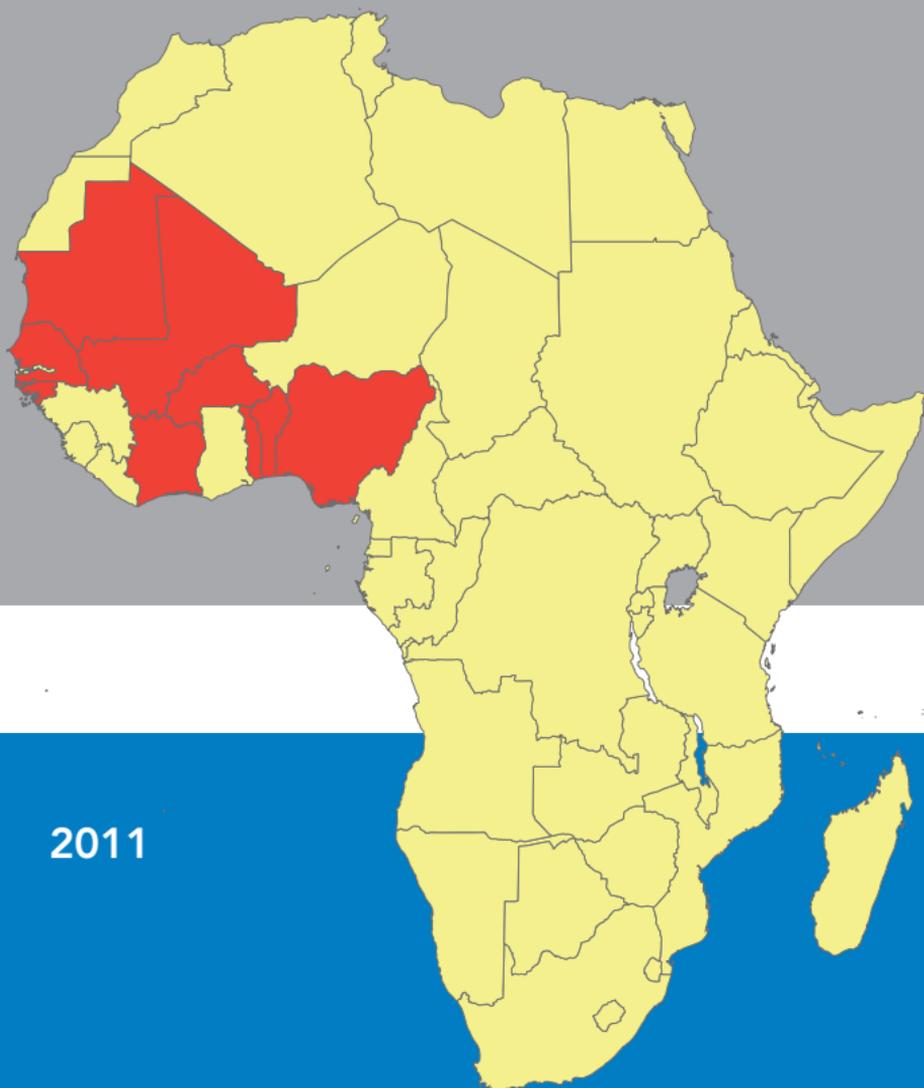


UN GUIDE
SUR LA SANTÉ
SEXUELLE et
REPRODUCTIVE en
AFRIQUE DE L'OUEST
FRANCOPHONE À
L'ATTENTION DES
JOURNALISTES



2011

POPULATION REFERENCE BUREAU

www.prb.org

TABLE DES MATIERES

POURQUOI LES QUESTIONS RELATIVES À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DOIVENT-ELLES CONCERNER LES MEDIAS ?	1
LE SYSTÈME DE REPRODUCTION	5
LA GROSSESSE ET LA PROCRÉATION	7
LA PLANIFICATION FAMILIALE	13
LA SANTÉ MATERNELLE	19
LE VIH/SIDA ET LES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	25
L'AVORTEMENT	33
L'EXCISION/MUTILATION GÉNITALE FÉMININE (E/MGF)	39
LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES	43
GLOSSAIRE DES TERMES DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	47
SOURCES D'INFORMATION	53

POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et de l'environnement, et les aide à **SE SERVIR** de ces informations pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

Auteurs : Deborah Mesce, directrice du programme International Media Training, PRB ; Karin Ringheim, conseillère politique principale, PRB ; avec l'assistance de Mia Foreman, analyste des politiques ; Trisha Moslin, administratrice de programme ; Holley Stewart, analyste principal des politiques ; et Tyjen Tsai, rédactrice, PRB.

Cette publication a été financée par la Hewlett Foundation. Cette publication est une compilation de documents fournis à des journalistes lors de séminaires du PRB en Afrique de l'Est et de l'Ouest.

© 2011 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

PRB

INFORM
EMPOWER
ADVANCE

POURQUOI LES QUESTIONS RELATIVES À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DOIVENT-ELLES CONCERNER LES MÉDIAS ?

La santé sexuelle et reproductive couvre la santé et le bien-être au niveau des questions liées aux rapports sexuels, aux grossesses et aux naissances. Elle traite des aspects les plus intimes et privés de la vie des gens, en faisant un thème sur lequel il est difficile d'écrire et de discuter en public. En conséquence, les nombreuses questions relatives à la santé sexuelle et reproductive sont souvent méconnues du public. Par ailleurs, les sensibilités culturelles et les tabous entourant la sexualité empêchent souvent les gens de s'informer sur la santé et les soins en matière de santé sexuelle et reproductive, rendant difficile pour les gouvernements de traiter ces questions.

Pourtant, la santé sexuelle et reproductive a un impact considérable sur le développement économique et social des pays. Lorsque les femmes meurent après l'accouchement ou en raison du sida, les enfants sont orphelins. Lorsque les filles doivent prendre en charge leurs frères et sœurs, elles abandonnent l'école. Sans perspectives d'éducation, les filles se marient et commencent à avoir des enfants plus tôt, ce qui peut compromettre leur santé et limiter leurs possibilités de contribuer au développement et à la productivité de leurs communautés et de leurs pays.

Le rôle des médias est crucial pour attirer l'attention des personnes qui ont les moyens d'influencer les politiques de santé publique. Il s'agit des représentants et du personnel des autorités publiques ; des dirigeants des organisations non gouvernementales, y compris

[continu...](#)

des groupes de femmes et des groupes religieux ; des universitaires et des experts de la santé ; et des défenseurs de la santé et d'autres leaders d'opinion.

Bon nombre de ces personnes influentes lisent les journaux et écoutent les informations télévisées au quotidien, se faisant ainsi leur propre opinion. Il arrive même qu'une seule dépêche incite un décideur à agir. Plus souvent, cependant, un flux continu d'informations est nécessaire pour éduquer les différents publics sur ces questions et éclairer les débats de politique publique. Les journalistes qui peuvent écrire et parler en connaissance de cause sur la santé sexuelle et reproductive peuvent contribuer à améliorer les politiques publiques.

Les journalistes qui rédigent des rapports exacts et opportuns sur les questions de santé sexuelle et reproductive contribuent à :

- Parler ouvertement des sujets tabous afin que ceux-ci puissent être discutés.
- Contrôler les progrès accomplis par leurs gouvernements vers la réalisation des objectifs énoncés et demander aux représentants du gouvernement de rendre des comptes au public.

Ce guide vise à aider les journalistes à éduquer le public et les décideurs politiques sur ces questions, en regroupant les données les plus récentes disponibles sur la santé sexuelle et reproductive dans neuf pays francophones d'Afrique occidentale : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo. Le contenu et les données provenant de sites web étaient en ligne au 30 avril 2011. Des données supplémentaires sont incluses pour les pays qui ont publié des Enquêtes démographiques et de santé plus récentes (EDS).

La vision : la santé sexuelle et reproductive pour tous

Le droit à la santé sexuelle et reproductive est reconnu au niveau international comme étant un droit humain universel. Il a préalablement été défini dans le *Programme d'action* de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) des Nations unies en 1994 :

La santé de la reproduction est un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est

capable de procréer et qu'elle est libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire.

La CIPD a préconisé une approche centrée sur le client dans laquelle les couples et les individus peuvent décider librement et de manière responsable du nombre et de l'espacement des naissances. L'autonomisation des femmes est au cœur de cette approche.

L'accord de la CIPD reconnaît également l'interconnexion de la santé reproductive et des autres aspects de la vie des gens, tels que leur situation économique, leur niveau d'éducation, les possibilités d'emploi et les structures familiales, ainsi que l'environnement politique, religieux et juridique.

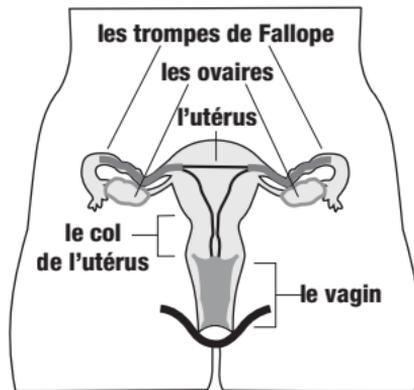
Malgré la reconnaissance de ces liens, la santé de la reproduction a été initialement omise des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) que les gouvernements ont adoptés suite au Sommet du Millénaire pour le Développement en 2000. Cinq ans plus tard, cependant, les dirigeants mondiaux ont convenu que la santé de la reproduction était essentielle pour atteindre l'OMD 5 visant à améliorer la santé maternelle, et les gouvernements se sont engagés à réaliser l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015.

LE SYSTÈME DE REPRODUCTION

Le système de reproduction de la femme

- Les **ovaires** sont une paire de petits organes qui produisent des ovules et libèrent un ovule chaque mois. Ce processus est appelé l'ovulation et se produit environ 14 jours après le début du cycle menstruel de la femme.
- Les ovules sont libérés dans les **trompes de Fallope**, où la **conception**—la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde—se produit normalement. L'ovule passe par la trompe de Fallope qui relie l'ovaire à l'utérus.
- Quand un ovule fécondé s'implante dans la paroi de **l'utérus**, la grossesse se produit. L'utérus est un organe creux qui peut facilement s'étendre pour contenir un fœtus en développement. À la naissance, le fœtus passe de l'utérus par le **col de l'utérus**, puis par le **vagin**, également appelé le **canal de naissance**.
- Quand l'ovulation n'est pas suivie par l'implantation d'un ovule fécondé, la **menstruation se produit**. La muqueuse utérine ayant proliféré dans l'utérus est expulsée pendant une période de saignement à travers le col de l'utérus et le vagin. Chez la majorité des femmes, le cycle menstruel se produit tous les 28 à 31 jours.

À l'extérieur du vagin se trouvent les organes génitaux externes :



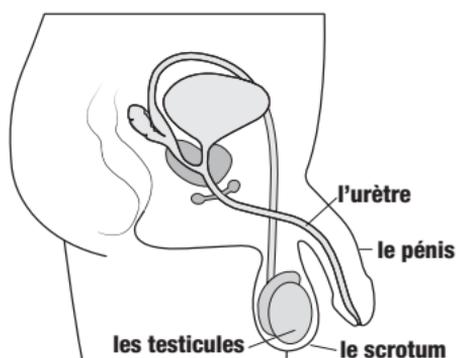
- Les **petites lèvres** et **grandes lèvres** entourent l'ouverture du vagin.
- Les deux petites lèvres se rencontrent au niveau du **clitoris**, une petite saillie qui est comparable au pénis chez les hommes. Comme le pénis, le clitoris est très sensible à la stimulation et peut entrer en érection.

continu...

- **L'hymen** est une membrane qui recouvre partiellement l'entrée du vagin chez la plupart des femmes. Il est souvent rompu lorsque des rapports sexuels ont lieu pour la première fois. Les saignements qui en résultent sont souvent considérés comme un signe de virginité, cependant l'absence de sang n'indique pas nécessairement que la femme a déjà eu des rapports sexuels. L'hymen peut être déchiré ou étiré pendant un exercice ou l'insertion d'un tampon. En outre, certaines femmes naissent sans hymen.

Le système de reproduction de l'homme

- Le **pénis** est l'organe masculin qui sert à la fois à uriner et à avoir des rapports sexuels. La tête du pénis est recouverte d'une couche de peau lâche appelée le prépuce, qui est parfois retiré lors d'une intervention appelée la **circoncision**.
- Le pénis contient un certain nombre de terminaisons nerveuses sensibles. Quand l'homme est excité sexuellement, le pénis se remplit de sang et devient rigide et droit, ce qui permet la pénétration lors de rapports sexuels.
- Au point culminant du rapport sexuel (l'orgasme), le sperme, fluide protecteur contenant les cellules mâles de reproduction, est expulsé (éjaculé) du pénis.
- **L'urètre** est un tube qui transporte à la fois le sperme et l'urine à travers une ouverture située à l'extrémité du pénis. Lorsque le pénis est en érection, l'écoulement de



l'urine est bloqué par l'urètre, ce qui permet d'éjaculer uniquement le sperme pendant l'orgasme.

- Le **scrotum** est la poche cutanée qui se situe à l'arrière du pénis. Il contient les testicules, ainsi que de nombreux nerfs et vaisseaux sanguins qui contribuent à maintenir la température nécessaire au développement normal des spermatozoïdes.
- La plupart des hommes ont deux **testicules** (également appelés bourses), qui sont responsables de la production de testostérone, la principale hormone sexuelle masculine, et de sperme.

Sources WebMD, en collaboration avec la Cleveland Clinic. www.webmd.com

MedicineNet.com, www.medicinenet.com et son dictionnaire en ligne, www.medterms.com

LA GROSSESSE ET LA PROCRÉATION

Les caractéristiques de la procréation varient largement d'une région à l'autre, mais les femmes ont moins d'enfants que par le passé dans le monde. Des travaux de recherche indiquent que la taille de la famille est influencée par le statut socioéconomique et le niveau d'éducation des femmes, l'attitude des sociétés vis-à-vis de la procréation et l'accès à la contraception moderne.

Caractéristiques et tendances de la procréation

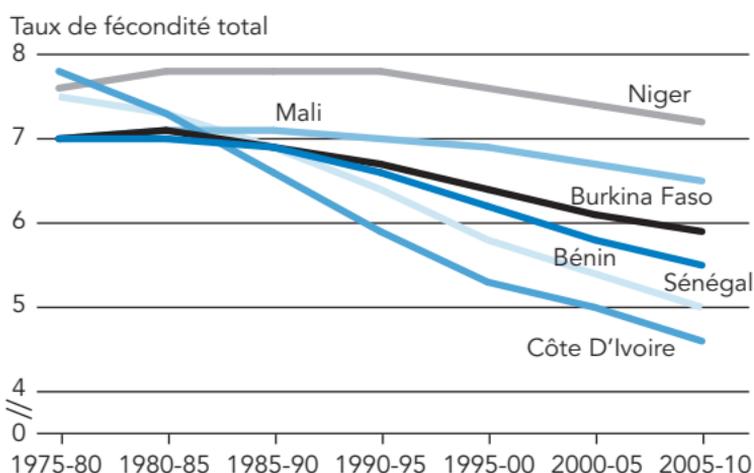
- En Afrique subsaharienne, les femmes ont en moyenne plus d'enfants que les femmes qui vivent dans d'autres parties du monde. L'indice synthétique de fécondité (ISF), ou le nombre moyen d'enfants qui seraient nés d'une femme pendant sa vie, s'élève à 5,5 dans la région, soit plus du double du taux observé dans le monde (2,5 naissances par femme).
- Les **taux de fécondité** en Afrique de l'Ouest sont typiques des taux observés en Afrique subsaharienne ; le Niger ayant le taux le plus élevé dans toute la région :

Bénin (2006)	5,7
Burkina Faso (2003)	6,2
Côte d'Ivoire (2005)	4,6
Guinée (2005)	5,7
Mali (2006)	6,6
Niger (2006)	7,1
Sénégal (2005)	5,3

Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger et Sénégal), différentes années.

[continu...](#)

Nombre de naissances dans une vie de femme en Afrique de l'Ouest, 1975-2010



Source : Division de la population des Nations unies, *Perspectives de population du monde : la révision 2010*.

- Au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, la fécondité a diminué de façon constante au cours de ces dernières décennies.
- Au Burkina Faso et au Mali, les femmes donnent en moyenne naissance à cinq ou six enfants chacune. Au Niger, les femmes affichent une moyenne de sept naissances chacune. Bien que ces pays affichent également une légère baisse de la fécondité au fil du temps, leur taux de natalité reste parmi les plus élevés dans le monde.
- Sachant que la fécondité reste élevée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les projections montrent que la population totale de la région en 2010, soit 863 millions d'habitants, atteindra 1,75 milliards en 2050—en supposant que la fécondité baisse à environ 2,5 enfants d'ici là. Si la fécondité ne baisse que de 3,0 enfants en 2050, la population de la région dépassera les deux milliards d'habitants. La population du Niger en 2010, soit 15 millions d'habitants, par exemple, devrait plus que tripler et atteindre 55 millions en 2050.
- Dans les pays d'Afrique de l'Ouest 42 pour cent de la population a moins de 15 ans. Sachant que ces jeunes entreront dans leurs années de procréation au cours des deux prochaines décennies, l'on observera une demande accrue de services de santé reproductive, maternelle et infantile.
- La croissance démographique en Afrique de l'Ouest ne commencera à se stabiliser que lorsque les pays auront atteint le seuil de renouvellement des générations, autrement dit le nombre d'enfants nécessaires pour remplacer leurs parents (généralement défini comme 2,1).

- Dans toute l'Afrique et, en réalité, dans le monde entier, les femmes plus éduquées et aisées se marient plus tard, commencent à procréer plus tard, et sont plus susceptibles de recourir à la planification familiale que les femmes pauvres et sans instruction.

Grossesses non désirées

- Comparé à l'Afrique de l'Est, les hommes et les femmes d'Afrique occidentale francophone souhaitent en moyenne avoir plus d'enfants. Les hommes souhaitent en général avoir au moins un enfant de plus que les femmes. Par exemple, au Sénégal, le nombre idéal d'enfants est de 5,4 pour les femmes, alors qu'il est de 7,2 pour les hommes.
- Parce qu'en Afrique de l'Ouest les femmes souhaitent avoir des familles nombreuses, elles sont généralement moins susceptibles que les femmes d'Afrique de l'Est de déclarer que leurs grossesses récentes n'étaient pas souhaitées (soit inopportunes ou non désirées) :

Bénin	17 %
Burkina Faso	23 %
Mali	16 %
Niger	10 %
Sénégal	29 %

- La grande majorité des grossesses non désirées surviennent en raison de l'absence de méthode moderne de contraception. Moins souvent, elles surviennent parce qu'une méthode est utilisée de manière incorrecte ou qu'elle a échoué.
- Les grossesses non désirées peuvent poser des risques plus graves pour la santé que les grossesses planifiées. Les femmes qui ont moins de 18 ans ou plus de 35 ans, qui ont des grossesses trop rapprochées (en particulier à moins de deux ans d'intervalle) ou qui ont eu de nombreuses grossesses, sont confrontées à des risques sanitaires plus importants pour elles-mêmes et leurs bébés.
- La grossesse non désirée peut également pousser une femme à chercher à se faire avorter, une opportunité très limitée dans la plupart des pays africains et, par conséquent, souvent réalisée de manière dangereuse ou dans de mauvaises conditions de sécurité.

continu...

L'infertilité

- L'infertilité est l'incapacité biologique à concevoir des enfants.
- **L'infertilité primaire** se réfère à des femmes ou à des couples qui n'ont pas réussi à concevoir un enfant (en général après un an de rapports sexuels réguliers sans l'utilisation de méthode contraceptive). **L'infertilité secondaire** se réfère aux personnes qui ont eu au moins un enfant, mais qui ne peuvent pas en concevoir d'autre. Cela est souvent dû à une infection sexuellement transmissible qui n'a pas été traitée.
- Près de 10 pour cent des couples dans le monde rencontrent des difficultés pour concevoir des enfants. L'âge est un facteur d'infertilité chez les hommes et les femmes.
- En Afrique de l'Ouest, on estime que le taux d'infertilité est généralement plus élevé ; par exemple, 12 pour cent au Burkina Faso et 19 pour cent en Côte d'Ivoire.
- En Afrique de l'Ouest, l'infertilité est majoritairement secondaire et est attribuable principalement à une gonorrhée ou à une chlamydie non traitée, tant chez les femmes que chez les hommes.
- Les femmes sont souvent accusées d'être stériles. Cependant, les hommes sont tout autant susceptibles d'être stériles que les femmes et représentent environ la moitié des cas de stérilité des couples dans la région.

Sources

Enquêtes démographiques et de santé : Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Côte d'Ivoire 2005, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005 (Calverton, MD: ORC Macro, différentes années). www.measuredhs.com

Carl Haub et Mary Mederios Kent, *Fiche de données sur la population mondiale 2010* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2010). www.prb.org/pdf10/10wpds_fr.pdf

Ulla Larsen, "Primary and Secondary Infertility in Sub-Saharan Africa," *International Journal of Epidemiology* 29 (2000): 285-91.

Rhonda Smith et al., *La planification familiale sauve des vies, 4^e éd.* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009).

www.prb.org/Reports/2009/fpsl.aspx

Division de la population des Nations unies, *Perspectives de population du monde : la révision 2010* (New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, Division de la population, 2010) <http://esa.un.org/undp/wpp/index.htm>

Remarques et conseils à l'attention des journalistes

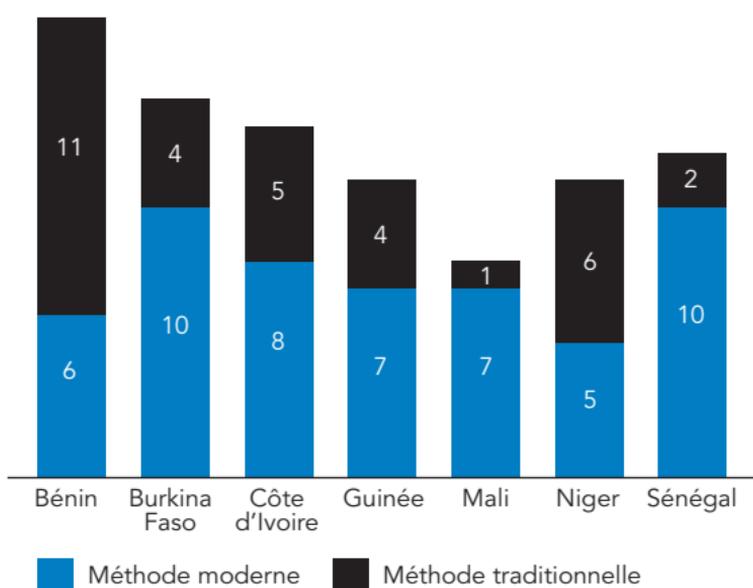
- Il est généralement suffisant d'utiliser l'expression « taux de fécondité » à la place de « l'indice synthétique de fécondité » pour désigner le nombre d'enfants qu'une femme a en moyenne dans sa vie.
- Lorsque l'on parle de taux de fécondité, il suffit généralement d'utiliser un nombre entier plutôt qu'un nombre précis avec une décimale. Par exemple, un taux de fécondité de 5,4 s'interprète comme « plus de cinq enfants » ou un taux de 4,9 peut être « proche de cinq enfants ».
- N'exprimez pas les taux de fécondité en pourcentages.
- Pour trouver les projections démographiques des pays et des années spécifiques, consultez le site web de la Division de la population des Nations unies, *Perspectives de population du monde : la révision 2010*. <http://esa.un.org/undp/wpp/index.htm>
- Les obstétriciens et les gynécologues sont les médecins spécialistes à consulter sur les questions de santé de la reproduction et de la planification familiale.

LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les programmes de planification familiale organisée ont commencé dans les années 1960 dans le monde afin de donner accès aux femmes et aux couples qui voulaient limiter les naissances avec un moyen de contraception moderne. Aujourd'hui, 62 pour cent des femmes mariées dans le monde utilisent une certaine forme de contraception et 55 pour cent utilisent une méthode moderne. En Afrique subsaharienne dans son ensemble, 23 pour cent des femmes utilisent avec un moyen quelconque de contraception alors que 18 pour cent utilisent une méthode moderne.

- En Afrique occidentale francophone, la proportion de femmes mariées utilisant une méthode de contraception (moderne ou traditionnelle) est plus faible, allant de 8 pour cent au Mali à 17 pour cent au Bénin.

% de femmes mariées ayant recours à une méthode moderne ou traditionnelle



Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Côte d'Ivoire 2007, Guinée 2005, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005).

- L'utilisation des méthodes modernes est encore plus faible, allant de 5 pour cent au Niger à 10 pour cent au Burkina Faso et au Sénégal. Ces niveaux sont parmi

continu...

les niveaux les plus faibles d'utilisation de contraceptifs modernes dans le monde.

Méthodes contraceptives

- Les **méthodes modernes** comprennent les méthodes hormonales telles que les contraceptifs injectables comme le Dépo-Provera, la pilule contraceptive et les implants hormonaux ; la stérilisation féminine (ligature des trompes) ; la stérilisation masculine (vasectomie) ; les dispositifs intra-utérins (DIU) ; les méthodes barrières comme le préservatif masculin ou féminin, le diaphragme et la cape cervicale, et les spermicides chimiques sous forme de gelée ou de mousse.
- En Afrique de l'Ouest francophone, comme dans la majeure partie d'Afrique subsaharienne, la pilule et les contraceptifs injectables sont les méthodes modernes les plus populaires, mais seulement environ 2 pour cent à 3 pour cent des femmes utilisent l'une ou l'autre méthode.
- La stérilisation est rare et le recours à la vasectomie est négligeable dans ces pays.
- Les **méthodes traditionnelles** comprennent l'abstinence périodique (aussi connue comme la méthode du calendrier ou du rythme) et le retrait.

Pourcentage de femmes mariées qui utilisent différentes méthodes contraceptives modernes

	BÉNIN	BURKINA FASO	MALI	NIGER	SÉNÉGAL
Pilules	1,5	2,2	2,9	3,0	3,6
Injections	1,8	2,5	2,5	1,5	3,2
DIU	0,6	0,4	0,1	0,1	0,5
Implants	0,5	1,2	0,1	n.d.	0,4
Aménorrhée lactationnelle (allaitement maternel)	0,2	0,1	0,5	n.d.	0,3
Stérilisation féminine	0,3	0,1	0,3	0,3	0,5
Aucune méthode utilisée	83,0	86,2	91,8	88,8	88,2

Note: n.d.= non demandé

Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005).

Effacité des contraceptifs

- Utilisée correctement, la contraception moderne est très efficace. Toutefois, aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100 pour cent pour prévenir la grossesse. Les méthodes les plus efficaces sont celles qui agissent sur la durée (DIU et implants) ou qui sont permanentes (la stérilisation), parce qu'elles ne reposent pas sur le comportement des utilisateurs.
- Les préservatifs masculins et féminins sont les seules méthodes capables de prévenir à la fois les grossesses et les maladies sexuellement transmissibles. Les préservatifs peuvent être utilisés en combinaison avec des méthodes hormonales très efficaces pour réduire les risques de grossesse. C'est ce qu'on appelle la double protection.
- Comme le montre la figure à la page 13, les méthodes traditionnelles sont plus communément utilisées par les femmes mariées au Bénin et au Niger que les méthodes modernes. Ces méthodes ont un taux élevé d'« échec », ce qui signifie qu'elles ne réussissent pas à éviter une grossesse. Plus d'un quart des femmes qui comptent sur le retrait, par exemple, seront enceintes pendant l'année en cours.

Taux d'efficacité des contraceptifs dans le cadre d'une utilisation normale

MÉTHODE	% DE FEMMES QUI SONT TOMBÉES ENCEINTES AU COURS DE LA 1ÈRE ANNÉE D'UTILISATION (ÉTATS-UNIS)*
Aucune méthode	85
Stérilisation féminine	<1
Stérilisation masculine	<1
Implants	<1
DIU	<1
Injections	3
Pilule	8
Préservatif masculin	15
Préservatif féminin	21
Diaphragme	16
Abstinence périodique	25
Retrait	27
Spermicides	29

*La plupart des données relatives à l'efficacité des contraceptifs proviennent d'études menées dans des pays développés.

Source : *Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition (2007).*

continu...

Le **contraceptif d'urgence (CU)** est une méthode de secours pour éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé. Il n'interrompt pas une grossesse existante et il ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles.

- Le CU—également appelé « la pilule du lendemain »—est composé des mêmes hormones que ceux retrouvés dans les contraceptifs oraux, mais à des doses plus élevées et peut réduire le risque de grossesse de 60 à 90 pour cent s'il est pris dans les cinq jours suivant des rapports sexuels non protégés.
- Si une femme est enceinte (un ovule fécondé est implanté dans l'utérus), les pilules CU ne provoqueront pas d'avortement et la grossesse se poursuivra.
- Le CU est destiné à être utilisé dans des circonstances exceptionnelles, comme lorsque une méthode de contraception n'a pas été utilisée ou a échoué, ou en cas de relations sexuelles forcées. Il n'a pas pour objectif de remplacer une méthode contraceptive régulière et en cours.
- La **méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)** est une méthode temporaire de planification familiale qui est basée sur l'effet contraceptif naturel de l'allaitement maternel. Elle est très efficace lorsque trois conditions sont réunies : le cycle menstruel de la mère n'est pas revenu ; le bébé est allaité au sein jour et nuit et ne reçoit pratiquement aucune autre forme d'alimentation ; et le bébé a moins de 6 mois. En utilisation normale, la méthode MAMA est efficace à 98 pour cent au cours des six premiers mois suivant la naissance de l'enfant.

Besoins en planification familiale non satisfaits

- Une femme a un besoin non satisfait quand elle déclare qu'elle préfère éviter une grossesse—attendre au moins deux ans avant sa prochaine grossesse ou ne plus vouloir d'enfant—mais ne se sert d'aucune méthode de contraception efficace.
- Les femmes qui comptent sur une méthode traditionnelle peuvent être considérées comme des femmes ayant des besoins non satisfaits en raison de la forte probabilité qu'elles ont de tomber enceinte tout en utilisant une méthode traditionnelle.
- Les femmes peuvent avoir des besoins en planification familiale non satisfaits pour une variété de raisons : manque de connaissances sur les risques de tomber enceinte ; crainte des effets secondaires des

contraceptifs ; opposition perçue à la planification familiale de la part de leurs maris, des autres membres de la famille ou de leur religion ; ou manque d'accès aux services de planification familiale.

- Les besoins non satisfaits sont plus élevés en Afrique subsaharienne que dans les autres régions du monde. Selon des enquêtes récentes, près d'un tiers des femmes en union en Afrique de l'Ouest, à l'exception du Niger, ont des besoins en planification familiale non satisfaits. Le fait que les couples souhaitent avoir plus d'enfants en Afrique de l'Ouest explique que les besoins non satisfaits soient moins élevés en moyenne qu'en Afrique de l'Est :

Bénin	30 %
Burkina Faso	29 %
Guinée	21 %
Mali	31 %
Niger	16 %
Sénégal	32 %

- Les besoins non satisfaits sont plus élevés chez les femmes ayant une éducation primaire. Cela s'explique par le fait que les femmes plus instruites sont plus susceptibles de recourir à la contraception, et les femmes sans instruction souhaitent généralement avoir plus d'enfants que les femmes plus instruites.

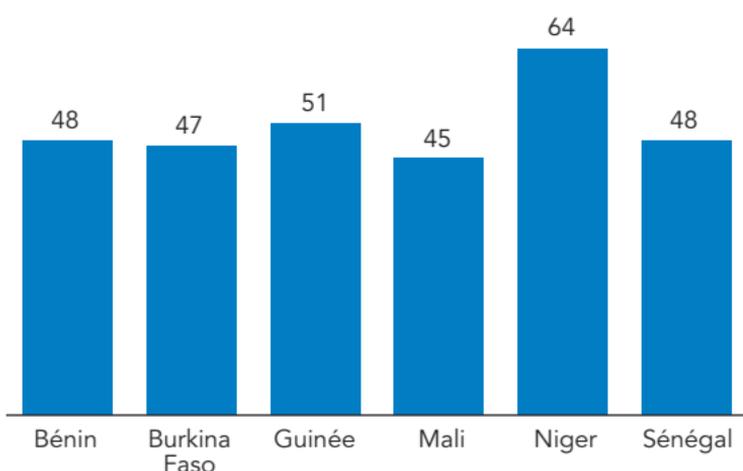
LE RÔLE DES MÉDIAS DANS LA PLANIFICATION FAMILIALE

En Afrique de l'Ouest, la plupart des femmes connaissent au moins une méthode moderne de planification familiale, pouvant atteindre 93 pour cent des femmes mariées au Sénégal. Toutefois, 32 pour cent des femmes au Niger et 25 pour cent au Mali ne connaissent aucune méthode moderne et presque autant ne connaissent pas de méthode traditionnelle.

- Les médias ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation sur la planification familiale. Dans de nombreux pays, la planification familiale a été intégrée dans les intrigues des feuilletons diffusés à la radio et à la télévision. En raison du faible niveau d'éducation en Afrique de l'Ouest, ces types de médias sont utiles pour communiquer des informations aux femmes analphabètes qui ne lisent ni journaux ni revues.
- En Afrique de l'Ouest francophone, seulement près de la moitié des femmes ont entendu un message sur la planification familiale à la radio, la télévision ou dans un journal ou un magazine au cours des derniers mois écoulés, ou dans le cas du Burkina Faso, au cours des 12 derniers mois.

continu...

% de femmes qui n'ont pas entendu parler de planification familiale dans les médias (radio, télévision, journaux, magazines) dans un passé récent



Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Guinée 2005, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005).

Le fossé croissant par rapport à l'utilisation de la planification familiale entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest montre que des campagnes d'information vigoureuses, y compris l'utilisation des médias, sont nécessaires pour sensibiliser les populations aux avantages d'avoir des familles moins nombreuses et de recourir à des méthodes contraceptives modernes pour éviter les grossesses non désirées. Les médias peuvent aussi s'attaquer aux attitudes défavorables à l'égard de la planification familiale en elle-même ou à l'égard de méthodes spécifiques.

Sources

Emergency Contraceptive Services in Africa. www.ecafrique.org/eng_index.php

John Cleland, Robert Ndugwa, et Eliya M. Zulu, "Family Planning in Sub-Saharan Africa: Progress or Stagnation?" *Bulletin of the World Health Organization* 89 (2011): 137-43. doi:10.2471/BLT.10.077925

Donna Clifton, Toshiko Kaneda, et Lori Ashford, *Fiche de données sur la planification familiale dans le monde 2008* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2008). www.prb.org/pdf08/fpds08_fr.pdf

Carl Haub, *Fiche de données sur la population mondiale 2010* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2010). www.prb.org/FrenchContent/Articles/2010/2010wpds_fr.aspx

International Consortium for Emergency Contraception. www.cecinfo.org

Scott Moreland and Sandra Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning* (Washington, DC: Constella Futures, 2007).

Population Reference Bureau et African Population et Health Research Center, *2008 Africa Population and Health Data Sheet* (Washington, DC: PRB, 2008).

Rhonda Smith et al., *La planification familiale sauve des vies, 4^e éd.* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008). www.prb.org/Reports/2009/fpsl.aspx

Remarques et conseils à l'attention des journalistes

Ne pas confondre la contraception d'urgence avec l'avortement. La « pilule du lendemain » peut empêcher une grossesse (page 16). La « pilule abortive » est un médicament qui met fin à une grossesse.

LA SANTÉ MATERNELLE

Plus de 358 000 filles et femmes décèdent chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse—soit près de 1 000 décès par jour—et 99 pour cent de ces décès surviennent dans les pays en développement.

- Les complications dues à la grossesse et l'accouchement sont une cause majeure de décès et d'invalidité chez les femmes en âge de procréer en Afrique subsaharienne.
- Le risque de mourir de causes liées à la grossesse en Afrique subsaharienne est d'un sur 31, soit 100 fois supérieur à celui observé dans les pays plus développés.
- En Afrique de l'Ouest, le risque est encore plus élevé : une femme sur 25 meurt de causes liées à la grossesse et à l'accouchement.

Mortalité maternelle, 2008

PAYS	NOMBRE DE DÉCÈS	RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE (POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES)	RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL DURANT UNE VIE
Bénin	1 400	410	1 sur 43
Burkina Faso	4 000	560	1 sur 28
Côte d'Ivoire	3 400	470	1 sur 44
Mali	4 500	830	1 sur 22
Niger	6 500	820	1 sur 16
Sénégal	1 900	410	1 sur 46
Pays plus développés	2 400	17	1 sur 3 600

Source : Organisation mondiale de la santé, *Tendances en matière de mortalité maternelle : 1990-2008* (Genève : OMS, 2010).

- Les **causes directes** des décès maternels liés à la grossesse et l'accouchement à travers le monde sont :

[continu...](#)

Saignements graves	25 %
Infection	15 %
Avortement réalisé dans des conditions dangereuses	13 %
Troubles hypertensifs	12 %
Dystocie	8 %
Autres causes	8 %

- Vingt pour cent des décès maternels sont dus à des **causes indirectes**, y compris les maladies comme le paludisme, l'anémie, le VIH/sida et les maladies cardiaques, qui sont aggravées par la grossesse.
- Pour chaque femme qui décède, au moins 30 autres souffrent de maladies ou de blessures graves invalidantes, comme l'anémie grave, l'incontinence, les lésions des organes de la reproduction ou du système nerveux, la douleur chronique et l'infertilité.
- La **fistule obstétricale** est l'une des complications les plus dévastatrices de la grossesse tant sur le plan physique que sur le plan social. La fistule obstétricale est une ouverture dans la paroi du vagin et/ou le rectum qui résulte d'un accouchement prolongé sans intervention médicale rapide. Dans la plupart des cas, le bébé est mort-né et la femme souffre alors d'une incontinence chronique provoquant des fuites urinaires ou des matières fécales permanentes. La femme plonge souvent dans la honte. Quelques 50 000 à 100 000 cas se produisent chaque année, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

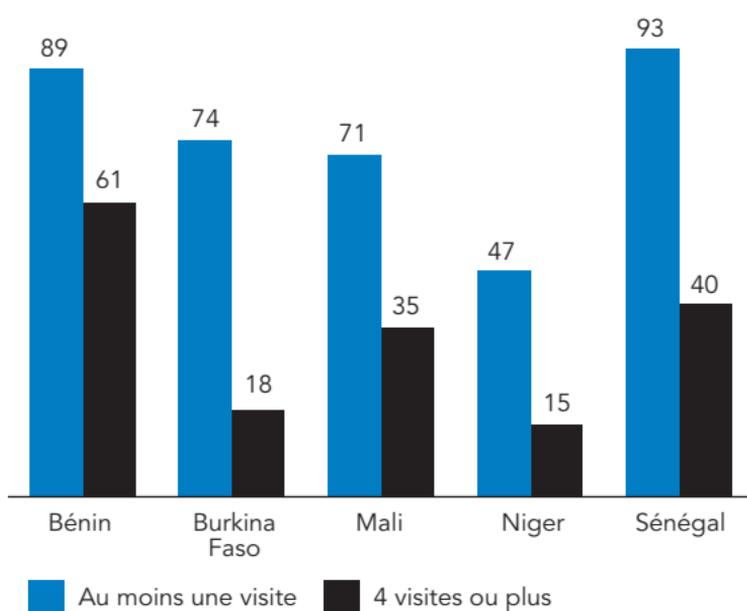
Réduction des décès et des invalidités

- La plupart des décès et des invalidités découlant de la grossesse et de l'accouchement peuvent être évités par la planification des grossesses, la prévention des complications grâce aux soins prénatals et la fourniture de services de maternité sûrs, y compris la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement.
- La planification familiale réduit le risque de décès et d'invalidité maternels en diminuant l'exposition d'une femme à une grossesse, en particulier les grossesses non désirées. Bien que chaque grossesse pose des risques pour la santé, les risques sont plus élevés pour les femmes qui ont moins de 18 ans ou plus de 35 ans, qui ont des grossesses trop rapprochées et qui ont eu beaucoup d'enfants.
- De nombreuses femmes enceintes ne bénéficient pas des soins dont elles ont besoin avant, pendant et après l'accouchement, soit parce que les services de maternité n'existent pas là où elles vivent, qu'elles n'ont pas les

moyens d'assurer le transport ou les services ou qu'elles ne connaissent pas les complications ou les symptômes qui nécessiteraient une attention particulière. Certaines femmes n'ont pas recours aux services de santé maternelle parce qu'elles n'apprécient pas la façon dont les soins sont dispensés ou parce que ces services ne sont pas de qualité.

- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un minimum de quatre visites de **soins prénatals** pendant la grossesse, dès les trois premiers mois de grossesse. En Afrique de l'Ouest, la majorité des femmes reçoivent de tels soins au moins une fois, sauf au Niger, où la majorité (53 pour cent) des femmes ne bénéficient d'aucun soin prénatal, et seulement 15 pour cent bénéficient des quatre visites recommandées.

% de femmes enceintes qui bénéficient de soins prénatals

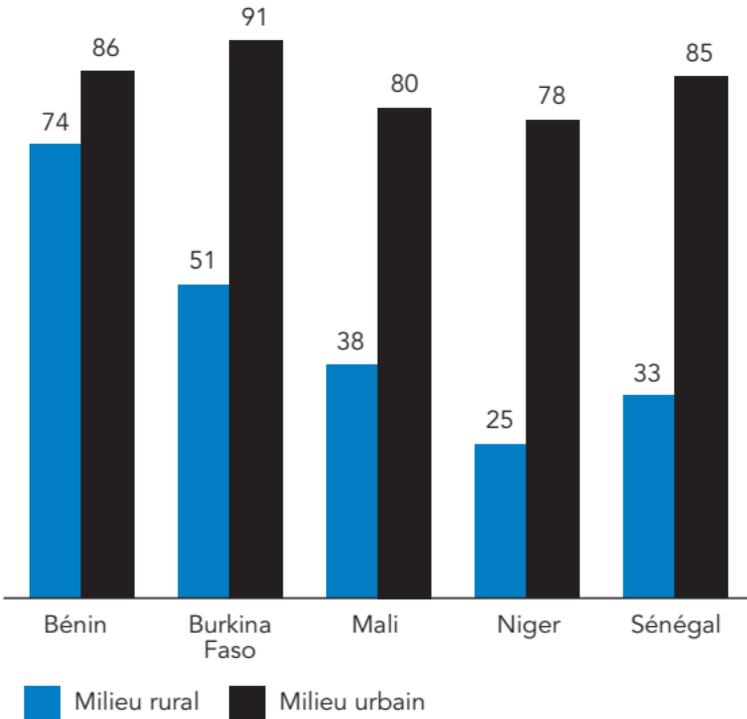


Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005).

- Parce que les nombreuses complications dues à la grossesse ne peuvent pas être prévues, la maternité sans risque repose sur des **accouchements assistés par du personnel qualifié**. Il s'agit notamment de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles.
- Dans toute l'Afrique de l'Ouest, les femmes vivant en milieu rural ont moins accès à du personnel qualifié que les femmes vivant en milieu urbain.

continu...

% de femmes dont les accouchements sont assistés par du personnel qualifié



Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005).

- Pour traiter les complications, le personnel qualifié doit avoir accès à du matériel médical et à un centre de soins d'urgence. Les **soins obstétricaux d'urgence** comprennent : la capacité à effectuer une intervention chirurgicale (pour les accouchements par césarienne), une anesthésie et des transfusions sanguines ; la gestion des problèmes comme l'anémie et l'hypertension artérielle ; et les soins spéciaux pour les nouveau-nés à risque.
- La plupart des décès infantiles se produisent le premier jour et pendant la première semaine de vie, mais les taux de **soins néonataux** sont encore plus faibles que les taux de soins prénatals. Les services de santé négligent souvent les femmes au cours de la période néonatale (jusqu'à 42 jours après la naissance), même si cette période est importante pour identifier et traiter les lésions et les maladies liées à l'accouchement et conseiller les femmes sur l'allaitement maternel et les méthodes de planification familiale.

Sources

Wendy J. Graham et al., "Maternal and Perinatal Conditions," dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^e éd., éd. Dean T. Jamison et al. (New York: Oxford University Press, 2006): chapitre 26.

OMS, Organisation mondiale de la santé, *Tendances en matière de mortalité maternelle : 1990-2008* (Genève : OMS, 2010). www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596213/fr/index.html

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* (Genève : OMS, 2005). www.who.int/whr/2005/fr/index.html

Remarques et conseils à l'attention des journalistes

- Dans vos articles, évitez d'utiliser des termes techniques que les lecteurs et les auditeurs sont susceptibles de ne pas comprendre. Par exemple, au lieu d'utiliser « mortalité », vous pouvez parler de décès, et au lieu de « morbidité », vous pouvez parler d'invalidité ou de maladie.
- Si vous utilisez des termes techniques, il convient de les utiliser correctement. Par exemple, un ratio de mortalité maternelle—une mesure démographique de décès liés à la grossesse—est exprimé comme le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Cela peut être un concept difficile à comprendre pour beaucoup de gens. Le nombre de décès peut être plus facile à comprendre. Le ratio est utile pour comparer les pays ou les régions.
- Le calcul précis du nombre de décès dus à la grossesse et à l'accouchement est très difficile à effectuer dans les pays qui n'ont pas de système de notification permettant d'enregistrer ces décès. Même lorsque les décès sont enregistrés, l'état de grossesse d'une femme n'est pas véritablement connu et son décès pourrait ne pas être signalé comme un décès maternel. De nombreux pays en développement ne disposent pas de systèmes de déclaration, de sorte que le nombre de décès maternels est estimé en utilisant une variété de méthodes, qui ont toutes des limites. En conséquence, les estimations peuvent varier considérablement et peuvent s'avérer peu fiables pour faire des comparaisons.

LE VIH/SIDA ET LES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Deux-tiers de toutes les personnes infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne. Dans la région, quelques 22,5 millions de personnes vivent avec le virus, et chaque jour près de 5 000 adultes et enfants sont infectés. Près des trois quarts des décès liés au sida, 1,8 millions en 2009, sont survenus en Afrique subsaharienne.

Notions essentielles sur le VIH/SIDA

- Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est responsable du sida (syndrome d'immunodéficience acquise) en détruisant certains globules blancs (appelés CD4 ou cellules T) dont le système immunitaire humain a besoin pour combattre la maladie.
- Le VIH est présent dans le sang, le sperme et les sécrétions vaginales d'une personne infectée. Les personnes qui sont infectées sont considérées comme séropositives ou personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Le virus peut être transmis par :
 - Des relations sexuelles non protégées avec une personne infectée
 - Le partage de seringues ou d'autre matériel d'injection de drogues avec une personne infectée.
 - Le fait de recevoir une transfusion sanguine contenant du sang infecté par le VIH ou de recevoir une injection médicale utilisant du matériel qui n'a pas été correctement nettoyé.
 - L'exposition au virus dans l'utérus d'une mère infectée, lors de l'accouchement ou par l'allaitement.
- Le VIH ne se transmet pas par contact occasionnel, comme une poignée de main ou une accolade. Il n'est pas transmis par les moustiques.
- Le seul moyen efficace de se protéger contre la transmission sexuelle du VIH est d'utiliser un préservatif masculin ou féminin lors de rapports sexuels.

continu...

Les femmes et le VIH

Les femmes sont le plus souvent infectées par voie hétérosexuelle. Au cours de rapports vaginaux ou anaux, de petites coupures et éraflures peuvent apparaître sur la peau du pénis, du vagin ou de l'anus, ce qui permet au VIH d'un partenaire infecté de pénétrer dans le corps d'un partenaire non infecté. Parce que le vagin et l'anus ont de plus grandes surfaces exposées que le pénis, le virus peut survivre chez les femmes plus facilement. Même si une relation sexuelle avec une personne infectée constitue un risque, la transmission est plus probable dans les cas suivants :

- Lors de rapports sexuels violents ou forcés.
- Lors de rapports sexuels anaux.
- Chez les jeunes femmes qui ne sont pas pleinement développées et sont plus susceptibles aux lésions.
- Si l'un des partenaires a une infection sexuellement transmissible provoquant des plaies ou des lésions ouvertes.

La circoncision masculine

Dans de nombreux pays, une partie du prépuce du pénis est supprimée chez les petits garçons, dans le cadre d'une pratique culturelle traditionnelle ou religieuse appelée la circoncision. Les études d'observation montrent que dans les pays où la circoncision est une pratique courante, les taux d'infection à VIH sont plus faibles que dans les pays où elle n'est pas pratiquée. Des études plus récentes montrent que les hommes circoncis avaient un risque moins élevé de contracter une infection à VIH que les hommes qui ne l'étaient pas. C'est pourquoi des programmes de circoncision des hommes adultes ont été mis en place dans les pays à forte prévalence du VIH.

- La circoncision en elle-même ne protège pas les hommes contre l'infection à VIH; ils doivent se protéger à l'aide d'un préservatif ; la circoncision diminue le risque d'infection des hommes. Par exemple, en Côte d'Ivoire, où environ 96 pour cent des hommes sont circoncis dès le plus jeune âge, le risque d'infection par le VIH est de 30 pour cent inférieur chez les hommes circoncis que chez les hommes non circoncis.

TENDANCES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

- En Afrique subsaharienne, le VIH se transmet principalement par **contact hétérosexuel**, et auprès d'un nombre plus important de femmes par rapport aux hommes, sachant qu'elles sont biologiquement

plus vulnérables au VIH et qu'elles n'ont souvent pas le pouvoir de négocier l'utilisation du préservatif.

- Parmi les adultes infectés par le VIH dans la région, 60 pour cent sont des femmes. Le pourcentage croissant de femmes infectées par le VIH est un phénomène appelé la « féminisation » de l'épidémie de VIH.
- Les **jeunes femmes** âgées de 15 à 24 ans dans la région sont presque trois fois plus susceptibles d'être infectées que les jeunes hommes, à la fois en raison de leur vulnérabilité biologique accrue et parce qu'elles ont souvent des rapports sexuels transactionnels avec des hommes plus âgés pour aider à payer les frais de scolarité et les autres frais. Les hommes âgés sont plus susceptibles que les hommes jeunes d'être infectés par le VIH.
- 2,3 millions d'enfants vivent avec le VIH/sida en Afrique subsaharienne, et plus de 90 pour cent d'entre eux ont été infectés par la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, la naissance ou l'allaitement. Un traitement antirétroviral pendant et après l'accouchement peut réduire ce risque.

Tendances en Afrique de l'Ouest

Dans la plupart des pays ouest-africains, le pourcentage d'adultes vivant avec le VIH est stable ou en baisse. Toutefois, compte tenu de la croissance démographique, un *pourcentage stable* signifie qu'un *nombre croissant* de personnes vivent avec le VIH chaque année. Au Bénin et au Niger, plus d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH en 2009 qu'en 2001, malgré une légère baisse de la prévalence. En outre, la thérapie antirétrovirale permet à plus de gens à vivre avec le VIH de sorte que le nombre de personnes infectées a en réalité augmenté.

PROFILS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH EN AFRIQUE DE L'OUEST

- La prévalence du VIH est généralement plus faible en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique orientale et australe.

BÉNIN

- La prévalence du VIH a atteint un pic au Bénin à la fin des années 1990 et baisse lentement depuis. Toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter.

[continu...](#)

Infections à VIH et tendances jusqu'en 2009, Afrique de l'Ouest

	NOMBRE TOTAL D'ADULTES ET D'ENFANTS INFECTÉS EN 2009	% D'ADULTES INFECTÉS EN 2001	% D'ADULTES INFECTÉS EN 2009	% DE FEMMES ADULTES INFECTÉES EN 2009
Bénin	60 000	1,4	1,2	58
Burkina Faso	110 000	2,1	1,2	60
Côte d'Ivoire	450 000	6,5	3,4	58
Mali	76 000	1,6	1,0	61
Niger	61 000	1,0	0,8	53
Sénégal	59 000	0,6	0,9	59

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010.

- La prévalence est presque deux fois plus élevée chez les femmes (1,5 pour cent) que chez les hommes (0,8 pour cent). Pour 100 hommes infectés, 188 femmes sont infectées.
- Environ la moitié des femmes enceintes bénéficient de services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

BURKINA FASO

- La prévalence du VIH a atteint un pic à environ 4 pour cent au début des années 1990 et a depuis diminué à environ 1 pour cent.
- 140 000 enfants sont devenus orphelins en raison du VIH et du sida, un chiffre supérieur au nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH.
- Plus de 50 pour cent des personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale en bénéficient. Pourtant, seulement un tiers des femmes enceintes qui ont besoin de services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant bénéficient de ces services.
- Le nombre de jeunes qui ont les connaissances nécessaires pour prévenir le VIH reste très faible. Cependant, l'utilisation du préservatif chez les jeunes hommes et femmes est relativement élevée.

CÔTE D'IVOIRE

- Bien que la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire soit parmi les plus élevées en Afrique de l'Ouest, elle a diminué de 48 pour cent depuis 2001.
- Environ 50 pour cent des femmes enceintes qui ont besoin de services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant bénéficient de ces services.
- Les filles sont beaucoup plus susceptibles de devenir sexuellement actives lorsqu'elles atteignent leurs 18 ans que les garçons (71 pour cent des filles contre 54 pour cent des garçons). Plus de 30 pour cent des filles âgées de 15 à 19 ans déclarent avoir eu des relations sexuelles avec un homme âgé de 10 ans ou plus qu'elles ne sont.
- Les connaissances sur le VIH et comment l'éviter restent très faibles chez les jeunes hommes et femmes. Toutefois, les filles deviennent sexuellement actives à un âge plus avancé.

continu...

MALI

- Les taux de VIH ont considérablement diminué depuis 2001 et actuellement 1 pour cent de la population est infectée.
- Une faible majorité de jeunes (55 pour cent) ont des connaissances correctes sur la façon de prévenir le VIH et de rejeter les idées fausses sur la transmission du VIH.
- Un homme sur cinq a eu des rapports sexuels à haut risque (plus d'un partenaire dans l'année écoulée), et plus d'un quart d'entre eux ont utilisé un préservatif au cours de la dernière rencontre sexuelle à haut risque.

NIGER

- La prévalence du VIH a baissé à moins de 1 pour cent. Néanmoins, la connaissance du VIH chez les jeunes et les adultes reste très faible.
- Seulement 53 pour cent des femmes et 65 pour cent des hommes connaissent deux moyens de prévenir le VIH, par exemple, l'utilisation du préservatif et le fait de rester fidèle à un partenaire sexuel.
- Les hommes et les femmes de tous âges sont également susceptibles d'avoir des idées fausses sur la transmission du VIH (par exemple, par des moustiques) ou de croire qu'une personne en bonne santé ne peut pas contracter le VIH.
- Les comportements de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH sont également fréquents.

SÉNÉGAL

- Si la prévalence reste inférieure à 1 pour cent au Sénégal, elle a augmenté depuis 2001. Les femmes âgées de 20 à 24 ans sont environ quatre fois plus susceptibles d'être infectées que les hommes du même âge.
- Au Sénégal, les jeunes commencent en général à avoir des rapports sexuels à un âge plus avancé et ont moins de partenaires que les jeunes des autres pays ouest-africains. Toutefois, les jeunes ont également des niveaux très insuffisants de connaissances sur le VIH et de moyens de le prévenir.
- Plus de 50 pour cent des hommes ayant des rapports sexuels à haut risque utilisent un préservatif.

Les autres infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont une source fréquente de problèmes de santé dans la région et augmentent la probabilité de transmission du VIH.

Les rapports sexuels non protégés avec des partenaires différents exposent les personnes à des risques élevés de contracter IST et VIH.

Les données sur la prévalence des IST sont rares parce que la grande majorité des cas ne sont ni diagnostiqués ni traités. Néanmoins, les conséquences des IST non traitées sont graves et comprennent l'infertilité et la mort.

Les IST suivantes sont connues pour être fréquentes dans le monde :

- La **chlamydie** est l'IST bactérienne la plus fréquente. En l'absence de traitement, elle provoque une maladie inflammatoire pelvienne (MIP), qui peut entraîner l'infertilité et une grossesse extra-utérine (quand l'ovule fécondé commence à se développer hors de l'utérus, généralement dans une trompe de Fallope).
- **L'herpès génital** est une infection très contagieuse qui se transmet facilement entre les partenaires sexuels et peut également être transmis de la mère à son bébé.
- La **gonorrhée** est souvent asymptomatique chez les femmes, mais en l'absence de traitement, peut provoquer des MIP et l'infertilité. Chez les hommes, la gonorrhée peut causer une épидidymite, une affection douloureuse des testicules qui peut provoquer la stérilité en l'absence de traitement.
- Le **virus du papillome humain (VPH)** est l'une des IST les plus fréquentes dans le monde et est caractérisée par des dizaines de sous-types. En l'absence de traitement, des types spécifiques de ce virus peuvent entraîner un cancer du col de l'utérus.
- La **syphilis** est une ulcération génitale, qui en l'absence de traitement peut endommager le système nerveux, le cœur ou le cerveau et finalement la mort. Chez la femme enceinte, l'infection augmente considérablement le risque de mortinaissance et de malformations congénitales, rendant son dépistage essentiel au début de la grossesse.
- La **trichomonase** est causée par un parasite qui affecte les femmes et les hommes, mais les symptômes sont plus fréquents chez les femmes, qui sont aussi plus faciles à guérir. L'absence de traitement peut augmenter

[continu...](#)

le risque de transmission du VIH et d'insuffisance pondérale à la naissance chez les bébés.

Sources

Sevgi O. Aral et Mead Over, "Sexually Transmitted Infections," dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^e éd., éd. Dean. T. Jamison et al. (New York: Oxford University Press, 2006): chapitre 17. www.dcp2.org

Farzaneh Roudi-Fahimi et Lori Ashford, *Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa: A Guide for Reporters* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008). www.prb.org/Reports/2008/mediaguide.aspx

ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. (Genève : ONUSIDA, 2010). www.unaids.org

ONUSIDA et OMS, *Afrique subsaharienne. Le point sur l'épidémie de sida. Résumés par région* (Genève : ONUSIDA, mars 2008). www.unaids.org

U.S. Global Health Policy. <http://globalhealth.kff.org>

WebMD. www.webmd.com

Remarques et conseils à l'attention des journalistes

- Respectez l'anonymat des personnes vivant avec le VIH et le sida et faites attention lors du signalement du statut des personnes vis-à-vis du VIH et lors d'entretiens avec des enfants.
- La réduction des risques n'est pas synonyme de protection. Par exemple, le fait d'être circoncis réduit le risque pour un homme d'être infecté par le VIH, mais cela ne signifie pas qu'un homme circoncis ne peut pas contracter l'infection.

L'AVORTEMENT

De nombreuses femmes qui tombent enceintes sans le vouloir ont recours à l'avortement. Quand il est réalisé par un prestataire formé et dans de bonnes conditions sanitaires, l'avortement est une intervention très sûre. Mais l'avortement représente un véritable problème de santé publique dans les pays où l'accès des femmes à l'avortement est limité et où ceux-ci sont effectués dans des mauvaises conditions de sécurité. Chaque année, les avortements dangereux entraînent la mort de 47 000 femmes, environ 13 pour cent des 358 000 décès maternels qui surviennent chaque année dans le monde. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent de ces décès surviennent dans les pays en développement.

Comprendre la terminologie

- Le terme *avortement* fait généralement référence à un **avortement provoqué**—une intervention destinée à mettre fin à une grossesse, bien que techniquement il peut aussi se référer à un **avortement spontané (fausse couche)**.
- L'expression « avortement provoqué » a été synonyme d'**avortement chirurgical**, une intervention réalisée en clinique ou à l'hôpital. Depuis peu, **l'avortement médicamenteux** est également disponible. Cette méthode repose sur l'administration de médicaments à prendre à la maison que le médecin prescrit à une femme.
- Dans les pays où l'avortement est illégal ou très limité, les femmes tentent parfois d'interrompre la grossesse elles-mêmes ou consultent des praticiens non qualifiés. Il s'agit d'un **avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité**, défini par l'OMS comme « une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée, soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux. »

L'incidence de l'avortement

- L'Organisation mondiale de la santé estime qu'environ une grossesse sur cinq (42 millions sur 210 millions) est interrompue volontairement chaque année. Près de la moitié des avortements, environ 20 millions, sont

continu...

pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Parmi les avortements effectués dans des conditions dangereuses, près d'un sur quatre nécessite des soins médicaux pour complications graves.

- En Afrique subsaharienne dans son ensemble et en Afrique de l'Ouest, près de tous les avortements sont effectués dans de mauvaises conditions de sécurité. En Afrique de l'Ouest, près d'un tiers de toutes les grossesses non désirées se terminent par un avortement.
- Il est difficile d'obtenir des données sur l'avortement. Peu d'organismes sont en mesure de recueillir ces données sensibles, sachant que les lois sont restrictives et que les prestataires de santé et les femmes ne déclarent pas les avortements. Les estimations relatives à l'avortement sont donc souvent basées sur des informations indirectes, telles que les données disponibles sur l'utilisation de la contraception, les taux de natalité et les admissions à l'hôpital pour des complications découlant de l'avortement.
- En Afrique subsaharienne, sur les 5,5 millions d'avortements annuels, près de 1,7 millions de femmes sont hospitalisées pour des complications découlant d'avortements effectués dans de mauvaises conditions de sécurité. L'OMS estime que les avortements effectués dans de mauvaises conditions de sécurité représentent un décès maternel sur sept dans la région.

Les procédures d'avortement

- L'avortement est le plus sûr lorsqu'il est effectué en début de grossesse. (La durée d'une grossesse est calculée à partir du premier jour de la dernière période menstruelle d'une femme).
- Les méthodes sûres qui peuvent être utilisées au cours du premier trimestre (les 12 premières semaines de grossesse) sont les suivantes :
 - **L'aspiration**, généralement effectuée sur une base ambulatoire, utilise un tube inséré dans l'utérus pour aspirer le contenu de l'utérus ; une pompe électrique ou un aspirateur manuel peut être utilisé dans cette procédure.
 - **L'avortement médicamenteux** utilise un ou plusieurs médicaments, le plus souvent la mifépristone (connue sous le nom de RU486) et le misoprostol (également connu sous le nom de Cytotec), pour expulser le contenu de l'utérus. La procédure nécessite généralement au moins deux consultations externes et l'avortement est presque toujours terminé en une semaine. Dans les 2 à 5 pour cent des cas où

l'avortement est incomplet, l'aspiration ou la dilatation et le curetage sont nécessaires.

- La **dilatation et le curetage (D&C)** nécessite des dilateurs mécaniques pour ouvrir le col de l'utérus et des instruments métalliques (curettes) pour gratter les parois de l'utérus. La technique est généralement réalisée sous sédation ou sous anesthésie générale et présente un risque plus élevé de complications. L'OMS recommande que la procédure D&C ne soit utilisée que lorsque l'aspiration intra-utérine ou l'avortement médicamenteux n'est pas possible.

Lorsque l'avortement provoqué est effectué par des praticiens qualifiés qui utilisent les bonnes techniques et conditions sanitaires, la procédure ne présente pas de danger. Aux États-Unis, par exemple, où l'avortement est légal, le taux de mortalité par avortement provoqué est de 0,6 pour 100 000 interventions, ce qui en fait une intervention aussi sûre que l'administration d'une injection de pénicilline. Dans les pays en développement, cependant, le risque de décès suite à l'avortement pratiqué dans des conditions de sécurité dangereuses peut être de plusieurs centaines de fois plus élevé.

Statut juridique de l'avortement

Les lois internationales sur l'avortement varient considérablement. Elles peuvent être extrêmement restrictives (avortement interdit dans tous les cas ou autorisé uniquement pour sauver la vie d'une femme) ou totalement libres. Entre les deux, les pays peuvent indiquer un certain nombre de conditions autorisant une femme à avorter, par exemple, pour des raisons de santé ou pour des raisons socio-économiques.

STATUT JURIDIQUE DE L'AVORTEMENT ET EXCEPTIONS À SON INTERDICTION

BÉNIN

Autorisé pour raisons de santé physique et en cas de viol, d'inceste ou de malformation congénitale.

BURKINA FASO

Autorisé pour raisons de santé physique et en cas de viol, d'inceste ou de malformation congénitale.

CÔTE D'IVOIRE

Autorisé uniquement pour sauver la vie d'une femme.

[continu...](#)

MALI

Autorisé uniquement pour sauver la vie d'une femme et en cas de viol ou d'inceste.

NIGER

Autorisé pour raisons de santé physique et en cas de malformation congénitale.

SÉNÉGAL

Autorisé uniquement pour sauver la vie d'une femme.

Source : Centre des droits reproductifs, *The World's Abortion Laws* (2009).

- Les lois ou les politiques écrites sur l'avortement ne reflètent pas nécessairement la réalité de ce qui est réellement pratiqué. Les femmes, les familles et les prestataires de services de santé peuvent manquer de connaissances sur les lois ou les interpréter différemment. L'application des lois peut également varier.
- Même lorsque l'avortement est autorisé pour certains motifs, les femmes peuvent risquer de subir un avortement dans des mauvaises conditions de sécurité plus pour plusieurs raisons :
 - Le manque de prestataires formés.
 - Le manque d'établissements médicaux suffisamment équipés.
 - Des prestataires réticents à pratiquer des avortements en raison d'exigences procédurales complexes, de croyances religieuses, de stigmatisation sociale ou de lois mal définies.
 - Le manque de ressources pour payer un avortement sûr.
 - La stigmatisation sociale ou la désapprobation de la famille.

Soins à dispenser après un avortement

Les services de soins après l'avortement sont de très mauvaise qualité en Afrique subsaharienne. Ces facteurs, ainsi que l'attitude moralisatrice de la part des prestataires, découragent certaines femmes, surtout les jeunes, les pauvres ou les célibataires, à chercher des soins médicaux en cas de complications. En Afrique de l'Ouest, près de 330 000 femmes sont hospitalisées chaque année pour des complications découlant d'un avortement provoqué. En outre, 15 à 25 pour cent de

femmes supplémentaires qui ont besoin d'un traitement suite à des complications ne recherchent pas de soins.

- Les femmes qui cherchent un traitement médical après un avortement effectué dans de mauvaises conditions de sécurité peuvent avoir besoin d'un séjour prolongé à l'hôpital, allant de quelques jours à plusieurs semaines. Les traitements des complications découlant de l'avortement amenuisent les ressources rares des hôpitaux, y compris le temps du personnel, la disponibilité des lits, l'approvisionnement en sang et en médicaments. Dans certains pays en développement, les hôpitaux dépensent à hauteur de la moitié de leurs budgets en soins obstétricaux et gynécologiques pour traiter les complications découlant des avortements pratiqués dans des mauvaises conditions de sécurité.
- Les organisations internationales de la santé recommandent généralement que les soins post-avortement comprennent :
 - Le traitement d'urgence des complications découlant d'un avortement provoqué ou d'une fausse couche.
 - Des services de conseil pour répondre aux besoins des femmes en matière de santé émotionnelle et physique et leurs autres préoccupations.
 - Des services de planification familiale pour aider les femmes à éviter une grossesse non désirée ou à espacer les grossesses.
 - La gestion des infections sexuellement transmissibles.
 - Des services de santé de la reproduction ou autres qui sont fournis sur place ou par l'orientation vers d'autres établissements.
- Le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) a fait appel à donner à chaque femme un accès traitement des complications découlant de l'avortement et à des services de conseil, d'éducation et de planification familiale après l'avortement, quel que soit le statut juridique de l'avortement.

Sources

Deborah Mesce et Donna Clifton, *Abortion Facts and Figures, 2011* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2011).

David Grimes et al., "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic," *The Lancet* 368 (Nov. 25, 2006).

Guttmacher Institute, *Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Africa, In Brief* (New York: Guttmacher, 2009).

Susheela Singh, "Hospital Admissions Resulting From Unsafe Abortion: Estimates From 13 Developing Countries," *The Lancet* 368 (25 novembre 2006).

OMS, *Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (Genève : OMS, 2003). www.who.int

continu...

Remarques et conseils à l'attention des journalistes

- Évitez de contribuer aux stéréotypes sur les femmes qui ont recours à l'avortement.
- Lors de la rédaction d'articles sur l'avortement—que l'avortement ait été réalisé dans des conditions de sécurité satisfaisantes ou non—il convient de respecter la demande d'anonymat de toute femme.

L'EXCISION/ MUTILATION GÉNITALE FÉMININE (E/MGF)

L'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) est une pratique traditionnelle néfaste au cours de laquelle est effectuée l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes. À l'heure actuelle, plus de 100 millions de femmes et de filles dans le monde ont subi une forme de mutilation génitale, généralement entre l'âge de 4 à 12 ans.

L'E/MGF est désormais reconnue comme une violation des droits humains. L'intervention ne présente aucun avantage médical, elle n'est préconisée par aucune religion et peut poser des risques graves pour la santé.

En règle générale, trois types de mutilation sont pratiqués. Dans la première, le type 1, le clitoris est partiellement ou totalement retiré. Dans le type 2, l'excision, le clitoris ainsi que les petits plis cutanés des organes génitaux externes sont éliminés. Dans le type 3, l'infibulation, les organes génitaux externes sont coupés et le vagin est cousu, laissant seulement un petit orifice pour laisser passer les urines et le sang.

Où est pratiquée l'E/MGF ?

- La grande majorité des filles qui sont victimes d'excision vivent dans 28 pays sur le continent africain, y compris dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest.
- Sur les 3 millions de filles et des femmes africaines qui sont excisées chaque année, près de la moitié d'entre elles vivent dans deux pays seulement : l'Égypte et l'Éthiopie.
- Les taux de prévalence nationaux de l'E/MGF cachent souvent de grandes variations régionales au sein des pays. Au Sénégal, par exemple, la prévalence varie d'une région à l'autre, allant de 2 pour cent jusqu'à 94 pour cent.

continu...

Conséquences pour la santé

- L'E/MGF entraîne des conséquences immédiates et à long terme sur la santé mentale et physique, y compris de fortes douleurs, des saignements importants, le risque de tétanos, d'infection, de kystes et d'abcès, et un dysfonctionnement sexuel.
- L'infibulation de type 3 est le plus fréquemment pratiquée au Niger, au Sénégal et au Mali où 10 pour cent à 13 pour cent des femmes ont subi cette intervention. Selon une récente étude de l'OMS basée sur des travaux de recherche dans six pays, les formes les plus importantes d'excision peuvent aggraver les complications pour la mère et le bébé pendant l'accouchement.

Les droits humains et la législation

- Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) définit l'E/MGF comme « l'une des violations les plus persistantes, omniprésentes et subies en silence des droits de l'homme. »
- La Commission des droits de l'homme des Nations unies a condamné l'E/MGF comme étant une violation des droits de l'homme dès 1952. La Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant a défini l'excision comme étant une pratique traditionnelle à la fois violente et néfaste.
- Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Sénégal ont adopté des lois pour interdire l'E/MGF. Le Mali ne dispose pas de lois spécifiques, mais les dispositions actuelles du Code criminel ont été ou peuvent être appliquées à l'E/MGF.
- En dépit des sanctions judiciaires contre les prestataires de santé qui effectuent l'E/MGF, les praticiens médicaux effectuent de plus en plus cette intervention sachant que les parents cherchent des moyens plus sûrs de poursuivre la pratique.

La tradition perpétue la pratique

- La pratique de l'E/MGF est profondément enracinée dans les structures sociales, économiques et politiques des communautés.
- Dans les communautés où elle est pratiquée, l'intervention est perçue comme un moyen de réduire les relations sexuelles avant le mariage et de préserver la virginité des filles. En outre, les parents pensent que leurs filles ne se marieront pas si elles ne sont pas excisées.

- Les filles qui subissent l'excision sont considérées comme une source d'honneur et de respect envers elles-mêmes et leurs familles, contrairement à celles qui ne sont pas excisées et qui subissent honte et exclusion.

S'agit-il d'excision, de circoncision ou de mutilation ?

Les défenseurs des droits et de la santé des femmes ont plus souvent défini cette intervention comme une *mutilation génitale féminine* pour souligner les dégâts qui en découlent. Pour certains experts, il s'agit de l'*excision génitale féminine* ; ceux-ci soulignent que cette expression est moins critique. Le débat autrefois houleux semble avoir été résolu par de nombreux organismes et programmes qui y font désormais référence sous l'expression *excision/mutilation génitale féminine*, reconnaissant que l'étendue de l'intervention est variable, allant d'une coupure rituelle du clitoris, comme cela se fait dans certaines parties d'Indonésie, à la forme la plus grave d'infibulation.

L'expression *circoncision féminine* est parfois utilisée, mais les experts en santé disent que cela implique à tort une analogie avec la circoncision masculine, dans laquelle le prépuce du pénis est retiré. Contrairement à l'E/MGF, la circoncision masculine ne nuit pas à l'organe en lui-même et confère certains avantages en matière de santé.

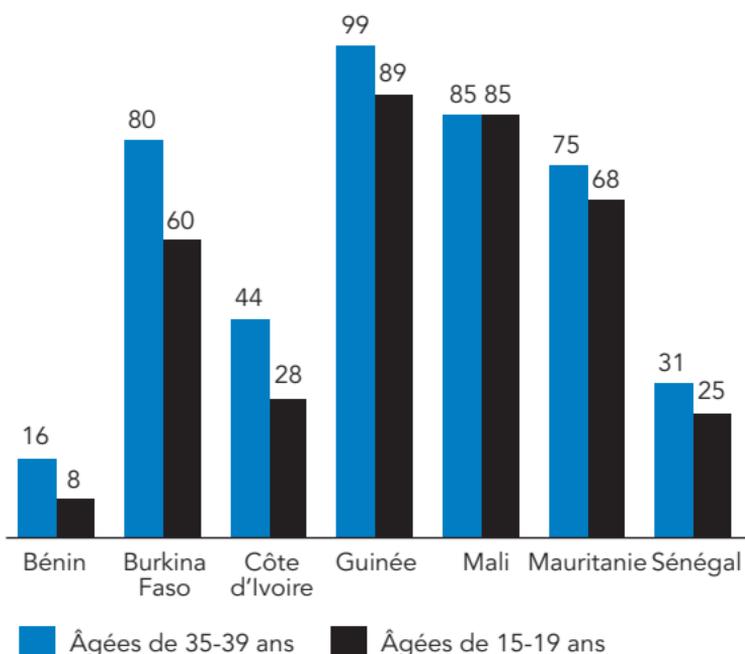
Tendances

Une diminution de l'excision par groupe d'âge (femmes âgées *versus* femmes plus jeunes) peut être le signe que la pratique est progressivement abandonnée.

- Le Mali, où la pratique se produit généralement pendant l'enfance ou la petite enfance, affiche la prévalence la plus élevée de l'E/MGF en Afrique de l'Ouest, soit 85 pour cent. Malgré des décennies de programmes visant à encourager l'abandon de la pratique, les filles âgées de 15 à 19 ans sont tout autant susceptibles d'avoir été excisées que les femmes âgées de 35 à 39 ans. Cependant, une baisse a été enregistrée comparé aux 94 pour cent signalés dans l'Enquête démographique et de santé de 1995 à 1996.

continu...

% de femmes qui ont subi une excision en Afrique de l'Ouest



Sources : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin, 2006, Côte d'Ivoire 2006, Guinée 2005, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005; et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (Burkina Faso 2006 et Mauritanie 2007).

Sources

Charlotte Feldman-Jacobs et Donna Clifton, *Mutilation génitale féminine/ excision : Mise à jour des données et tendances 2010* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2010). www.prb.org/FrenchContent/Articles/2010/fgm2010-fr.aspx

National Research Council et Institute of Medicine, *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, éd. Cynthia B. Lloyd (Washington, DC: The National Academies Press, 2005).

UNICEF, "Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/ Cutting," *Innocenti Digest* (UNICEF : Florence, Italie, 2007).

UNFPA, *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting* (New York: UNFPA, 2007). www.unfpa.org/publications

Session extraordinaire des Nations unies consacrée aux enfants, « *Bâtir un monde digne des enfants* » (Mai 2002). www.unicef.org/french/specialsession/

Remarques et conseils à l'attention des journalistes

- Soyez sensible à la stigmatisation qui entoure l'E/MGF, sachant qu'elle touche à la fois les filles et les femmes, qu'elles soient excisées ou non.
- La « médicalisation » de l'E/MGF fait référence à l'implication des professionnels de la santé dans l'intervention de l'E/MGF à la demande des parents. Ceci est contraire à la loi dans la plupart des pays.

LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES

En Afrique subsaharienne, 175 millions de personnes, soit 20 pour cent de la population totale, sont âgées entre 15 et 24 ans. Il s'agit de l'âge auquel la plupart de ces personnes deviennent sexuellement actives et acquièrent des connaissances essentielles sur la santé sexuelle et reproductive, y compris le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées, les grossesses précoces et les avortements réalisés dans des mauvaises conditions de sécurité.

En Afrique subsaharienne, la population jeune a augmenté de 70 millions en une décennie (2001 à 2011), entraînant une demande considérablement accrue de services « conviviaux » de santé de la reproduction qui offrent aux jeunes des informations et des services complets de manière respectueuse et confidentielle.

Risques pour la santé sexuelle

En Afrique de l'Ouest, les jeunes femmes âgées de 14 à 24 ans ont 2,5 fois plus de risque de contracter le VIH que les jeunes hommes pour les raisons suivantes :

- Les femmes sont biologiquement plus susceptibles que les hommes hétérosexuels de contracter l'infection.
- Leurs époux ou leurs partenaires sexuels ont tendance à être plus âgés et ont déjà eu des relations sexuelles, ce qui les rend plus susceptibles d'être déjà infectés par le VIH.
- Les jeunes femmes sont souvent incapables de négocier les rapports sexuels et l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires sexuels.
- Les jeunes femmes n'ont souvent pas accès aux informations et aux services sur la santé sexuelle et reproductive.

continu...

Grossesse non désirée

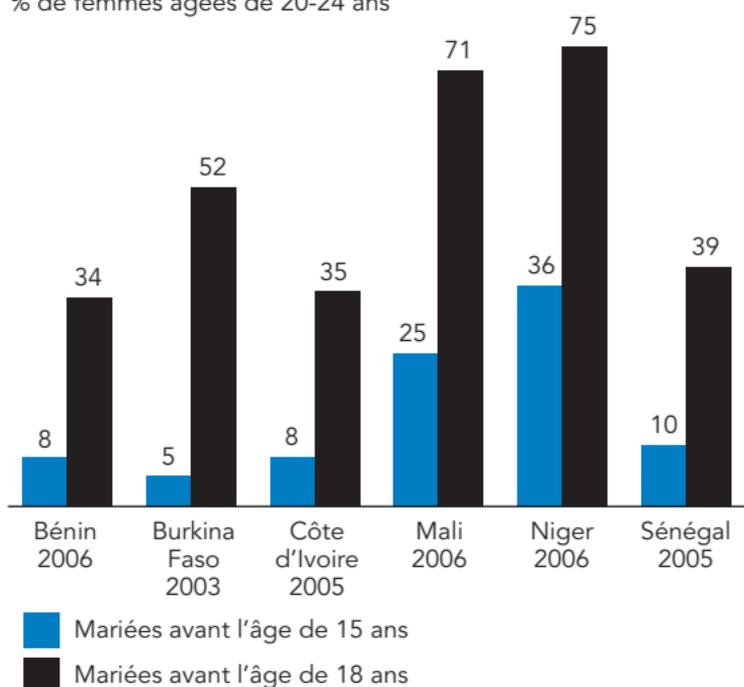
- Près de la moitié des adolescentes qui n'ont jamais été mariées et qui sont sexuellement actives ont des besoins en contraception non satisfaits—elles n'ont pas recours à la contraception, mais ne souhaitent pas avoir d'enfant au cours des deux prochaines années ou ne veulent plus avoir d'enfants.
- Plus d'un tiers des grossesses d'adolescentes en Afrique subsaharienne ne sont pas désirées : 22 pour cent des adolescentes ont des naissances non désirées et 13 pour cent ont recours à l'avortement.
- Près de 60 pour cent des femmes d'Afrique subsaharienne qui ont pratiqué des avortements dans des mauvaises conditions de sécurité ont moins de 25 ans et un quart sont encore adolescentes.

Mariage précoce et procréation

- Le mariage qui se produit avant l'âge de 18 ans est considéré comme un mariage d'enfant et viole le droit international ainsi que les lois de nombreux pays où il continue à être pratiqué. En Afrique de l'Ouest, les lois contre les mariages précoces ne sont quasiment pas appliquées en raison des réalités des normes sociales, économiques et culturelles en vigueur.
- Le mariage et la procréation surviennent très tôt dans l'ensemble de la région d'Afrique de l'Ouest. Au Mali et au Niger, jusqu'à trois quarts des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans, et au Niger, plus d'un tiers ont été mariées avant l'âge de 15 ans. Ces deux pays, ainsi que le Tchad, affichent les taux les plus élevés de mariage d'enfant dans le monde.
- Le mariage d'enfant est moins fréquent, mais encore répandu au Burkina Faso, où plus de la moitié des filles se marient avant l'âge de 18 ans, et au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, où environ un tiers sont mariées avant l'âge de 18 ans.
- Le mariage d'enfant est particulièrement fréquent dans les familles pauvres et rurales qui marient leurs filles à des fins économiques et par crainte de voir leurs filles avoir soit des relations sexuelles ou une grossesse hors mariage. Les filles sont souvent mariées à des hommes beaucoup plus âgés, ce qui augmente le risque de contracter des infections sexuellement transmissibles.
- Le mariage précoce est lié à l'éducation—les filles qui abandonnent leur scolarité se marient tôt et les filles qui se marient jeunes abandonnent généralement leur scolarité. Un niveau d'éducation faible a des conséquences économiques et sociales permanentes pour les filles.

% de filles mariées avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans

% de femmes âgées de 20-24 ans



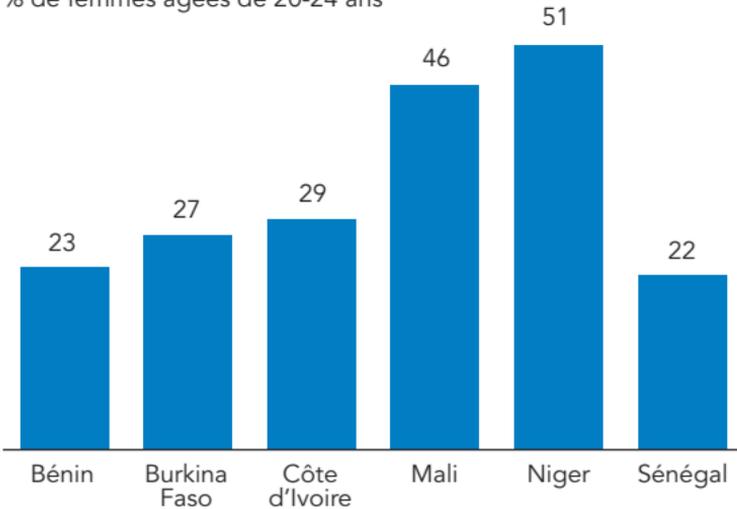
Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Côte d'Ivoire 2005, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005).

- Le mariage précoce est généralement suivi d'une maternité précoce, sachant que les jeunes femmes sont souvent tenues de prouver leur fécondité au plus tôt.
- La proportion d'adolescentes qui ont accouché avant l'âge de 18 ans varie de 22 pour cent au Sénégal à 51 pour cent au Niger.
- Les adolescentes qui donnent naissance à un enfant courent un plus grand risque de décéder de causes maternelles que les femmes âgées de 20 à 30 ans. Parce que leurs corps ne sont pas pleinement développés, celles qui accouchent avant l'âge de 16 ans sont exposées à un risque particulièrement élevé de dystocie, de fistule et de dommages permanents à leurs organes reproducteurs.
- Les nourrissons nés de mères jeunes sont plus susceptibles d'avoir un faible poids de naissance (moins de 2 500 grammes), ce qui est associé à toute une variété de problèmes de santé, y compris des problèmes respiratoires découlant de l'immaturité des poumons. Les enfants nés de jeunes filles de moins de 18 ans courent un risque 60 pour cent plus élevé de mourir durant leur première année de vie que les nourrissons nés de mères âgées de plus de 18 ans.
- Les mères adolescentes sont souvent plus pauvres que sont les femmes qui retardent leur maternité. Ces jeunes

[continu...](#)

% de jeunes femmes qui ont accouché avant l'âge de 18 ans

% de femmes âgées de 20-24 ans



Source : Enquêtes démographiques et de santé (Bénin 2006, Burkina Faso 2003, Côte d'Ivoire 2005, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005).

mères sont plus susceptibles de manquer d'instruction, d'avoir moins d'opportunités génératrices de revenus et d'être isolées socialement.

Sources

Alexandra Hervish et Charlotte Feldman-Jacobs, *Who Speaks for Me? Ending Child Marriage Policy Brief* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2011).

National Research Council et Institute of Medicine, *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, éd. Cynthia B. Lloyd (Washington, DC: The National Academies Press, 2005). www.nap.edu

Population Reference Bureau, *Fiches de données sur la population mondiale 2009 et 2010* (Washington, DC: PRB, 2009 et 2010).

Nations unies, *World Youth Report 2007: Young Peoples' Transition to Adulthood: Progress and Challenges* (New York: Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, 2007).

U.S. Bureau of the Census, International Database, consulté à www.census.gov/ipc/www/idb/informationGateway.php, le 22 avril 2011.

Remarques et conseils à l'attention des journalistes

- Dans le cadre de la rédaction d'un article, lorsque vous parlez aux jeunes, assurez-vous qu'ils comprennent que vous êtes journaliste. Les adolescents peuvent ne pas comprendre les conséquences d'une discussion avec un journaliste.
- Il convient de savoir que les adolescentes peuvent se mettre en danger si elles révèlent un comportement socialement inacceptable, comme par exemple le fait d'avoir eu des relations sexuelles pré-maritales. Respectez le droit de l'adolescente à sa vie privée et ne posez pas de questions personnelles en présence des membres de sa famille ou d'autres adultes.

GLOSSAIRE DES TERMES DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Adolescence : période de vie comprise entre la puberté et l'âge adulte et comprend généralement la tranche d'âge des 10 à 19 ans. Les données sur la santé, l'éducation, l'emploi et les comportements des adolescents concernent généralement les 15 à 19 ans. La population des jeunes est généralement définie par le groupe d'âge des 15 à 24 ans (page 43).

Âge de procréer : la tranche d'âge de reproduction des femmes, supposée se situer entre les âges de 15 à 44 ans ou de 15 à 49 ans (page 7).

Aspiration manuelle : méthode d'élimination des tissus de l'utérus par aspiration à des fins de diagnostic ou pour supprimer les éléments de la conception (page 34).

Avortement incomplet : avortement qui laisse les produits de la conception dans l'utérus.

Avortement provoqué : l'interruption volontaire d'une grossesse (page 33).

Avortement réalisé dans des mauvaises conditions de sécurité : l'interruption d'une grossesse, soit par une personne n'ayant pas les compétences nécessaires ou dans un environnement dépourvu de normes médicales minimales ou les deux (page 33).

Avortement spontané : fausse couche ou perte d'une grossesse découlant de causes naturelles (page 33).

Besoins en planification familiale non satisfaits : le pourcentage de femmes mariées qui préfèrent attendre au moins deux ans avant leur prochaine grossesse ou qui ne souhaitent plus avoir d'enfant, mais ne se servent d'aucune méthode de contraception (page 16).

Chlamydie : une infection sexuellement transmissible qui provoque souvent des saignements irréguliers et des

[continu...](#)

douleurs pendant les rapports sexuels chez les femmes, des brûlures pendant la miction chez les hommes et des pertes chez les hommes et les femmes. En l'absence de traitement, la chlamydie peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne (page 31).

Circoncision (masculine) : la circoncision est l'excision chirurgicale du prépuce, réalisée principalement pour des raisons religieuses, culturelles ou sanitaires pendant la petite enfance. Il a été démontré que les hommes circoncis présentaient moins de risques de contracter le VIH (page 26).

Contraception d'urgence (CU) : également connue sous le nom de « pilule du lendemain », la CU est utilisée pour prévenir une grossesse après un rapport sexuel non protégé, comme par exemple lorsqu'une méthode de contraception échoue ou que les rapports sexuels ont lieu en l'absence de méthode contraceptive (page 16).

Double protection : l'utilisation de deux types de méthodes contraceptives simultanément : une méthode barrière comme le préservatif et une autre méthode moderne telle que la pilule ou un dispositif intra-utérin, pour se protéger à la fois contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH.

Éclampsie et pré-éclampsie : complications de la grossesse. La pré-éclampsie apparaît généralement au cours de la deuxième moitié de la grossesse et est marquée par une pression artérielle élevée, un gonflement des mains, des jambes et des pieds, et des taux de protéines élevés dans l'urine. Elle peut évoluer vers l'éclampsie, qui peut provoquer des convulsions et le coma, voire la mort.

Excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) : toute intervention impliquant l'excision ou l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes ou toute autre blessure infligée aux organes génitaux féminins. Cette pratique est également appelée *mutilation génitale féminine* (MGF) et *circoncision féminine* (page 41).

Faible poids de naissance : un poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes, qui augmente le risque de décès et d'invalidité chez l'enfant (page 45).

Fistule ou fistule obstétricale : une ouverture anormale entre deux cavités (vagin/vessie ou vagin/rectum) pouvant entraîner une incontinence—incapacité à retenir l'urine et/ou les selles. La fistule obstétricale est généralement provoquée par un accouchement prolongé lorsque le bébé ne peut pas passer par le canal de naissance (page 20).

Gonorrhée : une infection sexuellement transmissible qui, si elle n'est pas traitée, peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne chez la femme et l'infertilité chez les hommes et les femmes (page 31).

Grossesse extra-utérine : une condition mortelle dans laquelle la grossesse se forme à l'extérieur de l'utérus. La grossesse peut causer une hémorragie interne massive ou un avortement spontané et doit être chirurgicalement interrompue (page 31).

Hémorragie : saignements abondants, principale cause de décès maternels dans le monde (page 20).

Hypertension : hypertension artérielle telle que mesurée par une pression systolique supérieure à 140 avec une pression diastolique supérieure à 90 (page 15).

Infections sexuellement transmissibles (IST) : toute infection contractée principalement par contact sexuel ; également appelée maladie sexuellement transmissible (MST) (page 31).

Ligature des trompes : stérilisation féminine. Une procédure qui « lie les trompes » (trompes de Fallope) d'une femme, empêchant le transport d'un œuf vers l'utérus et bloque le passage des spermatozoïdes dans les trompes, où la fécondation se produit normalement (page 10).

Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) : une infection progressive qui nuit aux organes reproducteurs de la femme. Elle peut se produire dans toute la zone pelvienne, les trompes de Fallope, l'utérus, les tissus pelviens environnants et les ovaires. La MIP peut entraîner l'infécondité (stérilité), une grossesse extra-utérine, des douleurs chroniques et la mort (page 31).

Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) : méthode de planification familiale qui s'appuie sur l'allaitement maternel exclusif sans alimentation supplémentaire pour assurer une protection naturelle contre la grossesse jusqu'à six mois après l'accouchement (page 16).

Morbidité maternelle : maladie ou invalidité découlant de la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum (page 23).

Mortalité maternelle : le décès d'une femme pendant sa grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours (six semaines) suivant l'accouchement ou la fin de la grossesse. La cause du décès est toujours liée à ou

[continu...](#)

aggravée par la grossesse ou sa gestion ; elle ne comprend pas les causes accidentelles ou fortuites (page 19).

Mortinaissance : mort d'un fœtus avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de sa mère, lorsque le fœtus pèse au moins 500 grammes (ou lorsque le poids de naissance n'est pas disponible, après 22 semaines de gestation ou avec une taille du vertex au talon de 25 cm ou plus) (page 31).

Naissance accompagnée par du personnel soignant qualifié : se réfère exclusivement aux personnes qui ont la formation et les compétences nécessaires pour gérer avec efficacité les accouchements normaux et pour diagnostiquer, gérer ou orienter les complications de la grossesse et de l'accouchement, par exemple les médecins, les infirmières et les sages-femmes, à l'exception des accoucheuses traditionnelles (AT) (page 21).

Naissance vivante : naissance d'un enfant qui montre des signes de vie, tels que respiration ou battement de cœur, indépendamment de la durée de la grossesse (page 23).

Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) : un ensemble de huit objectifs mesurables convenus par les dirigeants mondiaux suite au Sommet du millénaire des Nations unies en 2000 pour lutter contre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination contre les femmes. L'OMD 5 par exemple, vise à réduire entre 1990 et 2015 de deux tiers la mortalité maternelle et rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015. Les progrès vers ces objectifs sont surveillés de près dans la plupart des pays et par l'ONU. www.mdg.org (page 3).

Période anténatale : période qui commence au début de la conception jusqu'au début du travail, soit approximativement 40 semaines (page 21).

Période du post-partum : s'étend de l'accouchement jusqu'au 42^e jour après l'accouchement. La « période du post-partum prolongé » désigne les 12 premiers mois suivant la naissance.

Période prénatale : la période entre la conception et la naissance ; appelée désormais plus communément appelée la période anténatale (page 21).

Ratio de mortalité maternelle : nombre de femmes qui meurent pendant la grossesse ou pendant les 42 premiers jours suivant l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes dans une année donnée pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse, mais

ni accidentelle ni fortuite. Le ratio reflète le risque de mourir d'une femme une fois qu'elle est enceinte (page 15).

Risque de décès maternel au cours d'une vie : la probabilité qu'une femme décède au cours de sa vie de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Il combine la probabilité de tomber enceinte avec le risque de décès à chaque grossesse tout au long des années de procréation d'une femme (page 19).

Soins après avortement : soins qui comprennent le traitement d'urgence d'un avortement incomplet et des complications potentiellement mortelles, ainsi que des services de planification familiale et de conseil après l'avortement (page 36).

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) : une maladie progressive généralement fatale qui réduit la capacité du corps à lutter contre certaines infections. La maladie est causée par une infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il n'existe pas de remède contre le sida, mais la thérapie antirétrovirale (TAR) peut maîtriser les symptômes et prolonger la vie, souvent pendant de nombreuses années (page 25).

Syphilis : infection sexuellement transmissible qui, si elle n'est pas traitée, peut endommager le système nerveux, le cœur ou le cerveau et finalement causer la mort. Chez la femme enceinte, l'infection augmente considérablement le risque de mortalité et de malformations congénitales (page 31).

Taux d'incidence : nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes à risque d'une pathologie observés pendant une période donnée (une année en général).

Taux de fécondité total : le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme en supposant que les taux actuels de fécondité par âge restent constants tout au long de ses années de procréation (page 7).

Taux de prévalence contraceptive : le pourcentage de femmes en âge de procréer (généralement âgées de 15 à 49 ans) qui utilisent actuellement une méthode contraceptive. Généralement indiqué pour les femmes qui sont mariées ou qui vivent en « concubinat », mais peut également être utilisé pour les femmes célibataires (page 13).

Taux de prévalence : le nombre de personnes atteintes d'une maladie particulière à un moment donné pour 1 000 personnes à risque.

Trichomonase : une infection sexuellement transmissible ; une des causes des pertes vaginales (page 31).

[continu...](#)

Vasectomie : stérilisation masculine. Une forme de contraception permanente dans lequel le canal déférent, le canal qui transporte le sperme, est définitivement bloqué soit par ligature, cautérisation ou insertion d'une substance pour bloquer le canal déférent (page 14).

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : virus qui s'attaque au système immunitaire de l'organisme, provoquant l'incapacité du corps à lutter contre les infections. Il peut provoquer le sida, qui est la dernière étape de l'infection à VIH. Parce qu'il n'existe pas de remède, le VIH est l'infection sexuellement transmissible la plus dangereuse (page 25).

Virus du papillome humain (VPH) : un groupe de virus apparentés, dont plus de 40 sont des infections sexuellement transmissibles. La plupart ne présentent aucun symptôme, mais le VPH génital peut causer plusieurs maladies différentes chez les femmes et les hommes, surtout des verrues génitales. Certains types de VPH peuvent causer des cancers du col de l'utérus, du vagin, du pénis, de la cavité buccale, de la tête et du cou ou du canal anal s'ils ne sont pas détectés et traités rapidement (page 31).

Sources

Arthur Haupt et Thomas Kane, *PRB's Population Handbook*, 5^e éd. (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004). www.prb.org

Reproductive Health Outlook. www.rho.org

White Ribbon Alliance. www.whiteribbonalliance.org

WebMD. www.webmd.com

SOURCES D'INFORMATION

Les sources suivantes sont des sources fondées sur des preuves et se réfèrent à des thèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et des thèmes connexes. Bon nombre d'entre elles ont été consultées dans la préparation de ce guide.

L'African Population and Health Research Center (APHRC) est une organisation non gouvernementale à but non lucratif qui mène des recherches pertinentes sur les questions de population, de santé et d'éducation en Afrique subsaharienne. Basé à Nairobi, l'APHRC encourage l'utilisation de la recherche dans la politique et la pratique, et renforce les capacités de recherche des universités et des institutions africaines. www.aphrc.org

Le Centre d'Études de la Famille Africaine (CEFA) (*Centre for African Family Studies, CAFS*) est une institution non gouvernementale africaine consacrée au renforcement des capacités des organisations et des individus travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction, de la population et du développement pour contribuer à améliorer la vie des familles vivant en Afrique subsaharienne. Avec un bureau principal à Nairobi et des bureaux régionaux à Addis-Abeba en Éthiopie ; à Abuja au Nigeria et à Lomé au Togo, le CEFA organise des cours et fournit des services de recherche et de conseil. www.cafs.org

Le Centers Disease Control and Prevention (CDC) est une agence gouvernementale américaine dont la mission est de promouvoir la santé et la qualité de vie par la prévention et le contrôle des maladies, des blessures et des invalidités. Le centre fonctionne à travers les États-Unis et dans le monde. Il est chargé d'assurer la veille sanitaire, l'étude des problèmes de santé, la recherche et la mise en œuvre des stratégies de prévention. www.cdc.gov

Le Centre des Droits Reproductifs (*Centre for Reproductive Rights*) est un organisme à but non lucratif basé aux États-Unis qui se fonde sur le droit pour promouvoir et défendre la liberté reproductive des femmes dans le monde. <http://reproductiverights.org>

Les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont une initiative mondiale de collecte de données financée par l'Agence américaine pour le développement

continu...

international (USAID), les gouvernements nationaux, les bailleurs de fonds et d'autres organisations. Ces enquêtes menées auprès de ménages représentatifs recueillent des données sur les tendances démographiques, la fécondité, la santé, la nutrition à des fins de planification des politiques et des programmes. www.measuredhs.com

Le Global Health Gateway est dirigé par la Kaiser Family Foundation. Cet organisme fournit aux journalistes et à d'autres publics les données et les informations les plus récentes sur le rôle des États-Unis en matière de santé mondiale, ainsi que sur le VIH, la tuberculose, le paludisme, la santé de l'enfant et d'autres thèmes. www.globalhealth.kff.org

Le Guttmacher Institute est une organisation à but non lucratif basée aux États-Unis. Ses travaux sont axés sur la recherche en matière de santé sexuelle et reproductive, l'analyse des politiques et l'éducation publique. www.guttmacher.org

L'International Consortium for Emergency Contraception regroupe de nombreuses organisations internationales travaillant dans le domaine de la planification familiale et a pour mission d'élargir l'accès à la contraception d'urgence dans le monde, en particulier dans les pays en développement. www.cecinfo.org

L'Ipas est une organisation internationale à but non lucratif qui travaille depuis trente ans pour améliorer les capacités des femmes à exercer leurs droits sexuels et reproductifs et réduire les décès et les blessures découlant des avortements réalisés dans des mauvaises conditions de sécurité. www.ipas.org

Le Population Council a un programme de santé de la reproduction qui se concentre sur l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive—en particulier auprès des populations défavorisées dans les pays en développement—à travers l'élaboration et l'introduction de technologies appropriées, d'une assistance aux décideurs politiques et d'innovations dans la prestation de service. L'organisation est basée à New York et dispose d'un personnel régional à travers le monde. www.popcouncil.org

Le Population Reference Bureau (PRB) a pour objectif de combler le fossé entre la recherche et la politique sur un large éventail de sujets, y compris la santé de la reproduction, le genre, les priorités sanitaires mondiales, la dynamique des populations, l'environnement et la jeunesse. Le site web du PRB fournit une mine d'informations relatives à la population, y compris

une banque des graphiques et des didacticiels sur les questions démographiques. www.prb.org

Le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) offre son appui aux gouvernements dans la formulation de politiques et de programmes visant à réduire la pauvreté, améliorer la santé de la reproduction, promouvoir l'autonomisation des filles et des femmes et œuvrer vers le développement durable. Le Fonds soutient également la collecte de données et l'analyse dans certains pays. www.unfpa.org

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une agence des Nations unies créée en 1948 dont la mission est d'aider les populations à atteindre le plus haut niveau possible de santé. L'OMS surveille la santé dans le monde, les épidémies et publie des statistiques sur les causes de décès et d'invalidité par pays et par région. www.who.int

L'ONUSIDA, le Programme des Nations unies sur le VIH/sida, a été créé pour aider les pays à élaborer des politiques et des programmes visant à prévenir de nouvelles infections à VIH, à apporter des soins aux personnes vivant avec le VIH et à atténuer l'impact de l'épidémie. L'ONUSIDA produit des rapports annuels et des rapports par pays sur la situation du VIH et du sida dans le monde. www.unaids.org

	NOMBRE TOTAL DE FEMMES DANS LE MONDE À LA MI-2011 (EN MILLIONS)	% DE FEMMES ÂGÉES DE 20-24 ANS ET MARIÉES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS	INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ, FEMMES (ISF)	% DE FEMMES MARIÉES AYANT RECOURS À LA CONTRACEPTION		% D'ACCOCHE- MENTS EN PRÉSENCE DE PERSONNEL QUALIFIÉ	NOMBRE DE DÉCÈS MATERNEL POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES EN 2008	RISQUE DE DÉCÈS LIÉ À LA MATERNITÉ 1 POUR :	% D'ADULTES ÂGÉS DE 15-49 ANS ATTEINTS DU VIH/SIDA EN 2009		PRÉVALENCE DE L'E/MGF ÂGÉS DE 15-49 ANS (%)
				Toute méthode	Méthode moderne				Femme	Homme	
Bénin	4,7	34	5,6	17	6	74	410	43	1,4	0,9	13
Burkina Faso	8,4	48	6,0	17	13	54	560	28	1,5	0,9	73
Côte d'Ivoire	10,9	35	4,9	13	8	57	470	44	4,1	2,8	36
Guinée	5,2	63	5,7	9	6	46	680	26	1,6	1,1	96
Mali	6,9	71	6,6	8	6	49	830	22	1,2	0,7	85
Mauritanie	1,7	35	4,5	9	8	61	550	41	0,5	1,0	72
Niger	8,2	75	7,4	11	5	33	820	16	0,8	0,8	2
Sénégal	6,7	39	4,9	12	10	52	410	46	1,0	0,7	28
Togo	3,5	24	4,8	17	11	62	350	67	3,8	2,5	6

UN GUIDE SUR LA SANTÉ
SEXUELLE et
REPRODUCTIVE en
AFRIQUE DE L'OUEST
FRANCOPHONE À L'ATTENTION
DES JOURNALISTES



2011

POPULATION REFERENCE BUREAU

www.prb.org