les adolescents aient un meilleur accès à l'information et aux services qui leur permettront d'améliorer leur santé sexuelle et leurs droits sexuels.

### **Perception et utilisation de l'information, de l'éducation et des services**

Les données manquent aussi sur la façon dont les adolescents et les jeunes reçoivent l'information, sur comment ils utilisent concrètement les services relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. De plus, il n'y a pas de données comparables pour un grand nombre de pays en matière d'enseignement de l'éducation sexuelle dans les écoles. Nous ne savons donc pas si l'éducation sexuelle y est vraiment enseignée (même lorsque le *curriculum national* la rend obligatoire), ni dans combien d'écoles, si elle y est enseignée. Nous ne savons pas non plus quels sont les sujets inclus dans les *curricula*, ou si les enseignants sont formés pour dispenser cette éducation. Il y a encore moins de données sur la disponibilité et la qualité de l'information et de l'éducation de santé sexuelle offertes en dehors de l'école par les prestataires de services, les organisations communautaires (y compris religieuses), les parents et les pairs.

### **Égalité de genre et droits sexuels**

Il existe peu de données fiables et comparables entre pays sur les thèmes de l'égalité de genre et des droits sexuels. Le seul indicateur des *enquêtes* démographiques et de santé sur cette thématique concerne la proportion d'adolescentes qui vont à l'école secondaire par rapport aux adolescents. Les droits sexuels peuvent être examinés en passant en revue les lois concernant la violence et les abus entre conjoints, l'identité sexuelle, l'accès aux soins de santé et les droits au sein du mariage. Pour ce dernier groupe d'indicateurs, des données existent, mais elles ne sont disponibles que pour quelques pays seulement; comme elles ne sont pas standardisées, les comparaisons internationales sont difficiles.

Pour d'autres questions, les données nationales sont encore plus difficiles à trouver. Des études peuvent avoir été menées dans certains pays, dans des zones limitées ou pour des groupes particuliers; ces études sont si spécifiques au contexte que les résultats ne peuvent pas être utilisés pour ce guide. C'est le cas par exemple en ce qui concerne:

- les discriminations socioéconomiques ou ethniques;
- les violence et les abus; et
- les mariages forcés.

Les données sur ces sujets sont importantes, car elles servent à identifier et atteindre les adolescents les plus vulnérables. Elles sont aussi utiles pour le plaidoyer en faveur d'une plus grande sensibilisation aux droits des adolescents, ainsi que pour une amélioration des lois les protégeant ou une meilleure application des lois existantes.

### **Connaissances des adolescents en matière de sexualité et de droits sexuels**

Les données sur ces connaissances ont été rassemblées principalement dans le contexte de la prévention du VIH et de l'éducation à la santé basée sur les compétences. Ces données sont utiles parce qu'elles concernent certains aspects d'une *éducation complète à la sexualité*. Pourtant, elles omettent aussi certains sujets importants, comme par exemple la contraception et les droits sexuels. Un autre sujet essentiel souvent omis est la sensibilisation nécessaire des adolescents aux changements corporels pendant l'adolescence, et à ce que cela implique au niveau des comportements sexuels et reproductifs. Disposer de données sur tous ces aspects est important pour concevoir des programmes d'éducation sexuelle et pour fournir de l'information et des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents qui en ont besoin.

### **Sexualité positive et plaisir**

De plus en plus d'études bien documentées soulignent l'importance que le plaisir et les expériences positives jouent dans la vie sexuelle des individus et des couples. La recherche montre qu'aborder les aspects positifs de la sexualité et des relations de couple dans les cours d'éducation sexuelle peut avoir des effets positifs sur la santé, par exemple une utilisation plus fréquente des préservatifs et d'autres moyens contraceptifs.<sup>29-31</sup> Les chercheurs, les éducateurs et les prestataires de services dans le domaine de la santé sexuelle reconnaissent de plus en plus la valeur de cette approche relativement nouvelle. Celle-ci non seulement admet, mais respecte aussi le fait que le plaisir et la satisfaction sexuelle, ainsi que l'intimité entre deux personnes figurent parmi les raisons pour avoir une activité sexuelle. La recherche montre aussi que développer une approche positive envers sa propre sexualité peut augmenter le respect de soi et *l'efficacité personnelle* dans le domaine sexuel.<sup>32,33</sup> En cultivant cette approche

d'une sexualité positive, les jeunes hommes et les jeunes femmes sont libres de toute honte pouvant les amener à prendre des risques ou à avoir des comportements irréflectifs; ils sont plus en mesure de choisir en toute connaissance de cause comment se comporter sexuellement.

### Jeunes adolescents

Le manque de données pour les jeunes adolescents (de 10 à 14 ans) est particulièrement problématique, les débats étant souvent très vifs quant à l'éducation sexuelle et aux

services à fournir pour une tranche d'âge si jeune. Les données présentées dans ce guide montrent qu'une proportion souvent significative de jeunes commencent à être sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans. Cette information démontre qu'il est nécessaire de fournir des informations et de l'éducation sexuelle aux jeunes adolescents. Disposer de plus de données sur les 10-14 ans serait utile pour identifier les besoins spécifiques dans cette tranche d'âge, et pour plaider en faveur de programmes en mesure d'y répondre.

## EXEMPLE D'UN PAYS: LA RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

### Santé sexuelle des jeunes hommes

Les données sur les comportements sexuels, les connaissances, l'éducation et l'utilisation de la contraception des jeunes hommes sont nécessaires pour comprendre leurs besoins et leurs risques de santé. En général, les jeunes hommes en République Dominicaine deviennent sexuellement actifs beaucoup plus tôt que les jeunes femmes. Cette tendance se traduit aussi par un décalage beaucoup plus grand chez les hommes que chez les femmes entre l'âge médian lors du premier rapport sexuel et celui au premier mariage/union. En plus, moins de la moitié des hommes sexuellement actifs déclarent utiliser des préservatifs.

En République Dominicaine, la moitié des jeunes hommes deviennent sexuellement actifs pendant l'adolescence (50% des adolescents âgés de 15 à 19 ans et 92% des jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans ont déjà eu des rapports sexuels). Ces données, combinées avec celles sur la fréquentation scolaire, montrent l'importance de donner aux jeunes hommes des informations sur la santé sexuelle à un jeune âge, idéalement à l'école primaire, puisque 88% des garçons vont à l'école primaire contre seulement 38% à l'école secondaire.

L'âge médian lors du premier rapport sexuel est de 16,3 ans parmi les jeunes hommes dominicains, alors que leur âge médian au premier mariage est de 23,9 ans— un décalage de 7,6 ans. Pour les jeunes femmes, ce décalage est de moins d'une année en moyenne. Ce grand décalage chez les jeunes hommes peut se traduire par des relations avec plusieurs partenaires sexuels, et un plus grand risque de contracter le VIH ou d'autres IST. De plus, seulement

34% des jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans ont des connaissances élargies sur le VIH, ce qui souligne le besoin qu'ils ont de recevoir de l'information et des services de santé sexuelle et reproductive.

Les jeunes hommes peuvent aussi rencontrer des pressions culturelles les poussant à prouver leur masculinité en étant sexuellement actif. Cette pression peut nuire à leur santé sexuelle, en particulier s'ils répondent à la pression sociale de "prouver" leur hétérosexualité en ayant des relations avec des travailleuses du sexe ou avec des partenaires multiples. Les jeunes hommes sexuellement actifs en République Dominicaine qui déclarent qu'ils utilisent des méthodes de contraception modernes (ou que leurs partenaires en utilisent) sont relativement nombreux (70%). Or ils sont seulement 40% à déclarer utiliser des préservatifs.

Sur le terrain, un accent plus important est mis en général sur l'éducation sexuelle et les services destinés aux jeunes femmes; cette attention disproportionnée accordée aux femmes est probablement due au risque de grossesse non désirée qu'elles courent et aux normes culturelles qui limitent leur capacité de contrôler leur vie sexuelle et reproductive. Ces préoccupations sont sans doute légitimes et essentielles. Mais les jeunes hommes sont aussi indispensables à l'amélioration de la santé sexuelle et de la vie de tous les jeunes, hommes et femmes. Les planificateurs de programmes et les éducateurs peuvent utiliser les données concernant les jeunes hommes pour promouvoir des programmes qui répondent à leurs besoins et défis spécifiques.

### Adolescents défavorisés

Ce guide utilise deux mesures pour le statut économique et social: la résidence en zone rurale ou urbaine et la richesse relative des ménages (en utilisant l'index de richesse EDS par *quintile*). Pour autant que les données le permettent, le guide présente les différences existantes en matière de connaissances, d'attitudes, de comportements et de besoins entre les groupes d'adolescents défavorisés (vivant dans les zones rurales et les ménages les plus pauvres) et ceux plus favorisés (vivant dans les zones urbaines et vivant dans les ménages plus riches). La fréquentation scolaire fournit aussi une mesure de la vulnérabilité; les personnes avec un niveau d'éducation plus bas ont en effet souvent un moins bon accès à l'information et aux services. Par contre, aucune information n'est disponible pour d'autres groupes défavorisés, comme les orphelins et les jeunes sans domicile. Des données sur ces groupes d'adolescents vulnérables devraient être récoltées.

### Jeunes hommes

Les données dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, y compris celles des EDS, se concentrent en général sur les femmes. En effet, les enquêtes ont mis l'accent dès le départ sur la *fécondité* et la santé maternelle et infantile. Les données pour les hommes sont souvent considérées comme secondaires. Les EDS mènent certes des enquêtes auprès des hommes dans un grand nombre de pays, mais les échantillons sont souvent plus réduits et les questionnaires plus courts. Ceci a pour résultat que les données EDS sur les hommes sont généralement moins complètes que celles sur les femmes; pour certains pays, elles manquent totalement.

Il est important d'avoir des données crédibles sur les jeunes hommes parce que leurs besoins peuvent différer de ceux des jeunes femmes. En outre, les hommes représentent une partie essentielle de l'équation pour améliorer la situation des femmes. Avoir plus de données sur les hommes pourrait améliorer notre compréhension de la façon dont ils se comportent, de ce qu'ils savent sur la santé sexuelle, et de ce qu'ils pensent des questions liées à l'égalité de genre. Des données de bonne qualité peuvent aider ceux qui fournissent l'information et les services à répondre aux besoins spécifiques des jeunes hommes et à les intégrer dans leurs programmes.

### Regarder vers le futur

Ce guide est conçu pour fournir une information complète et des orientations claires sur les façons d'utiliser les données efficacement afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes partout dans le monde. Nous espérons qu'il donnera de l'énergie aux personnes qui travaillent à réaliser cet objectif et leur permettra de se sentir mieux armées et d'être plus efficaces.

Il y a de nombreuses façons d'utiliser l'information présentée ici. Plusieurs matériels pourraient être développés pour renforcer l'utilisation et la portée de ce guide, comme par exemple:

#### Guides d'activités:

En utilisant cette publication comme référence, des guides d'activités et des cahiers d'exercices pourraient être développés, en proposant des idées concrètes et structurées sur la meilleure façon d'utiliser cette information dans un contexte déterminé. L'accent pourrait être mis sur les manières de traiter une situation particulière, comme par exemple le plaidoyer pour la mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle pour les jeunes, ou la fourniture de services de santé sexuelle pour les adolescentes mariées/en union.

#### Fiches documentaires par pays:

De rapports courts et concis, résumant les constats pour un pays donné, pourraient être élaborés pour les 30 pays inclus dans le guide. Il est prévu de réaliser des fiches documentaires pour quelques-uns de ces pays, mais nous encourageons les utilisateurs à produire des fiches sur mesure, en utilisant les données fournies dans des tableaux inclus dans le guide. Par exemple, on pourrait présenter les indicateurs les plus révélateurs pour un pays en particulier, accompagnés d'informations relatives aux politiques et aux dimensions culturelles pertinentes.

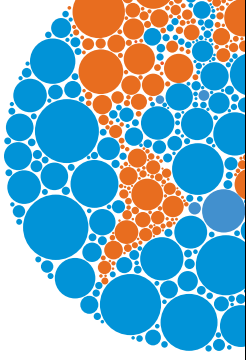
#### Analyses de tendances:

Les EDS et les autres enquêtes similaires, menées dans plus de 90 pays au cours des trente dernières années, sont régulièrement mises à jour. En utilisant les données les plus récentes, et en les comparant avec celles d'enquêtes précédentes, il est possible d'examiner les tendances, et d'essayer d'identifier les raisons possibles des changements qui ont eu lieu. Pour surveiller les tendances, il est essentiel que les indicateurs soient mesurés de la même manière au fil du temps. Les données des EDS peuvent être très utiles à ce propos, alors que des

données de sources variées peuvent ne pas être comparables dans le temps.

### **Données pour d'autres pays:**

Les analyses et l'approche présentées dans ce guide peuvent être appliquées à d'autres pays que les 30 pays présentés ici. Par exemple, en utilisant l'outil en ligne *STATcompiler*, il serait possible de rassembler la plupart des indicateurs inclus ici pour d'autres pays où une enquête EDS a été menée. Il suffirait ensuite d'appliquer les définitions, les exemples d'applications et les guides de discussion présentés dans le guide pour développer une meilleure compréhension des données EDS. Ce guide fournit en effet une structure globale qui peut être appliquée à n'importe quel pays, afin d'améliorer la compréhension et l'utilisation des données existantes en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes.



# Glossaire

La liste qui suit contient les termes utilisés fréquemment dans ce guide, et que des non spécialistes ne connaissent pas forcément. Les définitions sont issues de plusieurs sources en langue anglaise:

- [www.ippf.org/resources/glossary](http://www.ippf.org/resources/glossary)
- <http://stattrek.com/statistics/dictionary.aspx>
- [www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts\\_child\\_marriage.htm](http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts_child_marriage.htm)
- [www.stats.gla.ac.uk/steps/glossary/basic\\_definitions.html#samp](http://www.stats.gla.ac.uk/steps/glossary/basic_definitions.html#samp)

**Activité sexuelle:** les enquêtes EDS posent la question de l'activité sexuelle en demandant seulement si la personne a eu des **rapports sexuels**. Or, il faut noter que l'activité sexuelle peut inclure une large gamme d'autres activités comme les baisers, les câlins et les caresses. Les EDS ne posent pas de questions sur ces aspects de l'activité sexuelle.

**Adolescents:** personnes âgées de 10 à 19 ans. Les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) étant habituellement disponibles pour les jeunes âgés de 15 à 19 ans, le terme adolescents désigne généralement dans ce guide les 15-19 ans.

**Âge médian:** âge qui divise une population en deux moitiés égales. Par exemple, si 16 ans est l'âge médian lors du premier rapport sexuel parmi les jeunes femmes, cela signifie que 50% d'entre elles ont eu des rapports sexuels avant d'avoir 16 ans, et 50% en ont eu après avoir atteint cet âge.

**Biais:** distorsion causée par la tendance à sous-estimer ou surestimer systématiquement les valeurs d'une mesure. Les biais sont de plusieurs types. Ils peuvent être liés à la méthode (à la sélection de l'échantillon et la manière de mesurer) ou aux réponses données. Les biais liés aux réponses sont les plus importants pour les données de ce guide. Ils interviennent quand les personnes interrogées adaptent leurs réponses en fonction de ce qu'elles pensent être socialement désirable, quand elles donnent les réponses qu'elles pensent qu'on attend d'elles, ou quand elles omettent des réponses intentionnellement.

**Curriculum:** cours ou programme éducatif.

**Curriculum national:** programme officiel que les écoles doivent enseigner légalement. Le curriculum peut définir les sujets obligatoires, les années et niveaux auxquels les différents sujets doivent être enseignés, le nombre d'heures pour chaque sujet, si le sujet est obligatoire, et si les étudiants doivent passer un examen sur le sujet.

**Droits sexuels:** sous-ensemble de droits humains en relation avec la sexualité. Les droits sexuels incluent les droits à la vie, l'égalité, la participation, la vie privée, l'autonomie, la reconnaissance devant la loi, la liberté de pensée et d'expression, la santé, l'éducation et la responsabilité. Ils incluent aussi le droit de décider de se marier ou non.<sup>18</sup> Ils sont valables pour chaque personne, quelque que soit son sexe, sa sexualité, son **genre** et son identité sexuelle.

**Échantillon:** ensemble d'unités (par exemple l'ensemble des personnes participant à une enquête) sélectionnées au sein d'un groupe plus large (par exemple tous les habitants d'un pays). L'échantillon est utilisé pour tirer des conclusions valables pour l'ensemble de la population. Un échantillon **représentatif** reflète les caractéristiques de la population générale et permet de faire des estimations valables pour les divers sous-groupes qui la constituent, comme par exemple la population rurale ou urbaine. La recherche repose souvent sur des échantillons parce qu'il est coûteux et peu pratique d'étudier toute une population. Par exemple, si nous souhaitons connaître la taille moyenne des garçons de 12 ans dans un pays donné, il est impossible de mesurer tous les garçons de 12 ans; par contre, nous pouvons mesurer un échantillon représentatif de ces garçons, qui, s'il est assez important, permet de définir ainsi la taille moyenne nationale.



**Éducation basée sur les compétences:** méthode pédagogique qui utilise des exercices participatifs pour aider les jeunes à développer des compétences et une réflexion critique. Le but est d'arriver à mieux gérer les défis et les exigences de la vie quotidienne. Les compétences visées incluent notamment la prise de décision, la recherche de solutions, la pensée créative et critique, la résolution de conflits, la conscience de soi, l'estime de soi, la communication et les relations interpersonnelles. Cette approche peut aussi enseigner aux jeunes à gérer leurs émotions et le stress.

**Éducation complète en matière de sexualité (ECS):** programme d'éducation qui contient tous les sujets relatifs à la sexualité et à son expression. L'éducation complète en matière de sexualité couvre les mêmes sujets que l'éducation sexuelle, mais traite en plus des questions comme les relations, les attitudes par rapport à la sexualité, les rôles sexuels, les relations de genre et les pressions sociales poussant à l'activité sexuelle; elle fournit aussi des informations sur les services de santé sexuelle et reproductive et devrait inclure également la formation de compétences de communication et de prise de décisions.

**Efficacité personnelle:** la perception qu'a un individu de sa capacité à adopter un comportement ou à réaliser une activité spécifique, avec le sentiment de pouvoir arriver aux résultats souhaités.

**Enquête:** étude qui collecte les données à partir d'un **échantillon** de personnes pour ensuite estimer les caractéristiques d'une population dans son entier. Une enquête est en général moins coûteuse qu'un recensement, pour lequel des données sont en général collectées auprès de l'ensemble de la population concernée. Une enquête bien conçue peut ainsi fournir des estimations précises sur les caractéristiques d'une population plus rapidement, à moindre coût et en utilisant moins de personnel qu'un recensement.

**Enquête démographique et de santé (EDS):** source internationale de données et d'analyses; principale source d'information sur la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les pays en développement.

**En union:** "en union" et "marié" sont utilisés indifféremment dans le guide et se réfèrent aux hommes et aux femmes qui vivent au sein d'un **mariage** reconnu par l'Etat ou par une institution religieuse, ainsi que les personnes qui vivent en union consensuelle ou en union informelle de divers types, reconnues par la communauté

et désignées aussi par d'autres termes, comme "union libre" ou "union civile".

**Étude de cas:** collection et présentation d'informations détaillées concernant un individu ou un petit groupe en particulier. Les conclusions d'une étude de cas ne sont valables que pour l'individu ou le groupe étudié, et seulement dans son contexte particulier. Ce type de recherche met l'accent sur l'exploration et la description.

**Expérience sexuelle:** se réfère au fait d'avoir déjà eu des **rapports sexuels**.

**Fécondité:** nombre d'enfants nés d'une femme, d'un groupe ou d'une population entière.

**Genre:** les rôles, droits, comportement et normes qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes. Le genre ne réfère pas seulement au sexe; ce dernier renvoie uniquement aux caractéristiques biologiques.

**Grossesse non désirée:** voir **grossesse non planifiée**

**Grossesse non planifiée:** grossesse qui survient sans avoir été désirée ou qui, étant désirée, ne survient pas au bon moment. Ce terme comprend les grossesses qui se terminent par une naissance, un avortement ou une fausse couche. Si une femme ne souhaite pas avoir d'enfant au moment de la conception, mais a le désir d'avoir des enfants plus tard, la grossesse est considérée comme ne survenant pas au bon moment. Dans ce guide, c'est la définition EDS qui est utilisée pour "pas au bon moment," soit: toute grossesse qui survient au moins deux ans plus tôt (en comptant à partir du moment de la conception) que le moment désiré. Si la femme ne veut pas de grossesse, ni au moment de la conception ni à aucun moment dans le futur, la grossesse est considérée comme non planifiée.

**Indicateur:** mesure permettant des comparaisons valables entre groupes, régions ou pays. Les valeurs des indicateurs sont standardisées: on compare des pourcentages, par exemple celui des femmes mariées avant l'âge de 18 ans, celui des femmes âgées de 15 à 49 utilisant des **méthodes de contraception moderne**, ou encore le revenu moyen par habitant. Ces mesures répondent aux critères définis pour les indicateurs. Tous les indicateurs dans ce guide ont des valeurs standardisées et comparables, sauf ceux qui concernent l'éducation sexuelle dans les écoles (indicateurs 38 et 39) et la taille de la population adolescente (indicateurs 56–59).

**Indicateur composite:** mesure qui combine les réponses à plusieurs questions.

**Infection sexuellement transmissible (IST):** infection en principe transmise lors d'un contact sexuel; elle peut cependant aussi se produire lors d'une transfusion sanguine, par l'usage de drogue par voie intraveineuse ou de la mère à l'enfant. Ces infections peuvent être causées par des bactéries ou des virus. Exemples d'IST: chlamydia, gonorrhée, syphilis et VIH.

**Jeunes:** personnes âgées de 10 à 24 ans

**Mariage:** voir en union

**Mariage précoce:** défini différemment selon les cultures, il dépend aussi dans une certaine mesure de l'âge légal minimum du mariage. Cet âge est habituellement de 14 ou 16 ans, mais dans certains pays, il est de 12 ans. De nombreuses conséquences négatives du mariage précoce ont été documentées. Les défenseurs des droits des enfants argumentent en conséquence que les jeunes ne devraient pas se marier avant 18 ans et que personne, quel que soit son âge, ne devrait être forcé de se marier.

**Mesure quantitative:** relative à une quantité qui peut être exprimée par un nombre. Par exemple la population d'une ville est le nombre de personnes qui vivent dans cette ville. Cette quantité peut aussi être exprimée en pourcentage, par exemple la proportion de personnes qui vivent en ville par rapport à la population totale d'un pays.

**Méthodes contraceptives modernes:** méthodes utilisant des hormones ou des barrières synthétiques (comme les préservatifs). Exemples de méthodes modernes: la stérilisation, les pilules contraceptives, les patches, le DIU – dispositif intra-utérin, aussi appelé stérilet, les injections, les implants, les préservatifs masculins ou féminins, le diaphragme et les spermicides, comme la mousse ou le gel.

**Méthodes contraceptives traditionnelles:** méthodes n'utilisant pas d'hormones, d'opération chirurgicale ou de barrière synthétique (comme les préservatifs). Exemples de méthodes traditionnelles: l'abstinence périodique, le retrait, l'allaitement ou d'autres méthodes spécifiques selon les pays.

**Naissance non planifiée:** naissance survenant au moins deux ans plus tôt que souhaité, ou naissance pas du tout souhaitée.

**Queer:** le terme anglais "queer", est utilisé ici car il n'a pas d'équivalent satisfaisant en français. Il désigne toute orientation sexuelle ou identité de genre non exclusivement hétérosexuelle. Ce terme a aussi une dimension politique dans la mesure où il est parfois utilisé pour dépasser les définitions préétablies relatives à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre.

**Quintile de richesse:** mesure utilisée par les enquêtes EDS pour décrire les ménages selon leurs avoirs. Tous les ménages sont classés en fonction de leurs avoirs, puis divisés en cinq groupes de taille égale, appelés quintiles de richesse. Les cinq quintiles de richesse divisent ainsi les ménages en 5 groupes: les plus pauvres, pauvres, moyens, riches, les plus riches.

**Relation sexuelle:** voir **Rapport sexuel**

**Rapport sexuel:** peut être vaginal (pénétration du vagin par le pénis), anal (pénétration de l'anus par le pénis) ou oral (contact de la bouche avec les organes génitaux du partenaire). L'enquête démographique et de santé standard n'inclut pas de questions spécifiques sur les rapports anaux et oraux. Il est considéré que les questions de ces enquêtes portent donc sur les rapports vaginaux, même si les questions ne spécifient pas le type de rapports sexuels.

**Santé sexuelle:** fait référence à tous les aspects du bien-être sexuel: physiques, relatifs aux comportements, mentaux, émotionnels et sociaux. Sont aussi inclus une approche positive de la sexualité, des relations personnelles saines, et l'expérience de grossesses et maternités saines, qui toutes contribuent au bien-être général.

**Sexuellement actif:** signifie que la personne a des **rapports sexuels**. Les enquêtes EDS posent la question de l'activité sexuelle en demandant seulement si la personne a eu des rapports sexuels. Or, il faut noter que l'activité sexuelle peut inclure une large gamme d'autres activités comme les baisers, les câlins et les caresses. Cependant, en général, quand une personne a eu de rapports sexuels, elle peut alors être considérée comme sexuellement active.

**Variable de substitution:** mesure qui se rapproche d'une autre mesure plus directe, et qui peut se substituer à la mesure directe dont on aurait besoin, mais qui n'est pas disponible.



# Références

1. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Progress for Children*, New York: UNICEF, 2012.
2. United Nations Population Prospects, *Births by age group of mother 2010–2015*, 2011, <<http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/fertility.htm>>, site consulté le 21 septembre 2012.
3. Conde-Agudelo A, Belizán JM et Lammers C, Maternal peri-natal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 192(2):342–349.
4. Guttmacher Institute, Les faits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans le monde en développement, *En Bref*, New York: Guttmacher Institute, 2010.
5. Shah IH et Åhman E, Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women, *Reproductive Health Matters*, 2012, 20(39):169–173.
6. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Global Incidence and Prevalence of Selected Curable STIs*, Genève: OMS, 2012.
7. Conseil international sur les politiques des droits humains, *Sexuality and Human Rights: Discussion Paper*, 2009, <[http://www.ichrp.org/files/reports/47/137\\_web.pdf](http://www.ichrp.org/files/reports/47/137_web.pdf)>, site consulté le 14 novembre 2012.
8. Kishor S et Subaiya L, Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD: Macro International, 2008, No. 20, <<http://measuredhs.com/publications/publication-cr20-comparative-reports.cfm>>, site consulté le 11 novembre, 2012.
9. OMS, Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes: intervenir et produire des données*, Genève: OMS, 2010, <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf)>, site consulté le 20 septembre 2012.
10. Krug EG et al., eds., *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève: OMS, 2002, <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf)>, site consulté le 11 novembre 2012.
11. Lloyd CB, ed., *Growing up Global: The Changing Transition to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academy Press, 2005.
12. All India Christian Council, *The Child Marriage Prohibition Act 2006*, 2007, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/trafficking/india.childmar.07.pdf>>, site consulté le 20 novembre 2012.
13. FeministsIndia, Delhi High Court: Marriage at 15 now Acceptable for Muslim Girls, 2012, <<http://feministsindia.com/tag/child-marriage-india/>>, site consulté le 20 novembre 2012.
14. International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, *Un seul programme*, New York: Population Council, 2011, <[http://www.popcouncil.org/pdfs/2011PGY\\_ItsAllOneGuidelines\\_fr.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_fr.pdf)>, site consulté le 2 novembre 2012.
15. Gibbs CM et al., The impact of early age at first child-birth on maternal and infant health, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2012, 26(Suppl. 1):259–284.
16. Conde-Agudelo A et al., Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms, *Studies in Family Planning*, 2012, 43(2):93–114.
17. Rutstein SO, Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys, *DHS Working Papers*, Calverton, MD: Macro International, 2008, No. 41.
18. Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), *Exprime-toi! Le guide des jeunes sur 'les droits sexuels: une déclaration de l'IPPF'*, Londres: IPPF, 2011, <[http://www.ippf.org/sites/default/files/exclaim\\_ippf\\_fr\\_web.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/exclaim_ippf_fr_web.pdf)>, site consulté le 10 octobre 2012.
19. OMS et Federal Centre for Health Education (BZgA), *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists*, Cologne, Allemagne: BZgA, 2010.
20. Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), *Quality Analysis of a set of curricula and related material on education for HIV and AIDS prevention in school settings*, New York: UNESCO, 2004. <<http://unesdoc.unesco.org/>

images/0014/001466/146685e.pdf>, site consulté le 10 décembre 2012.

**21.** Braeken D et al., *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*, 2010, <<http://ippf.org/resources/publications/ippf-framework-comprehensive-sexuality-education>>, site consulté le 20 novembre 2012.

**22.** UNICEF, *Lessons Learned about Life Skills-Based Education for Preventing HIV/AIDS-Related Risk and Related Discrimination*, 2002, <[http://www.unicef.org/lifeskills/index\\_lessonslearned.html](http://www.unicef.org/lifeskills/index_lessonslearned.html)>, site consulté le 11 novembre 2012.

**23.** Kirby D et al., *Sex and HIV Education for Youth: Their Impact and Important Characteristics*, Scotts Valley, CA: ETR Associates, 2006, <<http://recapp.etr.org/recapp/documents/programs/SexHIVedProgs.pdf>>, site consulté le 15 octobre 2012.

**24.** Kirby D et al., *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STI/HIV Education Programs*, 2007, <<http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/dtopics/stds/stded.pdf>>, site consulté le 16 octobre 2012.

**25.** Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Women, girls, gender equality and HIV*, factsheet, 2012, <[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120217\\_FS\\_WomenGirls\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120217_FS_WomenGirls_en.pdf)>, site consulté le 20 novembre 2012.

**26.** Lloyd CB, *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls: A Girls Count Report on Adolescent Girls*, New York: Population Council, 2009.

**27.** Hargreaves J et Boler T, *Girl Power: The Impact of Girls' Education on HIV and Sexual Behaviour*, Haaglanden, Les Pays-Bas: ActionAid International, 2006.

**28.** Desai S, Maternal education and child health: evidence and ideology, dans: Garcia B, ed., *Women, Poverty and Demographic Change*, Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press, 2000.

**29.** Higgins JA et Hirsch JS, The pleasure deficit: revisiting the "sexuality connection" in reproductive health, *International Family Planning Perspectives*, 2007, 33(3): 133–139.

**30.** Philpott A, Knerr W et Boydell V, Pleasure and prevention: when good sex is safer sex, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(28):23–31.

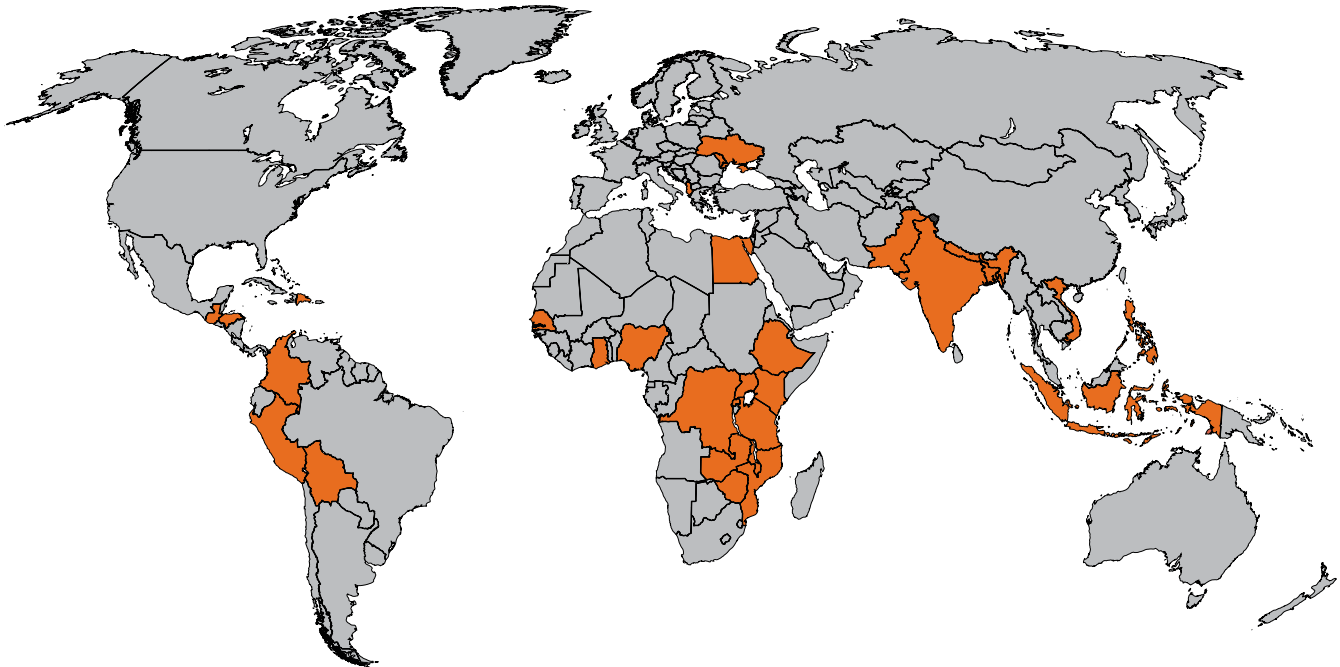
**31.** Knerr W et Philpott A, Promoting safer sex through pleasure: lessons from 15 countries, *Development*, 2009, 52(1):95–100.

**32.** Schalet A, Raging hormones, regulated sexuality: adolescent sexuality and the constitution of the modern self in the United States and the Netherlands, *Body & Society*, 2000, 6(1):75–105.

**33.** Higgins JA et al., Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study, *Sexual Health*, 2008, 5(4):321–330.

## Des données sont fournies dans le guide pour les 30 pays suivants:

- Albanie
- Bangladesh
- Bolivie
- Colombie
- Égypte
- Éthiopie
- Ghana
- Guatemala
- Honduras
- Inde
- Indonésie
- Kenya
- Malawi
- Moldavie
- Mozambique
- Nigeria
- Népal
- Ouganda
- Pakistan
- Philippines
- Pérou
- République Démocratique du Congo
- République Dominicaine
- Rwanda
- Sénégal
- Tanzanie
- Ukraine
- Vietnam
- Zambie
- Zimbabwe



## Sources principales de données sur la santé sexuelle des jeunes dans le monde:

**Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC):** <http://www.cdc.gov/>

**Division de la population des Nations Unies:** <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>

**Enquêtes démographiques et de santé (EDS)** <http://www.measuredhs.com/>

**Fédération internationale pour la planification familiale:** [www.ippf.org](http://www.ippf.org)

**Guttmacher Institute:** [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

**ONUSIDA:** <http://www.unaids.org/fr/>

**UNESCO:** <http://www.unesco.org/new/fr/unesco/>

**UNICEF:** <http://www.unicef.org/french/>



*Faire progresser la santé sexuelle et  
reproductive dans le monde par  
la recherche, l'analyse des politiques et  
l'éducation du public*

125 Maiden Lane  
New York, NY 10038  
(212) 248-1111; fax (212) 248-1951  
info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700  
Washington, DC 20036  
policyinfo@guttmacher.org

**[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)**



4 Newhams Row  
London, United Kingdom SE1 3UZ  
+44 (0)20 7939 8200  
fax: +44 (0)20 7939 8300  
info@ippf.org

**[www.ippf.org](http://www.ippf.org)**