

LA GÉNÉRATION ACTUELLE

*et les politiques de santé sexuelle et
reproductive dans un monde jeune*



*Margaret E. Greene, Zohra Rasekh et Kali-Abset Amen
avec la collaboration de Nada Chaya et Jenifer Dye*

REMERCIEMENTS

Nous avons une profonde dette de gratitude à l'égard des nombreuses personnes qui ont bien voulu nous aider à examiner le présent document, de Carole Ashinkaze pour son aide éditoriale et de Beverly Johnston, pour son aide sur le plan de la documentation.

Tous nos remerciements à Barbara Huberman, Advocates for Youth; Maria Antonieta Alcalde, Balance; James Rosen, Consultant; Lydia Alpizar, ELIGE; Douglas Kirby, ETR Associates; Jill Sheffield, Family Care International; Lindsay Stewart, FOCUS on Young Adults; Christine Varga, The Futures Group International; Rosalia Rodriguez-García, George Washington University; Emmanuel Awevor, Ghana United Nations Students Association; Susan Pick, IMIFAP; Brian Greenberg, Innovative Resources Management; Rachel Stoler, JSI/PDY Mali; Sarah Brown, Andrea Kane, Isabel Sawhill, National

Campaign to Prevent Teen Pregnancy; Marilyn Keefe, National Family Planning and Reproductive Health Association; Jo Reinders, NISSO; Soraya Tremayne, Oxford University; Jessie Schutt-Ainé, Pan American Health Organization; Rachel Russell, Planned Parenthood Federation of America; KG Santhya, Population Council; Fred Sai, Special Adviser on HIV/AIDS, Republic of Ghana; Pat Donovan, The Alan Guttmacher Institute; Shanti Conly, Barbara Seligman, USAID; et à nos collègues de PAI, Sally Ethelston, Amy Coen, Akia Talbot, Bob Engelman, Susan Howells, Terri Bartlett, Nada Chaya, Craig Lasher, Mercedes Mas de Xaxás, Lisa Moreno, Denise Mortimer, Wendy Turnbull et Carol Wall.

Les avis de ces collaborateurs ont été essentiels mais les auteurs assument la pleine et entière responsabilité de toutes les carences que pourrait présenter le rapport final.

SUR POPULATION ACTION INTERNATIONAL

Population Action international (PAI) est un organisme indépendant de propagande de politique générale qui cherche à renforcer, dans le monde entier, la sensibilisation du public et le soutien politique et financier aux programmes de population reposant sur les droits de la personne. Fondé en 1965, PAI est un organisme privé, sans but lucratif, qui n'accepte aucun concours financier de l'Etat.

PAI a pour mission essentielle de faire progresser, notamment pour les filles et les femmes, l'accès universel au planning familial et aux services de santé connexes, ainsi qu'à l'éducation et aux débouchés économiques. La conjonction de ces stratégies offre la promesse d'une amélioration de l'existence des femmes et de leurs familles, tout en ralentissant la croissance démographique mondiale et en aidant à préserver l'environnement.



Population Action
INTERNATIONAL

1300 19th Street, NW, Second Floor
Washington, DC 20036 USA

Tel: (+1) 202-557-3400
Fax: (+1) 202-728-4177
www.populationaction.org

Adresser les demandes de publications à pubinq@popact.org

Il est possible de reproduire ce matériel à condition d'en indiquer la source.

ISBN: 1-889735-32-9

Library of Congress number: 2002105561

© Avril 2002 Population Action International

LA GÉNÉRATION ACTUELLE

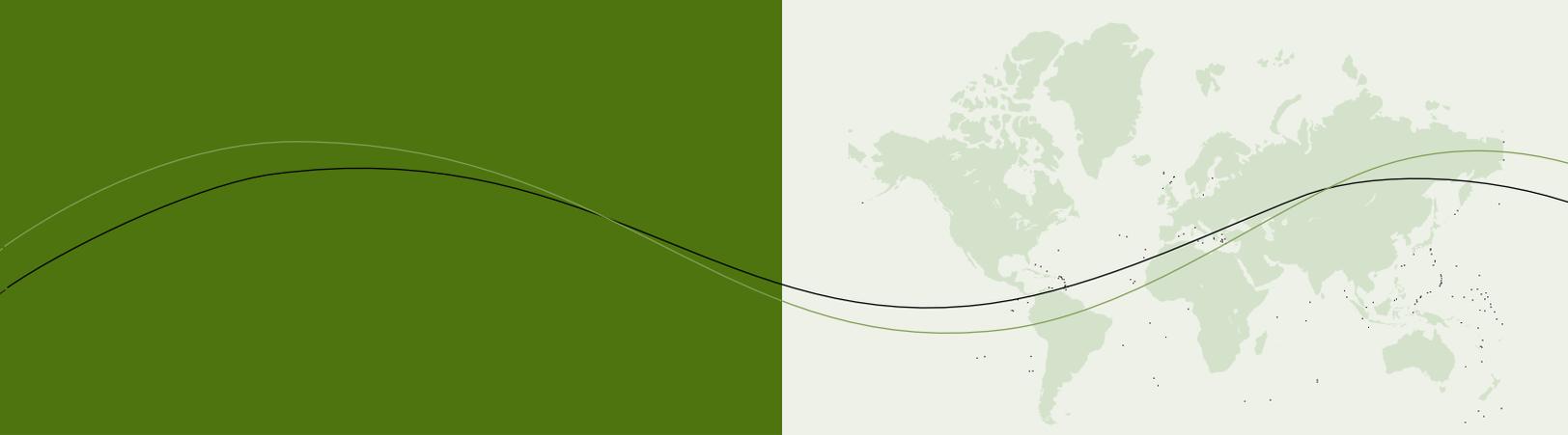
*et les politiques de santé sexuelle et
reproductive dans un monde jeune*



*Margaret E. Greene, Zohra Rasekh et Kali-Abset Amen
avec la collaboration de Nada Chaya et Jenifer Dye*

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1 V	L'optique des jeunes : la recherche du pouvoir <i>María Antonieta Alcalde Castro, Coordinatrice générale Balance, Promoción para el Desarrollo y Juventud</i>
CHAPITRE UN	1	La vie sexuelle et reproductive des jeunes : élément intrinsèque du développement
	2	Pourquoi devons-nous nous intéresser à la vie sexuelle et reproductive des jeunes?
	3	Les expériences sexuelles et reproductives des jeunes
THÈME SPÉCIAL	5	Violence sexuelle
ENCADRÉ 1	6	La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et la santé reproductive.
ENCADRÉ 2	8	La programme d'action de la CIPD et les jeunes
ENCADRÉ 3	9	La génération actuelle : récapitulatif des recommanda- tions de politique pour un monde jeunes
CHAPITRE DEUX	1 1	République du Ghana : mise en œuvre imminente d'une politique nationale de santé reproductive pour les jeunes
	1 1	Statistiques
FIGURE 1	1 2	Le SIDA au Ghana : nombre de cas enregistrés par âge et par sexe jusqu'en 1998
THÈME SPÉCIAL	1 5	Recul du SIDA en Ouganda
CHAPITRE TROIS	1 9	Inde : le malaise national vis-à-vis de la sexualité est un obstacle à la politique de santé reproductive
	1 9	Statistiques
ENCADRÉ 4	2 0	Evolution de la politique de population de l'Inde
ENCADRÉ 5	2 2	Exemples de régimes d'incitations et d'investissements concernant les filles et les jeunes femmes
THÈME SPÉCIAL	2 3	La Thaïlande augmente les possibilités d'éducation des filles
CHAPITRE QUATRE	2 9	République islamique d'Iran : une politique vigoureuse difficile à évaluer sur le terrain



	2 9	Statistiques
CHAPITRE CINQ	3 7	République du Mali : la pauvreté et la mauvaise santé ralentissent les progrès
	3 7	Statistiques
THÈME SPÉCIAL	3 9	Les excisions génitales sont interdites au Sénégal
CHAPITRE SIX	4 5	Mexique : les ONG font progresser le dialogue sur la santé reproductive des jeunes
	4 5	Statistiques
ENCADRÉ 6	4 8	Principaux réseaux mexicains s'occupant de santé reproductive
THÈME SPÉCIAL	5 1	Le Chili garde les filles enceintes à l'école
CHAPITRE SEPT	5 5	Pays-Bas : la santé publique prend le pas sur la politique
	5 5	Statistiques
CHAPITRE HUIT	6 3	Etats-Unis : l'inadéquation des programmes met les jeunes à la merci des médias
	6 3	Statistiques
ENCADRÉ 7	6 7	Grandes dates de la politique d'éducation sexuelle
CHAPITRE NEUF	7 3	Conclusions : besoins, chiffres et engagements nationaux
THÈME SPÉCIAL	7 5	Participation des parents : espoirs et réalités
PROMOTION	7 7	Liste récapitulative des mesures visant à promouvoir des politiques concernant la vie sexuelle et reproductive des jeunes
ANNEXE 1	7 8	Interviews et conversations
ANNEXE 2	8 0	Acronymes et définitions
ANNEXE 3	8 1	Notes

L'optique des jeunes :

LA RECHERCHE DU POUVOIR

Le présent rapport de Population Action International consacré aux politiques qui conditionnent la vie reproductive des jeunes peut être un élément utile dans la lutte pour les droits sexuels et reproductifs des jeunes. Il fournit les données indispensables permettant de comprendre les politiques actuelles qui touchent la santé reproductive des jeunes. Il met en relief les réussites et les erreurs, et montre comment les individus, les institutions et les décideurs qui veulent concrétiser les droits de jeunes doivent trouver des façons nouvelles de répondre à leurs besoins et à leurs situations.

Si l'on veut promouvoir la santé et les droits des jeunes en matière de sexualité et de reproduction, il est essentiel d'admettre que ceux-ci sont des individus qui ont des droits et jouent un rôle fondamental dans leur propre devenir. Il ne fait aucun doute qu'on continue à faire des jeunes des êtres humains incomplets—des enfants physiquement développés incapables de prendre intelligemment des décisions, qui ont besoin des adultes pour les *protéger* du monde dans lequel ils vivent au lieu de les y *préparer*. Tant qu'il en sera ainsi, nous ne serons en mesure ni d'avoir des politiques et des programmes raisonnables qui répondent à leurs besoins, ni de leur donner ce qui leur est nécessaire pour vivre la vie la plus saine et la plus heureuse possible.

Ce n'est pas chose facile. Il faut en effet poser des questions difficiles sur les rôles subordonnés que les jeunes jouent dans la société, modifier ce que nous pen-

On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.

Antoine de Saint-Exupéry

Le Petit Prince

sons collectivement d'eux—et passer de la notion traditionnelle qui fait des jeunes des êtres insignifiants et naïfs pour arriver à une représentation plus complexe et plus exacte des jeunes en tant qu'individus capables et autonomes.

Si nous voulons vraiment améliorer l'existence des jeunes, il nous faut incorporer une perspective de jeunesse dans nos travaux. Nous devons commencer à créer des espaces de participation plus démocratiques et plus accueillants dans lesquels les jeunes auront toute latitude de s'exprimer, d'apprendre et de travailler avec leur aînés et les uns avec les autres.

Dans beaucoup d'endroits, de par le monde, les jeunes s'organisent et parviennent à répondre à leurs propres besoins. Le moment est venu pour les jeunes de s'unir à leur aînés afin de se donner une vie meilleure et, partant, de construire un monde meilleur.

María Antonieta Alcalde Castro

Coordonnatrice générale

Balance, Promoción para el Desarrollo y Juventud

Balance est une organisation non gouvernementale mexicaine qui travaille avec les jeunes et ceux qui travaillent avec eux; elle promeut les droits des jeunes et l'égalité entre les sexes, et préconise l'incorporation d'une perspective des jeunes dans les programmes et les politiques.



LA VIE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES : ÉLÉMENT INTRINSÈQUE DU DÉVELOPPEMENT

Partout dans le monde, les adultes qui vivent dans une société en plein devenir se désolent du comportement des jeunes, mais sont souvent incapables de communiquer avec eux de façon efficace au sujet de leur vie sexuelle et reproductive. Les parents, les enseignants et les autres adultes sont généralement incapables de donner aux jeunes les informations, les compétences et les moyens dont ils ont besoin pour suivre sans défaillance la voie qui les mène à l'âge adulte. Les difficultés qu'éprouvent les parents à gérer leur propre sexualité, conjuguées aux traditions culturelles concernant le rôle des parents, la sexualité et la problématique hommes-femmes, limitent leur aptitude à préparer les jeunes. Le fait qu'on ne donne pas aux jeunes les informations, les compétences et le soutien critique dont ils ont besoin les amène à une existence pour laquelle ils sont insuffisamment préparés.

Les 1,7 milliard de jeunes de 10 à 24 ans qui vivent dans le monde mènent une existence sexuelle et reproductive qui a pour racines les valeurs et la situation socio-économique de leurs collectivités et de leur pays. Si on veut formuler des politiques précises, il faut savoir comment la population jeune varie en fonction de l'âge, du sexe, de la situation maritale et parentale, de l'éducation, du mode de vie, de l'emploi et des migrations¹. S'il est vrai qu'on peut légitimer les droits des jeunes aux ser-

Les parents, les enseignants et les autres adultes sont généralement incapables de donner aux jeunes les informations, les compétences et les moyens dont ils ont besoin pour suivre sans défaillance la voie qui les mène à l'âge adulte.

vices et le besoin qu'ils en ont en faisant de la fécondité des adolescents une question de santé, cette stratégie limite néanmoins les lignes de force des politiques à leur vie sexuelle et reproductive². Les politiques nationales doivent, en les admettant, tenir compte des liens qui existent, par exemple, entre les espérances de scolarisation fondées sur le genre et les décisions en matière de procréation, d'une part, et les perspectives d'emploi et la prise de risques sexuels, de l'autre.

Depuis la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD, voir encadré 1), on comprend mieux l'effet d'un «environnement favorable» sur la capacité des individus à prendre des décisions salutaires³. Les interventions de santé reproductive concernant les adultes consistent essentiellement à fournir des services; or, pour les jeunes plus que pour les adultes, ce sont des contraintes sociales qui interviennent dans leurs capacités d'accès aux services et à d'autres soutiens. Nous comprenons désormais que les politiques jouent un rôle important pour stimuler l'emploi de l'information et de services en éliminant les obstacles que la société, la législation et les programmes placent sur la voie de la santé reproductive des jeunes⁴.

Le présent rapport montre comment les politiques pratiquées au Ghana, en Inde, en Iran, au Mali, au Mexique, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis ont aidé la vie

sexuelle et reproductive des jeunes. Il s'intéresse en particulier aux politiques de jeunesse formulées de façon expresse au niveau national ou provincial, ou à celles qui font partie de la législation régissant, entre autres, l'accès à l'éducation, les services sociaux, le mariage, l'emploi et l'âge du consentement. Le rapport préconise que les pays répondent explicitement aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes, de préférence dans le contexte de politiques générales qui tiennent compte des liens entre les nombreux aspects de leur existence. Il s'adresse aux organisations non gouvernementales nationales et internationales et aux décideurs qui s'occupent du bien-être des jeunes.

POURQUOI DEVONS-NOUS NOUS INTÉRESSER À LA VIE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES?

En tant qu'êtres humains, les jeunes ont le droit de recevoir les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions salutaires concernant leur existence. Lors de la CIPD, 179 pays ont élaboré un accord international visant à protéger et soutenir la santé et les droits reproductifs. Le Programme d'Action de la CIPD demande aux dirigeants mondiaux d'accepter la centralité de la santé sexuelle et reproductive dans l'ensemble des questions de santé et de respecter le droit des jeunes à mener une vie reproductive saine. Les décisions sexuelles et reproductives retentissent sur le restant de notre existence. Pour faire des choix avisés il faut que les adultes reconnaissent que les jeunes ont le droit de recevoir des informations et des conseils et prennent leurs décisions en conséquence.

Les rôles et les responsabilités des parents vont parfois à l'encontre des droits des jeunes. Dans la plupart des pays, les filles «ont des rapports sexuels non protégés, dangereux, pas entièrement volontaires (et probablement déplaisants) et ont des enfants peu après leur mariage, à la demande de leurs familles»⁵. Les jeunes ont droit à l'intégrité physique et, lorsque la chose est possible, doivent participer aux décisions dont ils subiront les conséquences le restant de leurs jours. Bien que les droits et devoirs des parents soient très importants, l'Article 19

de la Déclaration universelle des droits de l'homme offre une base juridique internationale permettant aux jeunes d'affirmer ces droits fondamentaux sans aucune ingérence.

La santé est un important élément du développement de l'homme mais, en raison de tabous liés à la sexualité, la santé reproductive des jeunes est souvent méconnue ou considérée comme posant problème. Les jeunes de 15 à 24 ans ont les taux d'infections sexuellement transmises (IST) les plus élevés du monde et, dans les pays en développement, représentent plus des deux-tiers de tous les cas⁶. Mais, comme en général les jeunes ne reçoivent pas les informations explicites ou les moyens dont ils ont besoin pour faire face à leur sexualité et à leur santé reproductive, ils n'ont souvent aucune préparation aux relations sexuelles.

Les conséquences sociales et développementales des décisions concernant la sexualité et la reproduction sont souvent plus profondes que les conséquences sur la santé. Une grossesse non souhaitée peut bouleverser irrévocablement l'existence d'une jeune fille en l'empêchant de poursuivre ses études et sa formation. L'infection par le VIH contractée lors de rapports sexuels non protégés peut mettre un terme aux espoirs d'un avenir sain et productif d'un jeune. Les pays qui négligent la vie sexuelle et reproductive de leurs jeunes et ne les aident pas à rester en bonne santé, à l'école ou au travail, peuvent saper les investissements effectués dans d'autres secteurs du développement de la jeunesse.

Les gouvernements doivent se rendre compte qu'il y a aujourd'hui plus de jeunes que jamais. Il y a, dans le monde, près de 1,7 milliard de jeunes de 10 à 24 ans, et 1,2 milliard d'enfants de moins de 10 ans⁷. Cette génération—sans doute la plus nombreuse qui existera jamais—exige d'importants investissements publics et sociaux pour lui ouvrir la voie de la participation à la vie économique et sociale. La date de naissance et le nombre d'enfants issus de ces près de 3 milliards de jeunes de moins de 24 ans—la moitié de la population mondiale—auront aussi des conséquences durables sur la dynamique de la croissance démographique, garantissant un accroissement de la population mondiale, en chiffres absolus, alors même que le taux de fécondité recule dans la plupart des pays.

La plupart des jeunes, où qu'ils vivent, deviennent sexuellement actifs entre 10 et 20 ans.

Il faut prendre des mesures d'urgence pour répondre aux besoins de santé reproductive des jeunes, dont on a longtemps méconnu l'importance. Les médias, la culture de masse et la dynamique de la mondialisation et de l'urbanisation conditionnent la façon dont les jeunes se voient et envisagent les perspectives qui leur sont offertes—et modifient les conditions dans lesquelles se situent leurs activités sexuelles et reproductives. Les familles et les systèmes qui, dans le passé, formaient et protégeaient les jeunes ne sont plus en mesure aujourd'hui de les préparer aussi efficacement à jouer leurs rôles reproductifs.

LES EXPÉRIENCES SEXUELLES ET REPRODUCTIVES DES JEUNES

Les expériences sexuelles et reproductives des jeunes varient énormément d'une région à l'autre, en fonction de l'âge et du sexe; néanmoins, la plupart des jeunes, où qu'ils vivent, deviennent sexuellement actifs entre 10 et 20 ans⁸. Les données d'enquête dont on dispose ne font souvent aucune place aux très jeunes adolescents; elles portent sur des tranches d'âge trop larges qui n'expriment pas les changements très rapides qui interviennent chaque année chez les adolescents; et elles mettent l'accent sur la fécondité des jeunes femmes au détriment des autres aspects de leur existence⁹. Le fait que, dans certains pays, on s'attend à ce que les filles se marient et aient des enfants à un âge précoce peut les amener à ne pas attendre pour avoir des rapports sexuels; ailleurs, un mariage plus tardif est souvent précédé par des activités sexuelles pré-nuptiales. L'écart grandissant entre une puberté plus précoce et un mariage plus tardif a allongé la période pendant laquelle la plupart des jeunes filles doivent éviter la grossesse pré-nuptiale¹⁰. Bien que les garçons aient tendance à se marier plus tard, ils sont souvent au moins aussi sexuellement actifs que les filles durant leur adolescence.

Dans le monde entier, la plupart des enfants d'adolescentes naissent au sein du mariage. Si les expériences sexuelles et la procréation au sein du mariage sont entérinées par la société, les filles s'en trouvent exposées à des risques d'IST ou de VIH, par exemple, et à la grossesse et à l'avortement¹¹. Une procréation précoce

a des conséquences qui se font sentir durant toute l'existence de la femme, et aussi, dans de nombreux cas, de l'homme, que l'enfant soit le bienvenu ou soit considéré comme une charge pour les jeunes parents¹².

Les jeunes parents, et notamment les filles, sont souvent contraints d'abandonner leurs études, ce qui cause des problèmes sociaux et économiques qui compromettent leur bien-être et celui de leurs enfants. Au fur et à mesure qu'évolue l'économie mondiale, l'accroissement du nombre d'emplois salariés exigeant une éducation structurée élimine des occupations traditionnelles. Les jeunes parents dont l'éducation a été interrompue ont moins de possibilités de gagner de l'argent pour nourrir leur famille¹³. La scolarisation exerce un effet profond et positif en retardant le mariage et l'âge à la première naissance. Cependant, dans le monde entier, les élèves qui tombent enceintes doivent faire face aux pressions divergentes exercées par l'école et le foyer, qui conduisent souvent à de mauvais résultats scolaires, à l'expulsion, ou à des décisions d'abandonner l'école¹⁴. Ce n'est que récemment que les systèmes d'éducation ont commencé à réfléchir aux moyens de traiter les garçons qui sont devenus pères alors qu'ils étaient encore à l'école, ou d'aider les mères à conjuguer scolarité et maternage¹⁵.

Les normes sociales qui définissent les activités sexuelles et reproductives appropriées limitent souvent les informations, les conseils et les services auxquels les jeunes ont accès. Les parents, les enseignants, les responsables communautaires et les dirigeants religieux sont souvent des «portiers» qui régulent la transmission des informations qui peuvent changer de manière permanente l'existence d'une jeune personne. En établissant des rapports ouverts et positifs avec les jeunes, ces «portiers» peuvent jouer un rôle fondamental et les protéger contre des activités sexuelles prématurées et des grossesses pré-nuptiales. Cependant, il arrive trop souvent que les jeunes n'ont personne à qui s'adresser. Souvent, les prestataires de soins de santé reproductive ne montrent guère de respect pour les jeunes et les céli-

Les normes et politiques sociales ont des répercussions pénibles pour nombre de filles qui deviennent sexuellement actives.

bataires. Dans de nombreux pays, les pressions exercées pour avoir des enfants au début du mariage empêchent les jeunes femmes de s'adresser à des services de santé reproductive qui font place à la contraception. Quand les activités sexuelles pré-nuptiales sont monnaie courante et critiquées, les adultes s'abstiennent souvent de donner des informations, persuadés à tort que s'ils le faisaient, cela pourrait amener les jeunes à avoir des rapports sexuels¹⁶. Les restrictions imposées par la communauté et par les prestataires de services sur la fourniture d'informations et de services de santé exposent les jeunes à toute une série de risques sanitaires évitables, tels que les IST qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent conduire à une morbidité chronique, à la stérilité, voire à la mort.

Pour des raisons à la fois biologiques et sociales, les filles sont plus vulnérables aux maladies reproductives que les garçons et, souvent, n'ont guère voix au chapitre sur les conditions des rapports sexuels et de la procréation. Les grossesses très précoces ou fréquentes et l'exposition aux IST représentent une lourde charge pour des jeunes femmes dont le développement corporel n'est pas terminé et elles peuvent nuire à leur santé et leur faire courir plus de risques de santé maternelle. Les grossesses précoces compromettent aussi leurs possibilités poursuivre leur scolarité ou une formation et, quand elles ont lieu en dehors du mariage, elles obligent les jeunes femmes à décider si elles veulent se faire avorter ou à trouver le moyen d'élever toutes seules leurs enfants. Pour de nombreuses filles et jeunes femmes, les premières relations sexuelles ont lieu sous contrainte. Entre un et deux-tiers des victimes de violences sexuelles ont quinze ans ou moins, selon des informations émanant du Chili, du Pérou, de la Malaisie, du Mexique, du Panama, de la Papouasie Nouvelle-Guinée et des États-Unis¹⁷. L'intimidation, le mariage forcé, la traite des filles et des femmes pour les asservir aux désirs sexuels des hommes, sont autant d'atteintes à l'autonomie et à la santé sexuelles et reproductives des femmes, et notamment des jeunes.

Les garçons sont exposés à d'autres risques par des idées qui définissent ce que doit être un homme. Tout comme certaines interprétations traditionnelles de la féminité mettent l'accent sur l'ignorance, l'innocence et la virginité des femmes, certaines notions de la masculinité encouragent les conquêtes sexuelles, les partenaires

multiples et l'expérimentation sexuelle¹⁸. Les jeunes hommes doivent être incités à examiner les risques sanitaires auxquels ils peuvent s'exposer et, partant, exposer leurs partenaires. Des programmes récents encouragent les jeunes hommes à faire preuve de respect et d'amitié envers les filles et les femmes, tout en tenant compte de leurs préoccupations concernant la santé reproductive.

De façon générale, les collectivités rendent les jeunes femmes—mais non les jeunes hommes—responsables des conséquences de rapports sexuels non protégés. La plupart du temps, les adultes se préoccupent beaucoup de la vie sexuelle des filles et ils leur imposent des restrictions dès leur puberté¹⁹. Les filles sont les gardiennes de l'honneur familial, ont des responsabilités de parents célibataires et subissent d'autres lourdes charges. Les normes et politiques sociales ont des répercussions pénibles pour nombre de filles qui deviennent sexuellement actives.

Comme une grossesse pré-nuptiale non souhaitée peut avoir des conséquences désastreuses pour les perspectives d'éducation et autres des jeunes femmes, celle-ci sont particulièrement susceptibles de chercher à se faire avorter. Les avortements d'adolescentes représentent environ 10 % du total mais, par rapport au nombre de grossesses, les adolescentes ont plus d'avortements que les femmes plus âgées²⁰. Or, il peut être difficile d'obtenir un avortement sans danger, même dans les pays où l'avortement est licite²¹. Beaucoup de pays, dont Cuba, la France, les États-Unis et la Turquie, exigent le consentement des parents ou des conjoints dans certains cas, en fonction de l'âge de la jeune femme; dans d'autres pays, les prestataires peuvent réprimander les jeunes femmes ou leur refuser leurs services. Dans les deux cas, cela amène des retards dans l'obtention des services, ce qui augmente les risques de complications²². Les jeunes femmes peuvent aussi attendre pour chercher à se faire avorter parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer, ne savent pas où obtenir les services—licites ou autres—ou refusent de se croire enceintes²³. Le coût de la procédure

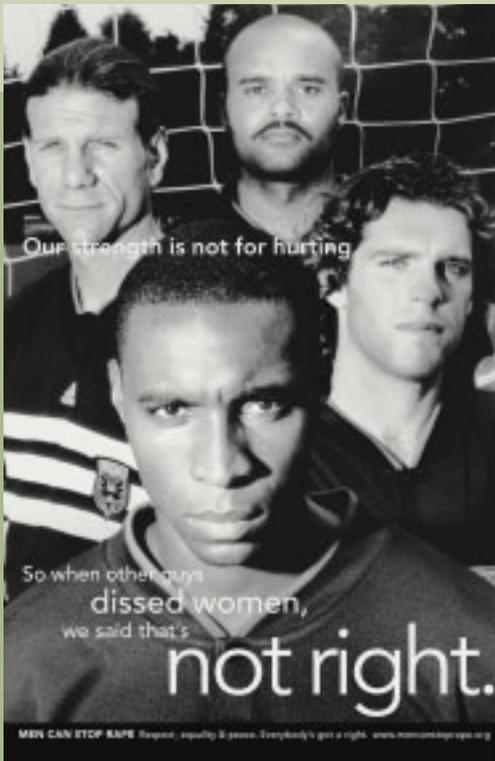


Photo par Jim Varriale. ©2001 Men Can Stop Rape, Inc.

THÈME SPÉCIAL

Violence sexuelle

Quelles que soient les cultures et les sociétés, dans tous les milieux socio-économiques, les jeunes sont en butte, d'une façon ou une autre, à la violence et à la contrainte sexuelles de la part d'adultes ou de pairs. La plupart des auteurs de violence sexuelle sont connus de la victime et sont des hommes; beaucoup d'entre eux sont des membres de la famille. Les sévices et la violence sexuels sont largement sous déclarés dans les divers pays du monde, mais doivent figurer dans toute politique nationale qui vise la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

Si la violence sexuelle touche les deux sexes, des estimations mondiales semblent indiquer que les filles en sont victimes trois fois plus souvent que les garçons, ce qui montre bien la position sociale de subordination dans laquelle se trouvent les femmes et les filles. Souvent, les attitudes culturelles à l'égard de la sexualité de l'homme et de la femme, qui prônent les prouesses sexuelles des hommes et la chasteté des femmes—conduisent les garçons à prendre l'initiative des rapports sexuels et laissent les filles mal préparées à prendre des décisions informées. La tendance qui consiste à investir davantage dans la scolarisation et les perspectives d'emploi des garçons plutôt que dans celles des filles peut contribuer à la prostitution enfantine des filles. Les mariages sanctionnés par la société entre filles jeunes et hommes beaucoup plus âgés créent aussi des conditions de rapports sexuels contraints ou non souhaités, et sont particulièrement traumatiques quand les filles ne savent pas ce qui les attend.

Quand des jeunes filles ont des rapports sexuels pour lesquels leur développement ne les a pas préparées et auxquels elles ne peuvent donner un consentement informé, il s'ensuit des conséquences à long terme pour leur bien-être social et psychologique et pour leur santé reproductive. Le sentiment d'impuissance qu'elles éprouvent alors réduit les moyens dont elles disposent pour se protéger contre de nouveaux sévices et contre de nouveaux risques sexuels—ce qui accroît leurs risques de grossesse non souhaitée, d'infection par le VIH/SIDA, de troubles gynécologiques, de dysfonctionnement sexuel et de dépression.

Aussi bien la Convention de l'ONU sur les droits de l'enfant que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes prévoient des programmes nationaux d'interventions visant à mettre un terme à la violence sexuelle contre les jeunes. La Convention confirme les droits reproductifs des femmes et prend pour cible les rapports entre les sexes et dans les familles qui contribuent à la violence sexuelle. Il est important que les pays jouent le rôle qui leur incombe pour reprendre ces valeurs dans leurs plans, programmes et lois nationaux, inculquent l'intolérance à l'égard des sévices sexuels et soutiennent la santé sexuelle et reproductive et le bien-être des jeunes.

Source :

Heise, L.M. Ellsberg et M. Gottemoeller, 1999, *Mettre fin à la violence contre les femmes*, Population Reports: Questions de santé mondiale, XXVII(4), Série L, Numéro 11. Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University of Public Health.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et la santé reproductive

En 1994, les représentants de 179 pays ont participé au Caire à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) pour définir un engagement international visant à améliorer la santé reproductive et à protéger les droits de procréation. La définition ci-après de la santé reproductive est l'élément central de la priorité donnée par le Programme d'action à la satisfaction des besoins individuels en matière de santé reproductive :

«Par santé reproductive, on entend le 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 donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, quelle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leurs choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé reproductive l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.» (paragraphe 7.2).

médicale et d'autres frais prohibitifs conduisent parfois les jeunes femmes à s'auto-avorter ou à s'adresser à des praticiens illicites ou incompetents²⁴. Une étude des hospitalisations pour avortement dans les pays en développement a montré que les adolescentes représentaient plus de la moitié de toutes les admissions pour complications d'un avortement²⁵.

*Il y a dans le monde, et notamment en Afrique subsaharienne et dans le Moyen-Orient, beaucoup de jeunes femmes qui souffrent des conséquences sanitaires et psychologiques à court et à long terme des excisions génitales féminines (EGF), interventions qui sont souvent pratiquées juste avant l'adolescence*²⁶.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) estime qu'il y a aujourd'hui entre 85 et 115 millions de femmes qui ont subi des excisions génitales, chiffre qu'il faut majorer chaque année de 2 millions de nouveaux cas²⁷. Exécutée en général sans le consentement de la fille, l'excision a des conséquences qui se font sentir le reste de l'existence, dont des rapports sexuels douloureux, des perforations (fistules) de l'urètre, du vagin ou du rectum, des infections et des IST, VIH/SIDA compris, des accouchements prolongés, des taux plus élevés de césarienne, et des risques plus grands de mortalité maternelle en raison de déchirures et d'hémorragies²⁸.

*Il y a, dans le monde entier, plus de 10 millions de jeunes de 15 à 24 ans qui sont atteints de VIH ou de SIDA*²⁹. Comme les victimes de près de la moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH et d'au moins un tiers de toutes les nouvelles infections sexuellement transmises ont moins de 25 ans, les efforts déployés pour protéger et informer les jeunes doivent être à une énorme échelle³⁰. L'immaturité du système reproductif des jeunes les rend plus vulnérables que les adultes aux IST³¹. Les taux d'infection plus élevés des adolescentes sont parfois le résultat de rapports sexuels—qui comportent souvent une rémunération financière ou le transfert d'autres ressources—avec des hommes plus âgés qui risquent davantage d'avoir été exposés au virus³². Les jeunes s'estiment facilement à l'abri du risque, même dans des pays où le VIH est répandu, et le caractère improvisé ou caché de leurs nombreux rapports sexuels, leur rend difficile de se protéger quand ils se savent en danger³³.

Etant donné tout ce qu'on sait de la vie sexuelle et reproductive des jeunes, qu'ont fait les différents pays pour les aider?

LENTEUR DES PROGRÈS RÉALISÉS PAR LES PAYS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS CONVENUS AU PLAN INTERNATIONAL

Bien que la CIPD ait reconnu l'importance de la santé et des droits sexuels et reproductifs des jeunes, peu de pays, parmi les 179 qui ont souscrit au Programme d'Action, ont traduit leur engagement en politiques nationales de santé reproductive des jeunes. Le Programme d'Action de la CIPD présente un cadre des droits reproductifs de toute

la population, jeunes compris, consacre une section aux besoins particuliers de ces derniers, et préconise la participation des adolescents à la planification et à la mise en œuvre des informations, des services et autres mesures de soutien. La CIPD demande également qu'on forme des adultes qui pourraient éventuellement offrir des conseils aux jeunes, et notamment qu'on «mette les parents à même de s'acquitter du devoir qui leur incombe de favoriser le processus de maturation de leurs enfants, notamment dans le domaine du comportement sexuel ainsi que de la santé procréatrice»³⁴.

Le Programme d'Action de la CIPD contient des promesses précises concernant le financement de l'ensemble des activités de santé reproductive. Cinq ans après, les représentants se sont retrouvés pour examiner les progrès réalisés. Le Forum de La Haye en 1999 (qui faisait partie du processus d'examen de la CIPD) a renforcé le Programme d'Action de la CIPD en mettant un accent supplémentaire sur la scolarisation et sur la participation des jeunes. Néanmoins, les participants ont laissé passer la possibilité de définir des objectifs de financement pour les activités de santé sexuelle et reproductives des jeunes. Beaucoup de pays argueront que les informations et les services qu'ils offrent à leurs ressortissants couvrent également les jeunes et qu'ils n'ont donc pas besoin d'une rubrique spéciale. Mais le sentiment de gêne ressenti par les adultes à l'égard des activités sexuelles des jeunes, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, s'est plus souvent traduit par un manque de volonté politique.

La plupart des jeunes affirment avoir très peu accès aux conseils concernant leur vie sexuelle et reproductive—or, on leur demande rarement de quoi ils ont besoin et ce qu'ils veulent, et ils sont par ailleurs souvent incapables de plaider leur propre cause. Ils restent étrangers aux processus politiques en raison des restrictions concernant l'âge du vote et des normes qui leur assigne un rang subordonné en tant qu'acteurs politiques. La participation des jeunes est entravée par l'idée que ce sont des êtres inachevés, qu'il faut protéger, même de l'information. Les adultes doivent faire directement participer les jeunes à l'élaboration des politiques et programmes; cette participation encouragerait aussi les jeunes à prendre des décisions pour leur propre compte et pour leurs sociétés³⁵. La Convention des Nations Unies

des droits de l'enfant définit ce droit de participation.

Le corps du présent rapport explique ce que le Ghana, l'Inde, l'Iran, le Mali, le Mexique, les Pays-Bas et les Etats-Unis ont fait pour répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes. Chaque étude de pays comporte une description de l'environnement politique de ce pays au plan de la santé sexuelle et reproductive des jeunes, et expose les facteurs qui ont conduit les décideurs à s'occuper de la santé reproductive des jeunes. Une description des politiques qui touchent directement la santé reproductive des jeunes examine la coordination entre les secteurs et les niveaux du gouvernement. Chaque étude de cas analyse également la façon dont les politiques ont été mises en œuvre, précise les lignes de force de leur programme, indique les principaux obstacles et explicite les facteurs qui ont permis l'élaboration et l'approbation des politiques. On trouvera à la fin du rapport une liste complète des stratégies utilisées (*l'encadré 3 en donne un récapitulatif*). Le rapport se termine par une liste dont les organisations non gouvernementales et les décideurs peuvent se servir pour préconiser un soutien accru de la vie sexuelle et reproductive des jeunes.

Le Programme d'action de la CIPD et les jeunes

Répondre aux besoins des adolescents

«... résoudre les problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents, notamment les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, les maladies sexuellement transmissibles, dont la contamination par le VIH et le sida, en encourageant un comportement procréateur et sexuel responsable et sain, y compris l'abstinence, et en fournissant des services et une orientation particulièrement adaptés à ce groupe d'âge....» (paragraphe 7.44)

Promouvoir les droits des adolescents

«Avec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé reproductive et faire en sorte que le nombre de grossesses d'adolescentes diminue considérablement.» (paragraphe 7.46)

Répondre de façon appropriée aux besoins des adolescents

«Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, sont invités à reconnaître que les adolescents ont des besoins particuliers et à mettre en œuvre les programmes qui permettront de répondre à ces besoins. Ces programmes devraient comprendre des mécanismes d'appui à l'éducation et à l'orientation des adolescents dans des domaines tels que les relations entre hommes et femmes, la planification responsable de la famille, la vie familiale, la santé reproductive, les maladies sexuellement transmissibles, la contamination par le VIH et la prévention du sida. Les adolescents devraient bénéficier de programmes pour la prévention et le traitement des sévices sexuels et de l'inceste ainsi que d'autres services de santé reproductive. De tels programmes devraient fournir aux adolescents les informations dont ils ont besoin et viser délibérément à renforcer des valeurs culturelles et sociales positives. Les adolescents qui ont une activité sexuelle auront besoin d'information, d'une orientation et de services spécifiques dans le domaine de la planification familiale, et les adolescentes qui se retrouvent enceintes auront besoin d'un appui particulier de leur famille et de la collectivité au cours de leur grossesse et de la petite enfance de leur bébé. Les adolescents doivent être pleinement associés à la planification, à la fourniture et à l'évaluation de ces informations et de ces services, compte dûment tenu des orientations et des responsabilités parentales.» (paragraphe 7.47)

Donner une formation aux parents

«Les programmes devraient faire participer et former tous ceux qui sont susceptibles d'orienter les adolescents sur la voie d'un comportement sexuel et procréateur responsable, notamment les parents et les familles, ainsi que les collectivités, les établissements religieux, les établissements d'enseignement, les médias et les pairs. Les gouvernements et les organisations non gouvernementales devraient promouvoir des programmes d'éducation des parents, visant à améliorer les relations entre parents et enfants de façon que les parents soient mieux à même de s'acquitter du devoir qui leur incombe de favoriser le processus de maturation de leurs enfants, notamment dans le domaine du comportement sexuel et de la santé reproductive.» (paragraphe 7.48)

La génération actuelle : récapitulatif des recommandations de politique pour un monde de jeunes

Nécessité d'un leadership en matière de politique et de santé publique

Au niveau le plus élevé du gouvernement, les fonctionnaires doivent jouer un rôle d'animation qui reconnaisse que la santé sexuelle et reproductive des jeunes occupe une place centrale dans l'ensemble de leur santé et de leur développement.

Pour formuler une politique de la jeunesse, les décideurs doivent commencer par définir les principes fondamentaux de santé publique et de développement social qui forment la base de notre vie sexuelle et reproductive.

Les promoteurs doivent choisir des lois ou réglementations spécifiques qui exercent une influence et peuvent concerner l'éducation sexuelle, les services cliniques, les politiques d'expulsion scolaire ou les possibilités de gagne-pain.

La réduction de nombre de mariages précoces devrait constituer la base des interventions.

Faire participer les jeunes, leurs parents et d'autres adultes et institutions de leurs communautés

Les promoteurs publics et non gouvernementaux doivent soutenir les jeunes lorsqu'ils interviennent en leur nom.

Le gouvernement doit faire appel aux ONG pour qu'elles apportent un soutien critique aux initiatives de jeunesse et de santé, et les élargissent.

Les efforts de lobbying et les programmes doivent faire intervenir les parents, d'autres adultes et les collectivités, y compris les établissements religieux.

Ne pas songer uniquement à la sexualité, mais à tous les autres facteurs qui exercent une influence sur la vie sexuelle et reproductive des jeunes

Les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive doivent aller au-delà du planning familial et impartir des compétences et des informations qui aident les jeunes à avoir des rapports sains, à planifier leur existence, à poursuivre leur scolarité et leur formation—tous aspects généraux de la vie reproductive des jeunes.

Les politiques et les programmes doivent chercher à réduire les inégalités entre les sexes qui exposent les jeunes à des risques sexuels et reproductifs.

La coordination d'une politique nationale globale de la jeunesse ou de la santé reproductive en général exige que le gouvernement ait une institution disposant des moyens et de l'autorité lui permettant d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes couvrant divers secteurs, y compris la santé, l'éducation et la population active.

Les objectifs nationaux en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes doivent inclure des engagements financiers.



Barbara Hortbeck



Margaret E. Greene



Margaret E. Greene

2

République du Ghana :

MISE EN ŒUVRE IMMINENTE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ REPRODUCTIVE POUR LES JEUNES

Le Ghana a souvent été le premier pays d'Afrique sub-saharienne à s'engager à modifier progressivement sa politique; c'est ainsi que, au début des années 1990, il a pris des dispositions pour mettre sur pied une politique vigoureuse de santé reproductive des adolescents. Plusieurs ministères ont collaboré avec des organisations nationales et des représentants de donateurs internationaux pour élaborer cette politique en 1996, mais elle n'a pas encore été entièrement appliquée. Il en va de même du projet de lutte contre le SIDA. Le grand défi, pour le Ghana, est de concrétiser les politiques visionnaires que les diverses parties prenantes ont avalisées et couchées sur papier.

CADRE POLITIQUE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

En 1969, le gouvernement du Ghana a mis en œuvre une politique de population centrée entièrement sur le planning familial. Cette politique n'a pas été une réussite et, en 1992, Jerry John Rawlings, qui était alors Président, a créé le Conseil national de la population, chargé d'examiner cette politique et de l'aménager. La nouvelle politique de la population traite d'une vaste gamme de questions intéressant la jeunesse, dont la grossesse précoce, le



Population en 2000 (en milliers)	19.306
Population âgée de 0 à 24 ans (% du total)	62 %
Population âgée de 10 à 24 ans (% du total)	34 %
Taux de croissance de la population (% annuel)	2,2 %
PNB par personne (PPP US\$, 1999) *	\$1.793
Naissances moyennes par femme 15-49 ans (TFT)	4,55
Pourcentage du total de naissances pour femmes 15-19 ans	15 %
Pourcentage du total de naissances pour femmes 20-24 ans	27 %
Pourcentage de non-célibataires 15-19 ans (H/F)	13,2 % / 48,9 %
Femmes mariées de 15-19 ans pratiquant la contraception (%)	19,2 %
Prévalence du VIH chez femmes de 15-24 ans	2,4 - 4,4 %
Prévalence du VIH chez hommes de 15-24 ans	0,8 - 2,0 %
Ans de scolarité obligatoire	9
Pourcentage jeunes alphabètes de 15 à 24 ans (H/F)	93 % / 86 %
Taux brut de scolarisation primaire (H/F)	84 / 74
Taux brut de scolarisation secondaire (H/F)	44 / 28

Notes :

* Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

** Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

Sources :

Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU. Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : Lutte contre la pauvreté*. Washington, DC : Banque mondiale.

Ghana Statistical Service (GSS), Macro International, Inc. (MI). 1999. *Ghana Demographic and Health Survey 1998*. Calverton, MD: MI.

ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA : juin 2000*. Genève : ONUSIDA.

UNESCO. 1995. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 1999. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

Nations Unies. 1997. *Report on the World Social Situation*. New York : ONU.

mariage et les inégalités entre les sexes³⁶. L'élément le plus remarquable du document est sans doute la définition du cadre institutionnel dans lequel doit se situer la politique. Cette section présente l'organigramme des ministères participants et des comités de coordination, dont elle définit la composition.

La politique nationale des services de santé reproductive du Ghana, mise au point après la CIPD de 1994, prescrit un ensemble de soins de santé reproductive, y compris des consultations et une éducation sexuelle, à l'intention de tous les Ghanéens, quel que soit leur âge. Elle prévoit aussi des mesures concrètes pour empêcher les excisions génitales féminines, et brosse les grandes lignes de dispositions concernant la santé reproductive des adolescents³⁷. Une politique nationale de la jeunesse, élaborée en 1996 et coordonnée par les Ministères de la jeunesse et des sports et de l'éducation, contient égale-

Le rapport du gouvernement sur le SIDA dit que les enfants âgés de 5 à 14 ans offrent au Ghana une «leur d'espoir»; pour eux, l'éducation sexuelle et sanitaire peut vraiment faire une différence.

ment des dispositions concernant la santé reproductive. Un Troisième Programme national (1996-2000) lance un programme de planification de la population et d'éducation pour la vie familiale à l'intention des adolescents, scolarisés ou non³⁸. On voit donc que les problèmes de l'adolescence font l'objet de dispositions recoupant plusieurs secteurs au-delà de la santé et comprenant, entre autres, des mesures de formation professionnelle, d'alphabétisation et de développement agricole.

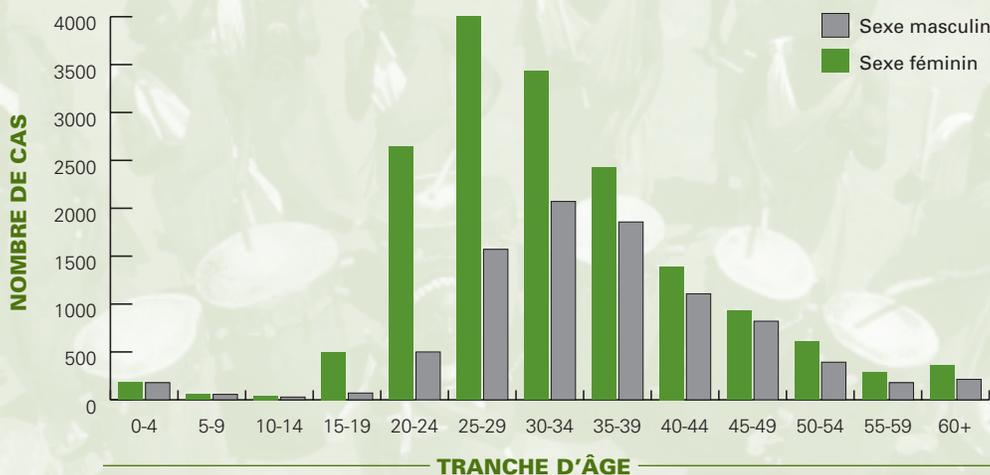
Cependant, la désapprobation dont font l'objet les activités sexuelles des jeunes pose un important problème au plan des efforts déployés en faveur de leur santé reproductive. Le Ghana est une société multiethnique dont d'importants segments sont chrétiens, musulmans et animistes³⁹. Si l'absence relative de tensions entre les groupes religieux empêche cette diversité de devenir un important facteur politique du débat national sur la santé

reproductive, il n'en reste que les adultes des diverses obédiences religieuses ont tendance à juger assez durement les activités sexuelles des jeunes, ce qui compromet l'ouverture du dialogue sur la politique.

QUELLES RÉALITÉS ONT APPELÉ L'ATTENTION DU PAYS SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Au Ghana, c'est la typologie du VIH/SIDA et les niveaux élevés des grossesses d'adolescentes et des complications de l'avortement qui ont attiré l'attention du pays sur la santé reproductive des jeunes. Selon les estimations actuelles, 500 000 Ghanéens sont atteints du virus du SIDA, et plus de la moitié d'entre eux ont entre 10 et 29 ans⁴⁰. Les données de la Figure 1 ci-après ont conduit depuis quelques années un grand nombre de décideurs ghanéens à prêter attention à la santé reproductive des jeunes. Les taux élevés d'infection parmi les jeunes d'une vingtaine d'années semblent indiquer qu'ils ont contracté le VIH à l'occasion de contacts sexuels précoces, durant l'adolescence ou peu après. L'énorme différence entre le nombre de femmes et d'hommes atteints du SIDA prouve

FIGURE 1 Le SIDA au Ghana : nombre de cas enregistrés par âge et par sexe jusqu'en 1998



Source : Ghana Ministry of Health National AIDS/STD Control Programme, 1999. *HIV/AIDS in Ghana*.



Zohra Rasekh

que les filles ont des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, qui ont déjà vécu et risquent davantage d'être séropositifs, et que les femmes risquent plus d'attraper le virus durant leur exposition. Le rapport du gouvernement sur le SIDA dit que les enfants âgés de 5 à 14 ans offrent au Ghana une «lueur d'espoir»; pour eux, l'éducation sexuelle et sanitaire peut vraiment faire une différence⁴¹.

Les grossesses d'adolescentes et les complications des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, qui sont une des principales causes de décès maternels parmi les jeunes du Ghana, suscitent également de grands soucis⁴². A 20 ans, plus de 85 % des jeunes femmes sont sexuellement actives et 30 % de toutes les naissances sont le fait de jeunes de 15 à 24 ans⁴³. Or, les jeunes n'ont qu'un accès limité aux informations et aux conseils de santé reproductive, surtout s'ils sont célibataires, en raison de la désapprobation des parents et des prestataires de services et des restrictions concernant l'âge légal. Les adolescentes ont plus recours à l'avortement que les femmes plus âgées et risquent davantage de s'adresser à des praticiennes qui travaillent dans l'illégalité. Souvent, le personnel hospitalier, la police et les femmes elles-mêmes ne connaissent pas les lois qui régissent l'accès à un avortement sans danger, et les filles et les femmes sont parfois remises entre les mains de la police lorsqu'elles demandent des services auxquels la loi leur donne droit⁴⁴.

A 20 ans, plus de 85 % des jeunes femmes sont sexuellement actives et 30 % de toutes les naissances sont le fait de jeunes de 15 à 24 ans.

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Il existe depuis 1996 un projet bien conçu de politique de santé reproductive des adolescents⁴⁵. Son approbation ne devrait être qu'une formalité puisque la plupart des parties prenantes en ont déjà convenu⁴⁶. La politique de santé reproductive des adolescents est dans la droite ligne du Programme d'Action de la CIPD et se réfère explicitement aux droits des jeunes aux informations et aux services, ainsi qu'à leur participation à l'élaboration des projets, et elle contient des directives à l'intention des organismes publics et non gouvernementaux qui exécutent des programmes transversaux assortis d'objectifs précis concernant le bien-être des jeunes : réductions du pourcentage de mariages précoces, de la procréation et des abandons scolaires, et intensification de l'éducation sexuelle, des programmes périscolaires, des services accueillants pour les jeunes et de la scolarisation des filles⁴⁷. Elle vise également les institutions, ainsi que les parents, les gardiens, les enseignants, les leaders religieux, les prestataires de services et les décideurs qui exercent une influence sur la façon dont on élève les jeunes.

Les Ministères de la santé, de l'éducation et de la jeunesse et des sports et d'autres, sous la direction du Conseil national de la population ont participé à l'élaboration de cette politique avec la participation du Conseil national de la jeunesse, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de chercheurs, et avec une assistance technique du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). C'est le Ministère de la santé qui animera l'exécution du programme.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS QUI ONT RENDU POSSIBLE L'ÉLABORATION DE CETTE POLITIQUE?

Plusieurs coalitions importantes ont joué un rôle dans l'élaboration de la politique de santé reproductive des

adolescents. Des organisations religieuses y ont également participé dès le début et le gouvernement a pris soin d'informer la population et de rechercher son approbation : une évaluation des besoins de santé reproductive des adolescents a été menée dans l'ensemble du pays en 1997, suivie d'une conférence, pour encourager les débats régionaux et répondre aux objections⁴⁸.

L'initiative du gouvernement, les efforts de coordination du Conseil national de la population et les pressions exercées par les donateurs ont également aidé au plan de développement intersectoriel de la politique. La participation constructive de donateurs internationaux à l'élaboration des politiques trouve au Ghana un accueil peu commun. Comme l'a déclaré un membre du Parlement : «Notre pays a besoin de partenaires... et nous sommes heureux d'en trouver»⁴⁹.

Chose remarquable, de nombreux documents administratifs du Ghana reconnaissent le vaste ensemble de politiques, lois et programmes qui constituent le contexte de la santé sexuelle et reproductive des jeunes. En 1996, un Sommet de la santé reproductive des adolescents s'est tenu à Accra et a identifié les services publics dont relèvent les activités concernant les jeunes. Les participants ont également identifié les lacunes que devrait combler une coalition de promoteurs capables d'intervenir aux niveaux les plus élevés du gouvernement⁵⁰. Un rapport du gouvernement note que le rôle de ce dernier doit aller au-delà de la fourniture de services et mentionne la nécessité d'améliorer l'application de la loi⁵¹. Le gouvernement a donc remarquablement explicité une vision, qu'il lui faut maintenant concrétiser.

LIGNES DE FORCE DES INTERVENTIONS DU GOUVERNEMENT CONCERNANT LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Avant même que la politique de santé reproductive des adolescents ait été officiellement mise en œuvre, plusieurs ministères participants se préparent à l'appliquer, étant certains qu'elle finira par être approuvée. La politique prévoit de façon explicite que le Ministère de la jeunesse et des sports devra renforcer le Conseil national de la jeunesse afin d'amener les institutions qu'il regroupe à promouvoir la santé reproductive. Elle demande au Ministère et à la Commission nationale des enfants du Ghana de collaborer avec les Ministères de l'emploi et de

la protection sociale pour ouvrir des centres aménagés à l'intention des jeunes⁵². Le Ministère de la santé s'efforce de sensibiliser son personnel aux besoins des jeunes : c'est là une tâche énorme, notamment parce que jusqu'à présent, il donnait la priorité aux éléments cliniques de la procréation des jeunes au détriment des aspects éducatifs et sociaux^{53, 54}. Conformément à la politique qui vise à créer un environnement favorable à la prévention et au traitement du SIDA et des infections sexuellement transmises, le Programme national de lutte contre le SIDA/IST a lancé en février 2000 une énorme campagne⁵⁵. Alors que le Ministère de la santé a été le premier à réagir à l'épidémie de VIH, d'autres ministères, des ONG et des groupes de séropositifs ont participé à l'exécution du programme⁵⁶.

Le FNUAP apporte une assistance technique qui permet d'offrir aux adolescents, dans tout le pays, un ensemble d'informations et de services accrus de santé reproductive; il essaie aussi de faire intégrer les questions de population et l'éducation sexuelle dans les programmes d'études des établissements primaires et secondaires et des écoles normales. Le gouvernement a également créé, à l'Université de Cape Coast, un diplôme d'études en matière de population et de vie familiale. Néanmoins, tous les diplômés ne feront pas de l'enseignement et les sujets traités mettent nombre d'étudiants mal à l'aise⁵⁷. D'importantes ONG, dont les Young Men's and Young Women's Christian Associations, la Planned Parenthood Association, les Muslim Family Counseling Services et la Ghana Social Marketing Foundation (GSMF) apportent aussi aux jeunes d'importantes informations orientées vers la prévention et leur fournissent des services.

Les programmes actuels font aussi une place de choix au marketing social des contraceptifs et à l'éducation par les pairs. La GSMF a obtenu des résultats particulièrement brillants au plan de la promotion et de la vente des préservatifs, bien qu'on ne sache pas exactement combien sont effectivement utilisés. Une campagne de sensibilisation cible les boîtes de nuit et les salles de bal, aussi bien dans les villes que dans les zones rurales, et remet gratuitement des préservatifs avec chaque billet⁵⁸. Le problème de ce marketing social, au Ghana comme dans beaucoup d'autres pays, est qu'il néglige de diffuser des messages qui encouragent le respect des partenaires, ou donnent aux filles les moyens de négocier l'emploi du préservatif.

Recul du SIDA en Ouganda

A ce jour, l'Ouganda est le seul pays africain à avoir réussi à inverser le mouvement de hausse de l'infection par le VIH/SIDA. Comme d'autres pays sub-sahariens, il a commencé à ressentir les effets de l'épidémie du SIDA durant les années 1980. En 1992, la prévalence avait atteint un plafond de 30 % chez les adultes de Kampala, la capitale, et de 10 % dans l'ensemble du pays. Le Président Yaweri Kaguti Museveni a réagi en bombardant le pays à la radio, à la télévision et dans la presse, de messages concernant le SIDA, et a recruté les dirigeants politiques, les établissements religieux et les écoles pour sonner l'alarme. L'efficacité de la campagne était fonction des possibilités qu'avait Museveni de créer un climat social en faveur de l'éducation et de la prévention.

En Ouganda, une des entreprises les plus réussies de marketing social était le journal de petit format appelé *Straight Talk*, diffusé sous forme d'encart dans le quotidien du gouvernement. Conçu à l'intention des adolescents, *Straight Talk* donne des informations et des conseils sur les rapports sexuels et la sexualité, l'estime de soi, le VIH/SIDA et les droits des enfants d'éviter des relations qui les exploitent. Cette publication d'un caractère nouveau fait une très large place aux questions que posent les jeunes Ougandais et, pour se faire bien comprendre, fait appel à des témoignages et à des images particulièrement frappantes. La plupart des textes publiés par *Straight Talk* sont l'œuvre de jeunes lecteurs et sont assortis de contributions d'un sociologue et d'un médecin.

Aujourd'hui, l'Ouganda est fier d'avoir obtenu une réduction du VIH chez les jeunes femmes et les adolescentes enceintes, le relèvement de l'âge du rapport sexuel, et une forte prise de conscience du VIH/SIDA, ainsi qu'un accroissement de la demande de consultations, de tests et de préservatifs. A Kampala, la prévalence du VIH est tombée de 30 à 12 % et, dans l'ensemble du pays, de 10 à 7 %. L'expérience de l'Ouganda prouve qu'une forte volonté politique, la participation des institutions locales et des communications ouvertes sur la transmission et la prévention du VIH/SIDA peuvent avoir un impact énorme sur la maîtrise de l'épidémie.

Sources :

Agence France-Presse, «AIDS-Uganda: Openness About HIV/AIDS slows infection rate in Uganda» : <http://www.aegis.com/news/afp/1999/AF990910.html> Internet, consulté le 2 décembre 2001.

Afrol.com News, «President Musaveni Explains Uganda's Success in Combating AIDS » : http://www.afrol.com/News/uga003_aids_success.htm. Internet, consulté le 21 décembre 2001.

AIDScaptions, «Straight Talk for Youth: Ugandan Girls and Boys Learning to Escape Gender Stereotypes» : <http://www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/serial/captions/v2%2D3/cp2310.html>. Internet, consulté le 21 décembre 2001.

Cynthia Greenlee, «Straight Talk: Using Newspapers for AIDS prevention in Uganda» : <http://excellent.com.utk.edu/greenlee.html>. Internet, consulté le 21 décembre 2001.

The Dallas Morning News, «Uganda Reversing Deadly AIDS Spiral» : <http://www.dallasnews.com/specials/aids/1017aids2uganda.htm>. Internet, consulté le 21 décembre 2001.

Exprimant la désapprobation des activités sexuelles des jeunes, certains messages de santé reproductive des jeunes cherchent aussi à effrayer et soulignent les graves conséquences de mauvaises décisions, au lieu d'indiquer en premier lieu comment les éviter. Comme les objections des adultes à l'encontre des activités sexuelles des jeunes peuvent entraver les efforts déployés en matière de santé sexuelle et reproductive, il sera essentiel, pour que réussisse la politique de santé reproductive des jeunes, d'éduquer les adultes influents, y compris les leaders religieux, les enseignants et notamment les parents. Entre 1996 et 2000, le FNUAP a soutenu des campagnes de promotion auprès de 3 840 prêtres, imams et autres dirigeants religieux et a préparé à l'intention des parents un guide indiquant comment parler de sexualité aux enfants. La GSMF a organisé dans les médias des campagnes portant sur l'éducation sexuelle, les excisions génitales des femmes, le viol, le VIH/SIDA et l'emploi du préservatif, et pour aider les parents à réfléchir aux problèmes qui se posent à leurs enfants⁵⁹. Les Muslim Family Counseling Services ont constaté que l'éducation des imams et des enseignants leur permet de mieux organiser leurs interventions par l'intermédiaire des mosquées et des écoles musulmanes.

DÉFIS ET RÉACTIONS

La mise en œuvre de ces changements de politique est lente et se heurte à des obstacles imputables à la décentralisation, au manque de moyens, aux inégalités entre les sexes et à la réticence à reconnaître que les jeunes ont des activités sexuelles. La récente décentralisation prévoit la duplication d'un grand nombre de services, dont ceux de santé reproductive, au niveau des districts mais la transition n'est pas facile. Avec un revenu par habitant deux fois plus élevé que celui de certains de ses voisins d'Afrique de l'Ouest, le Ghana n'en reste pas moins fortement tributaire du soutien financier et technique international pour ses programmes de santé et de développement⁶⁰. Bien que le pays soit profondément attaché à l'enseignement de base et ait plusieurs fois doublé son budget de l'éducation depuis 1987, les frais de scolarité entraînent des répercussions sur le développement de la jeunesse et la santé reproductive⁶¹. Les familles qui ne sont pas en

«On a plus à faire quand on s'occupe de santé reproductive et c'est la raison pour laquelle on ne peut pas se borner à travailler avec le Ministère de la santé. Très peu de gens parlent de la santé reproductive en terme de *droits* qu'influencent d'autres facteurs. L'orientation sur le planning familial empêche de voir les autres motivations des adolescents.»

—**Yaa Amekudzi**, Centre for the Development of People

mesure de payer les frais de scolarité de tous leurs enfants envoient souvent leurs fils, et non pas leurs filles, dans un établissement secondaire, ce qui pousse certaines filles à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés afin de pouvoir couvrir leurs dépenses⁶². Le manque de fonds a limité la création de centres et de dispensaires accueillants pour les jeunes et certains donateurs hésitent à approuver un programme de santé reproductive permettant aux jeunes de gagner quelque argent—or, beaucoup de jeunes n'ont pas les moyens de payer les frais même nominaux des dispensaires, Au Ghana, les normes cul-



Zohra Rasekh



Zohra Rasekh



Robert Engelman



turelles font obstacle à la mise en œuvre des politiques de santé reproductive et des lois de protection⁶³. Les adultes se sentent gênés quand il s'agit d'éduquer les jeunes en matière de sexualité et beaucoup d'entre eux pensent que ces informations mènent à la promiscuité et à un comportement immoral. Or, ce sont les adultes qui possèdent la clé des services qui pourraient répondre aux besoins les plus importants des jeunes. Les faibles attentes des filles contribuent à leur mariage précoce et à une forte fécondité; les enfants dont la mère a entre 15 et 24 ans représentent à peu près le tiers de toutes les naissances. Bien qu'une loi de 1985 ait libéralisé l'avortement, les filles s'adressent souvent à des services illicites, et les décès maternels résultant d'avortements septiques seraient beaucoup plus fréquents chez les adolescentes que chez les femmes adultes⁶⁴.

Les conflits avec les pratiques traditionnelles entravent aussi la mise en œuvre des programmes. La célébration de la majorité des mariages dans le cadre du droit coutumier ou musulman va à l'encontre de la Loi sur le mariage, selon laquelle les parties doivent avoir au moins 21 ans⁶⁵. L'esclavage religieux des femmes (*trocosi*) est illégal, mais la pratique persiste et il y a actuellement 4 500 femmes dans un état de servitude religieuse⁶⁶. Rares sont ceux qui

pensent que l'interdiction des excisions génitales féminines, promulguée en 1994, a sensiblement réduit cette pratique.

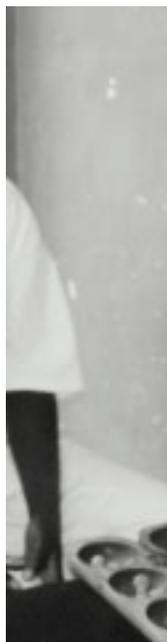
Après avoir participé à l'élaboration des politiques, au début du mouvement, les jeunes se sont de moins en moins intéressés à faire entendre leur voix au Ghana et la coalition qui avait élaboré la Politique de santé reproductive des adolescents est en perte de vitesse depuis que le projet a été mis sur pied. La dissolution *de facto* de la coalition inquiète certains représentants des ONG : en effet, la politique ne couvre par certains détails pratiques et devrait être encadrée durant la phase d'exécution. Par exemple, bien que la politique mette l'accent sur l'éducation sexuelle, il existe peu d'enseignants qualifiés ayant la formation voulue et on est loin d'être d'accord au sujet de l'âge auquel cette instruction devra être donnée⁶⁷.

Bien que l'approbation de la Politique de santé reproductive des adolescents semble être assurée, elle n'a pas encore vraiment été mise en œuvre. Les raisons de ce délai sont diffuses : elles vont des réalités pratiques de la décentralisation de l'Etat au manque de ressources humaines, matérielles et financières, et au manque d'expérience de l'exécution proprement dite dans les divers secteurs⁶⁸. Cependant, le Parlement est enthousiaste et le nouveau gouvernement a fortement soutenu les programmes à l'intention des jeunes⁶⁹.

LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ET RECOMMANDATIONS

La politique de santé reproductive des adolescents doit être considérée comme une étape importante de la solution des problèmes de santé reproductive des jeunes et non pas comme une fin en soi. La longue période d'élaboration de la politique a conduit certains à la voir comme un point d'aboutissement plutôt qu'un point de départ.

La large participation à l'élaboration de la politique de santé reproductive des adolescents a créé un climat général prise en charge. L'élaboration de la politique a fait intervenir un grand nombre de personnes. Les participants sont heureux d'avoir apporté leur contribution, et il s'agit désormais de faire de ce sentiment de propriété la base de l'exécution.



Robert Engelman

La forte participation des donateurs, et notamment de l'USAID et du FNUAP, au processus d'élaboration de la politique semble avoir été constructive et avoir renforcé les efforts du gouvernement. L'accueil réservé par le Ghana au soutien extérieur a œuvré à son avantage.

Le Conseil national de la population (CNP) doit s'affirmer et faire pression pour que la politique officiellement mise en œuvre. Les politiques multisectorielles prennent du retard parce qu'elles font intervenir de nombreux ministères; la Politique de la santé reproductive des adolescents est à l'état de projet depuis plusieurs années. Le CNP doit saisir l'occasion de la faire approuver par le nouveau Président et sa nouvelle administration.

Si on veut traduire en actes les réflexions originales qui caractérisent plusieurs politiques du Ghana, il faudra veiller de près à la façon dont ces politiques sont mises en œuvre. Par exemple, la politique de santé reproductive des adolescents admet que les inégalités entre les sexes constituent dans tous les cas un obstacle pour les jeunes femmes; il sera difficile de concevoir des programmes et des activités tenant compte de cet élément, car ils impliquent des modifications des normes sociales.

Il faudra réévaluer le programme d'éducation par les pairs pour qu'il ne se borne pas à encourager

l'achat de préservatifs, mais communique également d'importants messages sociaux. Les adolescents reçoivent de leurs pairs et des médias la plus grande partie des informations concernant la santé reproductive⁷⁰. Les principes d'éducation qui caractérisent les programmes administrés par des ONG devraient élargir le champ d'action des pairs et les efforts multimédias afin d'influencer la dynamique sociale qui intervient dans les relations et les rapports sexuels.

Le Ghana devrait faire connaître l'existence de services d'avortement, lorsqu'ils sont licites, afin d'éviter certaines conséquences des avortements illégaux sur le plan de la santé publique. Il faut apprendre aux agents et conseillers de santé quand ils peuvent fournir des services et des conseils, et quand ils doivent aiguiller les malades vers d'autres établissements. Il y a une forte incidence d'avortements parmi les jeunes filles et, les soins après un avortement sont extrêmement coûteux dans les hôpitaux ghanéens.

La mise en application de la Politique de santé reproductive des adolescents ne doit pas mettre fin aux activités de promotion et d'éducation réalisées par des agents de l'Etat et du secteur privé. Il faut poursuivre l'œuvre de promotion au niveau national en faisant appel à des personnalités éminentes, y compris les chefs et leaders religieux aux niveaux régional et local.

De la même manière qu'il met en place une formation des enseignants à l'enseignement à la vie familiale, le Ghana doit sensibiliser les agents de santé pour qu'ils fassent davantage preuve de compréhension vis à vis des jeunes qui osent leur demander de fournir des services. Le Ghana tirera profit des services qu'il offre en veillant à ce que toutes les personnes qui essaient d'y recourir y trouvent un bon accueil.

Le Ghana a été et reste à l'avant-garde de l'évolution des lois en faveur de la santé et du développement, témoin sa Politique de santé reproductive des adolescents. Cependant, son expérience montre aussi qu'il faut maintenir l'enthousiasme pendant tout le processus d'élaboration et de mise en application de toute politique. La longue expérience du Ghana en matière de réformes multi-sectorielles conduit à penser que ce pays fera tout ce qu'il faut pour soutenir la santé reproductive de la présente génération de jeunes.

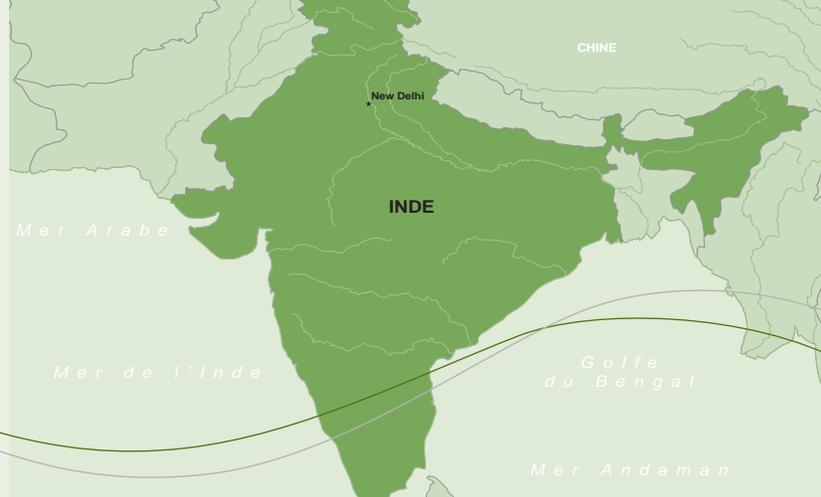
3

Inde :

LE MALAISE NATIONAL VIS-À-VIS DE LA SEXUALITÉ EST UN OBSTACLE À LA POLITIQUE DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Le malaise qui existe en Inde à propos des réalités du comportement sexuel, y compris les activités sexuelles des jeunes, a fortement entravé les tentatives faites par ce pays pour répondre à leurs besoins sexuels et reproductifs. Les informations exactes concernant la sexualité sont rares et les soins de santé, quels qu'ils soient, sont d'accès difficile pour les jeunes Indiens, dont on pense qu'ils sont essentiellement des individus en bonne santé qui n'ont pas besoin de services. Ceux qui cherchent à obtenir des services de santé reproductive se heurtent souvent à des agents de santé toujours prêts à les juger et n'ont que peu ou pas de possibilités de parler en privé de leurs problèmes.

En Inde, les pressions culturelles imposent de lourdes charges aux filles : la préférence pour les fils, l'avortement en fonction du sexe de l'enfant, et des pratiques nutritionnelles et sanitaires discriminatoires contribuent à leur situation de subordination. Plus de 50 % des filles se marient avant 18 ans et ont eu au moins un enfant à 20 ans⁷¹. Même au sein du mariage, elles ne sont souvent pas prêtes aux relations sexuelles et la famille de leur mari les empêche de pratiquer la contraception. Les garçons et les jeunes hommes se marient plus tard, mais sont extrêmement inquiets au sujet de leur sexualité et ils représentent aussi la majorité des jeunes clients des dispensaires de traitement des IST.



Population en 2000 (en milliers)	1.008.937
Population âgée de 0 à 24 ans (% du total)	52 %
Population âgée de 10 à 24 ans (% du total)	30 %
Taux de croissance de la population (% annuel)	1,69 %
PNB par personne (PPP US\$, 1999) *	\$2.149
Naissances moyennes par femme 15-49 ans (TFT)	2,9
Pourcentage du total de naissances pour femmes 15-19 ans	9 %
Pourcentage du total de naissances pour femmes 20-24 ans	40 %
Pourcentage de non-célibataires de 15-19 ans (H/F)	10 % / 36 %
Pourcentage de non-célibataires de 20-24 ans (H/F)	40 % / 83 %
Femmes mariées de 15-19 ans pratiquant la contraception (%)	8 %
Prévalence du VIH chez femmes de 15-24 ans	0,4 - 0,8 %
Prévalence du VIH chez hommes de 15-24 ans	0,1 - 0,6 %
Ans de scolarité obligatoire	NA
Pourcentage jeunes alphabètes de 15 à 24 ans (H/F)	79 % / 59 %
Taux brut de scolarisation primaire (H/F)	109 / 90
Taux brut de scolarisation secondaire (H/F)	59 / 39

Notes :

* Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

** Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

Sources :

Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU.
Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : Lutte contre la pauvreté*. Washington, DC : Banque mondiale.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and ORC Macro. 2000. *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99: India*. Mumbai: IIPS.

Nations Unies, Division de la population. 2000. *World Marriage Patterns 2000 (panneau mural)*. New York : ONU.
ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA : juin 2000*. Genève : ONUSIDA.
UNESCO. 1999. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

Les activités sexuelles et les grossesses prénuptiales sont plus fréquentes qu'on ne s'accorde généralement à le reconnaître, et les jeunes femmes souffrent souvent d'infections des voies génitales⁷². Les filles célibataires qui s'adressent à des services de santé sont stigmatisées, ce qui compromet leurs chances de mariage. Filles et garçons s'adressent donc à des services moins légitimes parce qu'ils craignent de voir leurs secrets divulgués, n'ont pas les moyens de payer, et ont peur d'être découverts par leurs parents ou réprimandés par les prestataires de service⁷³.

BREF APERÇU DU CADRE POLITIQUE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Les services de santé reproductive offerts par le Programme de protection de la famille de l'Inde touchent

ENCADRÉ 4

Evolution de la politique de population de l'Inde

1952 Lancement du programme national de planning familial.

1976 Déclaration de politique nationale de population *.

1977 Déclaration de politique du programme de protection de la famille *.

1983 La Politique nationale de santé mentionne la nécessité d'avoir pour norme une famille peu nombreuse; en adoptant cette politique, le Parlement souligne qu'il faut avoir une politique de population séparée.

1991 Le Comité de la population constitué par le Conseil national du développement recommande la formulation et l'adoption d'une politique nationale de population.

1994 La Commission Swaminathan présente un rapport sur la politique nationale de population.

1997 Projet de politique nationale de population.

2000 Adoption de la Politique nationale de population.

* Le Parlement n'a ni discuté ni accepté aucune de ces déclarations.

Source :

Gouvernement de l'Inde, 2000, *National Population Policy*, New Delhi, Inde, Ministère de la santé et de la famille.

un nombre remarquable de personnes dans les régions éloignées, mais n'ont pas grand chose à offrir aux jeunes. Mis sur pied, essentiellement, pour contrer la croissance démographique, ils offrent depuis longtemps aux femmes adultes mariées des méthodes de contraception permanentes ou à long terme, au détriment des femmes qui recherchent d'autres services ou veulent simplement espacer les naissances⁷⁴. Au cours des cinq dernières années, le système a commencé à offrir des services intégrés centrés sur le client. Il a néanmoins négligé les autres aspects de la santé reproductive—éducation, diagnostic et traitement des IST et services à l'intention des jeunes, des célibataires et des hommes. Quand ces services existent, les contraintes sociales posent d'énormes obstacles aux jeunes qui essaient d'y avoir accès⁷⁵.

La politique nationale de population de l'Inde, qui date de 2000, reconnaît les lacunes du passé et propose une vaste gamme de remèdes, y compris un accès accru à l'information et aux services, et l'application de la Loi de limitation du mariage d'enfants de 1976⁷⁶. Un Groupe de travail créé par la Commission nationale de la population pour contribuer au Dixième Plan quinquennal de l'Inde s'intéresse aussi aux femmes, enfants et adolescents.

Le Département de la protection de la famille a pris ses premières mesures de santé reproductive en 2000; il travaille en collaboration avec les écoles secondaires et les ONG pour ouvrir des dispensaires à l'intention, respectivement, des élèves et des jeunes non scolarisés. Ces efforts seront intégrés plus tard à l'énorme programme national de Santé reproductive et de santé de l'enfant⁷⁷.

QUELLES RÉALITÉS ONT ATTIRÉ L'ATTENTION DU PAYS SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Les inquiétudes suscitées par la dynamique démographique conduisent depuis plusieurs années les autorités à s'intéresser au mariage et à la fécondité des jeunes. Plus récemment, le VIH a contraint le Gouvernement à s'occuper davantage de l'éducation des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive : en effet, la moitié environ de tous les séropositifs indiens ont moins de 25 ans⁷⁸. Les milieux officiels ont reconnu qu'on avait besoin de con-

seiller les adolescents, de faire l'éducation du public et de prendre des mesures de prévention⁷⁹. Un dernier élément est venu renforcer l'attention accordée aux jeunes, c'est la formule intégrée de santé reproductive définie par la CIPD, y compris l'accent mis sur leur bien-être individuel⁸⁰.

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Les besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes occupent une place de choix dans la politique nationale de population et dans le projet de politique nationale de la jeunesse. L'énorme système de santé publique du gouvernement indien et des dizaines d'années d'expérience dans l'exécution des politiques de population et de planning familial en font de loin l'acteur le plus important dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Cependant, il faudra un certain temps pour que les changements législatifs proposés rendent les systèmes d'éducation et de santé publique plus accueillants pour les jeunes.

Les jeunes, dit-on, ont besoin de ce que l'Etat décidera au mieux de leurs intérêts⁸¹. Le Département de la jeunesse et des sports (DYAS), créé en 1985, a formulé en 1988 une politique nationale de la jeunesse, mais s'est borné à «certains domaines particuliers tels que les sports, l'éducation et la formation professionnelle», laissant de côté les questions liées à la sexualité, aux sévices sexuels et à la violence contre les jeunes adultes⁸². En 1999, le DYAS est devenu un Ministère, supervisant trois grands programmes pour les jeunes. Le Service national recrute des étudiants de niveau universitaire pour des services communautaires; il touche environ 170 000 jeunes⁸³. Le Nehru Yuvak Kendra Sangathan (Association Nehru des centres de jeunesse) est un ensemble de clubs locaux de jeunes qui offre une formation professionnelle, mène des campagnes de sensibilisation et organise des foires de santé à l'intention de 8 millions de jeunes non scolarisés âgés de 15 à 35 ans⁸⁴. Lorsqu'il sera pleinement opérationnel, le Corps de reconstruction nationale confiera à de jeunes volontaires des «travaux de construction nationale»⁸⁵. Ces organismes ont déjà tous mobilisé des jeunes, mais en général pas pour leur propre compte.

Cependant, il faudra un certain temps pour que les changements législatifs proposés rendent les systèmes d'éducation et de santé publique plus accueillants pour les jeunes.

Le projet de politique nationale de la jeunesse, à l'intention des 15 à 35 ans, prévoit la mise en place de mécanismes de coordination entre divers ministères du gouvernement central et les états⁸⁶. Cependant, ce document existe sous forme de projet depuis au moins quatre ans et ses promoteurs espèrent qu'il ne connaîtra pas le sort de la politique visionnaire de lutte contre le SIDA de 1997 qui n'a toujours pas fait l'objet d'une première lecture au Parlement. La Commission du plan est saisie d'une nouvelle stratégie de la jeunesse qui doit faire partie du Dixième Plan quinquennal; cependant, à ce jour, ce document très récent n'a pas encore fait l'objet d'une large diffusion.

Les divergences et le manque de concordance des politiques des divers états compliquent les efforts déployés en faveur de la santé sexuelle et reproductive des jeunes. La



Margaret E. Greene

Exemples de régimes d'incitations et d'investissements concernant les filles et les jeunes femmes

Programmes nationaux

Balika Samridhi Yojana (Plan en faveur des jeunes femmes) : lancé en 1997 au niveau national, ce plan accorde une indemnité en liquide aux mères pauvres qui donnent naissance à leur première ou deuxième fille.

Plan de prestations de maternité : 500 roupies aux mères qui ont leur premier enfant après 19 ans, uniquement pour la naissance du premier ou deuxième enfant, sous réserve d'examen prénatal et d'un accouchement dans un établissement avec l'assistance d'une accoucheuse qualifiée.

Plan de réduction de la fécondité : «Récompense les couples vivant au-dessous de la ligne de pauvreté qui se marient après l'âge légal, déclarent leur mariage, ont leur premier enfant après le 21^e anniversaire de la mère, acceptent la norme d'une famille peu nombreuse et adoptent une méthode terminale après la naissance du deuxième enfant»⁹⁰.

Programmes des états

Andhra Pradesh : La fille unique ou l'un des deux enfants d'un couple choisissant de se faire stériliser recevra une série de prestations monétaires jusqu'à l'âge de 20 ans, et une somme forfaitaire à 20 ans si elle reste célibataire jusqu'à 18 ans.

Haryana : Don en espèces au moment de la naissance honorant les mères d'enfants de sexe féminin; investissement monétaire à long terme que chaque fille peut recevoir à l'âge de 18 ans, si elle est célibataire. Des sommes supplémentaires peuvent être données aux filles qui repoussent davantage leur mariage. Les états du Kerala et du Rajasthan ont des régimes analogues.

Gujarat : Offre des bicyclettes neuves aux filles qui ont terminé leur dixième année de scolarité, profitant en cela de la mobilité relative des filles et des femmes au Gujarat. Le don récompense les filles pour leurs réalisations et accroît leur mobilité.

Sources :

- Gouvernement de l'Inde. 2000. *National Population Policy*.
 Department of Family Welfare, Government of Andhra Pradesh. 1997. *Andhra Pradesh State Population Policy*, Hyderabad, Andhra Pradesh: Government of Andhra Pradesh.
 Mathur, N. 1999. *Our daughters, Our Wealth: Investing in Young Girls*, New Delhi, India: Population Council.
 Greene, M. 1996. *Watering the Neighbour's Garden*.

politique de population de l'état de Madhya Pradesh traite directement des problèmes des adolescents et de l'éducation pour la vie familiale et note qu'il importe de sensibiliser les parents⁸⁷. La politique de l'Uttar Pradesh essaie de relever l'âge du mariage en mettant l'accent sur les limites fixées par la législation, en appelant la participation de groupes de promotion et en refusant des emplois de fonctionnaires à ceux qui se marient avant l'âge légal minimum⁸⁸. L'approche du Rajasthan est plus ciblée et se limite à essayer de réduire la fécondité et de relever l'âge du mariage des femmes, qui dépasse à peine 15 ans en moyenne⁸⁹.

Certains états ont cherché à augmenter la valeur des filles grâce à des investissements monétaires dont bénéficient les filles choisies en fonction de leur pauvreté et de la taille de leur famille (voir encadré 5). Les filles n'ont accès à cet argent que lorsqu'elles atteignent un certain âge et ne se sont pas mariées ou ont satisfait certains paramètres d'éducation. Ces systèmes novateurs œuvrent avoir des effets significatifs à long terme, mais les promoteurs de la cause des femmes s'inquiètent que les sommes versées par le gouvernement aux familles qui ont des filles ne contribuent à renforcer le sentiment que les filles ont moins de valeur.

LIGNE DE FORCE DU PROGRAMME DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Il est difficile, en Inde, pour tout un chacun, et *a fortiori* pour les jeunes, de trouver des informations de base concernant la santé reproductive. L'inclusion des filles, au début des années 1990, dans le Plan national de développement intégré de l'enfant a été la première tentative faite par le gouvernement pour intégrer les adolescents dans un vaste programme susceptible de toucher des millions de filles. Un projet a appris aux filles à gérer des centres de la petite enfance. Un autre visait à développer les connaissances de santé, l'alphabétisation et les aptitudes professionnelles des filles qui avaient abandonné leurs études. En 1994, environ 450 000 filles de 11 à 18 ans participaient à ce programme⁹¹. Une évaluation récente a noté une augmentation de la confiance chez les filles et des améliorations dans les prestations des services

La Thaïlande augmente les possibilités d'éducation des filles

La lutte contre la prostitution enfantine est devenue en 1992 une grande priorité pour le gouvernement thaïlandais. Bien que la prostitution soit illégale et passible de prison, l'exploitation des enfants ne cessait de s'intensifier. En l'absence d'opportunités d'éducation et d'emploi, un grand nombre de filles n'avaient d'autre choix pour assurer leur existence et celle de leur famille. L'accroissement de la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe, qui est passée de 3,5 % en 1989 à 29 % en 1996, a conduit le gouvernement à lancer une campagne nationale pour aider les jeunes qui risquaient d'entrer dans l'industrie du sexe. Des mesures de prévention garantissaient neuf ans d'enseignement de base à tous les enfants, donnaient aux filles et aux garçons l'égalité d'accès à l'enseignement structuré ou non et à la formation professionnelle, et mettaient en place un système de surveillance visant à empêcher l'usage de la contrainte ou du mensonge pour amener les enfants à se prostituer.

Parmi les projets qui ont été réalisés figure le Projet de développement de la vie de Sema, qui offre depuis 1994 des bourses d'enseignement secondaire à des filles défavorisées. Les enseignants sont formés à identifier les filles qui sont à risque d'être exploitées et à intervenir auprès d'elles et de leurs parents pour qu'elles poursuivent leurs études. Les zones ciblées comprennent huit provinces du nord du pays qui ont des taux élevés de VIH/SIDA et où un fort pourcentage de filles abandonnent l'école après la sixième année. Le projet dit des Thaïlandaises de demain, lancé en 1992, donne une place plus grande au changement des attitudes des parents et des filles à l'égard de la prostitution et à la formation professionnelle pour remplacer l'enseignement. Les deux programmes prouvent que, grâce à l'éducation, les adolescentes peuvent acquérir la maturité, les connaissances et les aptitudes qui les protègent contre la déception et conduisent à de meilleurs emplois. Le Projet de Fonds de prêts à l'éducation a été également conçu pour aider les familles défavorisées, mais il s'intéresse aux enfants qui ont terminé 9 années d'études et n'ont pas les moyens de s'inscrire à un établissement du second cycle, ou aux diplômés de l'enseignement secondaire qui veulent poursuivre leurs études dans des établissements techniques ou à l'université. Garder ces enfants à l'école trois ans de plus réduit les risques de les voir devenir des professionnels du sexe.

Le Ministère de la santé publique offre chaque année à des boursières du programme Sema qui terminent leurs études secondaires 50 à 80 places dans des écoles d'infirmerie, avec garantie de recrutement par des hôpitaux publics. Sept entreprises offrent une formation et des emplois à des filles du projet Thaïlandaises de demain. Les filles qui ont participé à des programmes de formation technique reçoivent des offres d'emploi dans l'informatique, des entreprises de mode et de design modernes, et de taille de pierres précieuses, où les salaires sont relativement bons. Le gouvernement thaïlandais et la Loterie nationale financent ces programmes et ont pris à leur égard un engagement à long terme. Les résultats positifs des liens établis entre l'éducation et la santé reproductive assurent la participation continue des Ministères de l'éducation et de la santé.

Sources :

ONUSIDA, Best Practice Collection, Reducing Girls' Vulnerability to HIV/AIDS: The Thai Approach: <http://www.unaids.org/publications/documents/children/young/reducingcse.pdf>. Internet, consulté le 21 décembre 2001.

Royal Thai Embassy in Washington, D.C., «Children Prostitution» : <http://www.thaiemb-dc.org/socials/childprsr.htm>. Internet, consulté le 21 décembre 2001.



Kym Billis

**«Les enseignants sont de meilleurs gardiens
que les parents.»**

— Un membre du personnel du FNUAP

de santé mais a critiqué, entre autres choses, un recrutement à la limite de l'exploitation d'adolescentes en tant agentes bénévoles⁹².

La persistance de l'ambivalence à propos de l'éducation sexuelle a également entravé la pleine exécution du programme d'éducation pour la vie familiale lancé au début des années 1980. Certains affirment qu'il y a au plus haut niveau un manque de volonté politique de mettre en œuvre un programme national d'éducation sexuelle⁹³. Les programmes de lutte contre le SIDA négligent eux aussi la sexualité et l'éducation sexuelle. Cette dernière a été récemment incluse dans le Plan national d'études de l'Inde, avec des segments consacrés à l'éducation des adolescents et à l'apprentissage de la vie. Mais les messages qui ne plaisent pas aux fonctionnaires des états sont édulcorés et les enseignants omettent certains sujets qui les gênent. Comme l'a expliqué un fonctionnaire du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la seule stratégie qui marche à long terme consiste à motiver les enseignants, car «les enseignants sont de meilleurs gardiens que les parents»⁹⁴.

Le gouvernement central et celui de plusieurs états ont lancé dans les écoles secondaires des programmes séparés de sensibilisation au VIH/SIDA qui ont la possibilité de toucher plus de 6,5 millions de jeunes mais ils n'ont pas été entièrement mis en application⁹⁵. Le Tamil Nadu est le seul à avoir en place un programme d'éducation sexuelle alors que le Maharashtra interdisait l'éducation sur le SIDA dans les écoles publiques, bien que ce soit l'état où l'épidémie a pris les pires proportions⁹⁶. A l'évidence, l'éducation en matière de population, de vie familiale et de SIDA a des objectifs très différents et présente encore de nombreuses lacunes, mais les décideurs et les administrateurs scolaires mettent en relief leurs interventions pour preuve que les écoles enseignent la santé sexuelle et reproductive.

Les programmes et les services les plus intéressants à l'intention des jeunes sont ceux des ONG⁹⁷. Tandis que le gouvernement estime qu'il faut apprendre aux jeunes à être responsables, les ONG croient plus volontiers que les

jeunes *sont effectivement* responsables et ont simplement besoin d'informations et de soutien pour prendre de bonnes décisions⁹⁸.

Dans le secteur non gouvernemental, le Projet «adolescents en bonne santé» des scouts et guides de Bharat donne une formation portant sur les aspects physiologiques de la santé reproductive et encourage des débats concernant les rapports, la confiance et les relations entre les sexes⁹⁹. Un autre programme offre des conseils aux fiancés et aux jeunes mariés, ainsi que des services gratuits aux couples mariés dans l'espoir d'amener les jeunes parents à recourir davantage aux services¹⁰⁰. Le Programme d'éducation, de conseils, de recherches et de formation/thérapie en matière sexuelle de l'Association indienne pour le planning familial fournit des conseils aux fiancés et aux jeunes mariés, ainsi que des services gratuits aux couples mariés. D'autres ONG importantes qui fournissent des services et des informations en matière de santé reproductive sont Parivar Seva Sanstha (Organisation de services familiaux) et Marie Stopes.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS QUI ONT RENDU POSSIBLE L'ÉLABORATION DE CES POLITIQUES?

Le passage de l'Inde du planning familial à la santé reproductive en 1997, avec «des services plus diversifiés qui mettent l'accent sur le choix du client, la qualité des services, la problématique hommes-femmes et les groupes insuffisamment protégés, adolescents compris», a amené les programmes à élargir leur champ d'action¹⁰¹. Cependant, l'ambivalence concernant l'ordre du jour de la santé reproductive et notamment de ses programmes de terrain a ralenti l'évolution des services.

Un autre important facteur a été l'intervention incessante d'un grand nombre d'organisations non gouvernementales qui préconisent ou effectuent des recherches sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. Parmi les organisations promotrices qui font œuvre d'éducation figurent Tarshi (à l'origine, acronyme de Talking about reproduction and sexual health issues : parler des questions de santé sexuelle et reproductive) et Naz (Fierté), qui ont œuvré pour élargir le dialogue sur la



Margaret E. Greene

santé sexuelle, VIH/SIDA compris. Parmi les organisations qui effectuent des recherches, on peut citer le Population Council, qui réalise des programmes de recherches sur les interventions concernant les jeunes, et HealthWatch, qui fait davantage de recherches à des fins de promotion pour garantir la mise en application du plan d'action de la CIPD par les programmes indiens de protection de la famille.

DÉFIS ET RÉACTIONS

En Inde, le climat politique n'est pas favorable au développement et à la mise en œuvre de politiques de santé reproductive des jeunes. La diversité des pratiques, croyances et situations religieuses et culturelles entrave l'application des lois en vigueur. Par exemple, on ne cesse de s'apercevoir que l'application de la loi sur l'âge minimum du mariage pose un problème important.

Si l'éducation en matière de population se centre sur la démographie et le développement, la lutte contre le SIDA est centrée sur l'organisme de la maladie¹⁰². Ces deux optiques étroites ne font aucune place à une éducation portant sur la question plus large de la sexualité. L'éducation sexuelle dans les écoles et les collèges et les libres débats dans la presse sont facilement bloqués par

«Les services de santé ne s'adressent pas spécifiquement aux adolescents. Ou bien vous êtes une enfant et vous avez besoin de vitamines ou bien vous êtes mariée, et vous avez besoin de soins d'obstétrique.»

—Un fonctionnaire du FNUAP

l'opposition conservatrice, la censure et les lois sur la pornographie, comme le montre une analyse de l'épidémie de VIH en Inde¹⁰³. Dans l'état d'Orissa, une organisation atypique, Parivar Seva Sanstha, encourage l'éducation sexuelle, qu'elle estime être un besoin, et non pas un problème. Non seulement l'organisation fournit des services, mais elle collabore avec les représentants des médias et du gouvernement.

La réaction du pays au VIH/SIDA a été sapée par le fait que l'Inde refuse d'accepter l'idée que les jeunes pourraient être eux aussi victimes d'une épidémie générale de SIDA¹⁰⁴. La bureaucratie gouvernementale sépare le VIH des autres aspects de la santé reproductive et ne s'occupe que rarement des facteurs sociaux et personnels plus complexes qui interviennent aussi dans l'ensemble de la santé reproductive. Les conseillers qui travaillent dans les écoles ont les mêmes attitudes. Le FNUAP, qui vient lui-même de réaffirmer l'intérêt qu'il porte aux adolescents, va réduire son soutien à l'éducation démographique au cours des deux prochaines années pour accorder plus d'importance aux conseils concernant la sexualité et le VIH/SIDA¹⁰⁵.

LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ET RECOMMANDATIONS

L'Inde doit surmonter sa gêne vis-à-vis de la sexualité et faire face à la réalité des activités sexuelles des jeunes, de l'évolution des normes et de la pandémie de SIDA. La réaction de l'Inde au VIH/SIDA et aux besoins de santé reproductive des jeunes est entravée par un «tabou qui empêche la société de parler de sexualité»¹⁰⁶. Il n'existe pratiquement aucun cadre permettant à qui que ce soit d'acquiescer, dans un climat de confiance, des con-

Selon Siddarth Dube, la réaction de l'Inde au VIH/SIDA et aux besoins de santé reproductive des jeunes est entravée par un «tabou qui empêche la société de parler de sexualité».



Margaret E. Greene

naissances concernant la sexualité humaine, la santé reproductive et la prévention des maladies.

L'Inde doit instamment placer la sexualité dans une large optique qui lui soit propre et ne se fonde pas sur la présence de maladies. L'approche biologique de l'Inde à l'égard de l'éducation sexuelle et de la lutte contre le VIH a tendance à méconnaître le rôle des deux sexes et de la sexualité, au profit de celui des parents, de la maladie et de l'abstinence; le système indien d'éducation ne facilite pas non plus une participation active et des interactions. L'éducation sexuelle doit se fonder sur l'expérience—et la documentation—d'organisations qui œuvrent pour émanciper les femmes et améliorer leur santé¹⁰⁷.

L'ampleur de l'analphabétisme souligne qu'il est important de parler sans gêne de la sexualité, où que l'on se trouve. Si on veut atteindre les jeunes pour les éduquer, il faut intensifier la formation des éducateurs et du personnel de santé en techniques de la communication.

Pour rompre le silence en Inde, un vigoureux leadership au niveau le plus élevé est d'une importance critique. Les décideurs supposent volontiers que leurs mandants seront scandalisés s'ils prennent des mesures décisives dans ce domaine; beaucoup d'entre eux sont à la recherche d'un avantage politique en faisant état de valeurs «culturelles» et «traditionnelles», au lieu d'essayer de dissiper les craintes de la population en lui communiquant des informations exactes¹⁰⁸.

Le gouvernement indien a manqué d'importantes occasions de travailler avec les jeunes dans le cadre de programmes existants de planning familial. Le gouvernement doit séparer la santé reproductive, VIH compris, de ses objectifs en matière de démographie, notamment en ce qui concerne les jeunes. La confusion entre ces deux programmes nationaux a conduit à placer le planning familial dans une optique inutilement étroite.

Rares sont ceux, dans les services publics et dans les ONG, qui écoutent les jeunes. On ne demande guère aux jeunes ce qu'ils pourraient vouloir ou ce dont ils pourraient avoir besoin, et il y a peu de situations dans lesquelles ils peuvent parler de leur propre expérience et de leurs soucis. L'Inde a mis beaucoup de temps à accepter sa nombreuse population jeune.

Bien que les décideurs s'accordent généralement à dire que les investissements dans le développement des jeunes doivent être trans-sectoriels, peu d'activités cherchent une aide en dehors du secteur santé pour s'occuper de la vie sexuelle et reproductive des jeunes. La pauvreté, l'analphabétisme, l'absence de soins de santé, les migrations des campagnes vers les villes, la situation médiocre des femmes et beaucoup d'autres facteurs contribuent à une mauvaise santé reproductive et à la diffusion du VIH. Il faut sortir du secteur santé pour surmonter des obstacles sociaux aussi divers qui entravent la bonne santé¹⁰⁹.

L'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires bénéficiera directement aux jeunes et pourrait aussi améliorer l'environnement social des programmes de santé du gouvernement et des ONG¹¹⁰. Les enseignants peuvent être d'importants animateurs communautaires, et un bon point de départ consisterait à leur donner une formation approfondie et non biaisée à l'éducation sexuelle. Les parents ont aussi besoin d'informations et les associations de parents d'élèves pourraient leur fournir les moyens d'en obtenir.

L'Inde a désespérément besoin de faire la promotion du droit des jeunes aux informations et aux services de santé reproductive. Tant qu'on ne prendra pas leurs droits au sérieux, les jeunes ne seront pas sûrs d'avoir accès à l'éducation et à des services compétents et respectueux.

Le gouvernement a tout à gagner d'écouter les organisations non gouvernementales qui en règle générale ont plus l'expérience du travail sur la santé reproductive des jeunes. La plupart des ONG se trouvent à l'écart du processus politique et leur apport soit dans les documents soit dans la mise en œuvre est très faible.

Les activistes qui militent pour la santé reproductive des jeunes en Inde doivent s'allier les uns aux autres et mettre en place des réseaux qui s'attachent à améliorer des politiques et programmes précis. Des réseaux tels que HealthWatch—organe de collaboration d'ONG, de chercheurs et d'activistes, qui a déclenché un débat national sur la politique de population et les programmes de santé reproductive—peuvent jouer un rôle plus important pour promouvoir l'éducation sexuelle en tant que droit important de tous les Indiens.

Le gouvernement doit achever le bon projet de politique nationale de la jeunesse et le mettre en œuvre. La proposition la plus récente de la Commission du plan visant à inclure les jeunes dans le Dixième Plan quinquennal pourrait fournir la structure et les fonds dont on a besoin en l'absence d'une telle politique.

Il s'agit maintenant de savoir si les dirigeants indiens veilleront à ce que le contenu des programmes et les modalités d'éducation répondent à l'énorme besoin d'informations claires et de services non biaisés qui doivent être offerts aux jeunes et, en fait, à l'ensemble de la population. L'élaboration de nouveaux matériels pédagogiques à l'intention des adolescents offre une occasion importante à l'Inde. Une fois adoptée, une vigoureuse politique nationale de la jeunesse pourrait fournir l'appui législatif voulu pour apporter ces changements au niveau des programmes.

République islamique d'Iran :

UNE POLITIQUE VIGOUREUSE DIFFICILE À ÉVALUER SUR LE TERRAIN

La République islamique d'Iran a attiré l'attention internationale durant les années 1990 pour avoir mis en œuvre l'une des politiques les plus réussies du monde visant à stabiliser la croissance démographique. Un revirement de politique à la fin des années 1980 a conduit à de nouvelles activités en matière de population et de planning familial qui ont brutalement fait tomber le taux de fécondité et contribué à repousser l'âge du mariage à plus espacer d'abord les naissances.

Une population qui comporte un nombre disproportionné de jeunes a fait des besoins de ces derniers le point focal des préoccupations politiques et sociales¹¹¹. La richesse de l'Iran par rapport aux autres pays de l'Asie du centre-sud, imputable pour une large part à ses importantes réserves pétrolières, a fourni les moyens de répondre à ces besoins. Les jeunes de 10 à 24 ans représentent 37 % d'une population iranienne de plus de 67 millions d'habitants¹¹². Leur taux d'alphabétisation est supérieur à 95 %; celui des jeunes femmes a presque doublé, passant de 48 à 92 % au cours des deux dernières décennies, tandis que celui des jeunes hommes passait de 71 à 89 %. Cette évolution est particulièrement prononcée dans les zones rurales, où l'alphabétisation est passée de 27 à 89 % des adolescentes, et de 60 à 98 % des adolescents, après une expansion considérable de l'enseignement structuré¹¹³.



Population en 2000 (en milliers)	70.330
Population âgée de 0 à 24 ans (% du total)	59 %
Population âgée de 10 à 24 ans (% du total)	36 %
Taux de croissance de la population (% annuel)	1,69 %
PNB par personne (PPP US\$, 1999) *	\$5.163
Naissances moyennes par femme 15-49 ans (TFT)	2,6
Pourcentage du total de naissances pour femmes 15-19 ans	9 %
Pourcentage du total de naissances pour femmes 20-24 ans	27 %
Pourcentage de non-célibataires de 15-19 ans (H/F)	5 % / 26 %
Pourcentage de non-célibataires de 20-24 ans (H/F)	34 % / 69 %
Femmes mariées de 15-19 ans pratiquant la contraception (%)	34 %
Prévalence du VIH chez femmes de 15-24 ans	No Data
Prévalence du VIH chez hommes de 15-24 ans	No Data
Ans de scolarité obligatoire	5
Pourcentage jeunes alphabètes de 15 à 24 ans (H/F)	96 % / 92 %
Taux brut de scolarisation primaire (H/F)	102 / 95
Taux brut de scolarisation secondaire (H/F)	81 / 73

Notes :

* Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

** Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

Sources :

Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU.
Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : Lutte contre la pauvreté*. Washington, DC : Banque mondiale.

Ministry of Health and Medical Education. 1997. *Results of the 1997 Family Planning Survey of Iran*. Tehran : MOHME.

Nations Unies, Division de la population. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (panneau mural). New York : ONU.
Population Reference Bureau (PRB). 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, DC : PRB.

ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA : juin 2000*. Genève : ONUSIDA.

UNESCO. 1995. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 1999. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

Nations Unies. 1997. *Report on the World Social Situation*. New York : ONU.

La constitution iranienne se fonde sur la Chari'a, ou droit islamique, et les politiques et interventions de l'Etat sont guidées par les principes islamiques. Les musulmans chiites forment 91 % de la population et les sunnites 8 %, le reste étant composé de chrétiens, de juifs, de zoroastriens et de Baha'i, groupe religieux que le gouvernement ne reconnaît pas. L'Iran abrite aussi une importante population de réfugiés afghans. Contrairement à beaucoup d'autres pays musulmans, l'Iran a souvent tempéré la Chari'a d'un certain pragmatisme en matière d'exigences sociales modernes, y compris les besoins de santé reproductive de la population. La présente évaluation de la réaction de l'Iran au mandat de la CIPD en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes se fonde dans une large mesure sur les documents officiels et matériels pédagogiques—qui expriment les intentions déclarées de

l'Iran à l'égard de ses jeunes—et non sur un vaste ensemble de preuves de réussite ou d'échec. On n'a guère fait de recherches sur les réalisations concrètes, notamment dans les cas où la réalité s'écarte des intentions de l'Etat ou des normes sociales.

CADRE POLITIQUE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

En 1979, une révolution islamique a remplacé la monarchie semi-laïque par un régime islamique. La nouvelle constitution, qui définissait les mandats des diverses branches du gouvernement sous la conduite du chef spirituel suprême, a eu des conséquences importantes pour la population et les politiques et lois de santé reproductive. L'incertitude entourant le rôle du planning familial dans le cadre de l'Islam a conduit le nouveau gouvernement à ne pas le soutenir, bien que les secteurs publics et privés aient continué à fournir des services sur une modeste échelle¹¹⁴. Si les questions de population et de planning familial préoccupaient certains éléments du gouvernement, la politique a d'abord consisté, dans son ensemble, à encourager une forte fécondité afin de maximiser le nombre de supporters de la révolution, compenser les énormes pertes de vies humaines encourues durant la guerre contre l'Irak, et en réaction à un sentiment d'isolement international renforcé par l'embargo américain¹¹⁵. Cette stratégie pro-nataliste abaissait l'âge du mariage à 9 ans pour les filles et à 14 ans pour les garçons, offrait des incitations aux familles à avoir plus d'enfants et interdisait l'avortement. Ces politiques, jointes à l'immigration—notamment de l'Afghanistan—ont porté la population de 34 à 50 millions d'habitants entre 1976 et 1986, soit un taux moyen de croissance supérieur à 3,8 % par an durant une période de 10 ans¹¹⁶.

Le recensement de 1986, qui a révélé la croissance démographique extrêmement rapide et un mouvement de migration vers les villes, a d'abord suscité une grande joie, puis une vive alarme. L'Organisation du Plan et du Budget et le Ministère de la santé et de l'enseignement médical (MOHME) ont alors lancé une campagne pour convaincre d'autres décideurs de la nécessité d'une politique de population et d'un programme de planning familial¹¹⁷. Deux importants séminaires ont été organisés

Le gouvernement islamique a eu un énorme problème quand il s'est agi d'expliquer ce revirement dramatique à la population; il a lancé une campagne nationale visant à créer un consensus pour expliquer les conséquences négatives d'une croissance démographique rapide et les avantages de la limitation des naissances pour la société et la santé des femmes.

dans la ville de Machhad, l'un, en 1988, sur la population et le développement, et l'autre, en 1989, sur l'Islam et la politique démographique, avec la participation de hautes personnalités religieuses. Le Conseil judiciaire suprême a annoncé que «aucun obstacle islamique ne s'oppose au planning familial», et le gouvernement a doublé son budget de la population et institué une nouvelle politique démographique, assortie d'un programme de planning familial sous la tutelle du MOHME¹¹⁸. En 1990, la Commission sur la limitation de la famille, composée de représentants de divers secteurs, a été créée pour coordonner et superviser toutes les activités du gouvernement liées à la politique démographique, y compris la promotion dans les médias d'une norme prévoyant un petit nombre d'enfants par famille, l'abolition du congé de maternité après quatre enfants ou plus, l'augmentation des possibilités d'éducation et d'emploi offertes aux femmes et l'expansion des prestations de retraite. Le gouvernement islamique a eu un énorme problème quand il s'est agi d'expliquer ce revirement dramatique à la population; il a lancé une campagne nationale visant à créer un consensus pour expliquer les conséquences négatives d'une croissance démographique rapide et les avantages de la limitation des naissances pour la société et la santé des femmes¹¹⁹.

De hautes personnalités religieuses ont soutenu la campagne à la radio, à la télévision et dans la presse et lors des prières du vendredi. Elles ont notamment déclaré que le planning familial était essentiel pour la santé des femmes. L'Ayatollah Khomeyni s'est exprimé en faveur de l'espacement des naissances et beaucoup d'autres ont lancé des proclamations (fatwas) appuyant de telle ou

telle méthode de régulation des naissances et d'allaitement au sein, tandis que des fonctionnaires publics citaient le prophète Mohammed, selon lequel «des enfants moins nombreux rendent la vie plus facile»¹²⁰. Un éminent chef religieux, l'Ayatollah Shrazi, a exhorté les Iraniens à réfléchir à la qualité plutôt qu'à la quantité des musulmans¹²¹. Une loi de 1993 a mis un terme à l'ensemble de la politique pro-nataliste et un recensement a révélé qu'entre 1986 et 1996, le taux moyen de croissance annuelle de la population était tombé de 2,5 à 1,5 %¹²². Ce sont peut-être des changements socio-économiques qui ont amené l'amorce de ce recul, mais il a certainement été catalysé par les efforts intenses du gouvernement entre 1988 et 1991¹²³.

QU'EST-CE QUI A ATTIRÉ L'ATTENTION DU PAYS SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

En Iran, le baby-boom et la croissance démographique sont devenus l'élément principal du dialogue national portant sur les nouvelles formules d'éducation, de santé et d'autres éléments de la politique sociale, et sur la façon dont on pourrait les mettre en œuvre à l'énorme échelle voulue. Les pressions exercées par les parents sur le gouvernement pour qu'il s'occupe davantage du bien-être des jeunes ont également été un important facteur.

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Il n'existe pas de politique d'ensemble portant spécifiquement sur les besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes et la sexualité des jeunes est un sujet dont on ne parle pas aisément dans le domaine public. Néanmoins, la Politique nationale de population, la Loi sur le planning familial, la Politique nationale de développement et la Politique nationale de santé comportent toutes des dispositions qui concernent spécifiquement les jeunes. Et une Loi nationale sur la population et le planning familial prescrit que les Ministères de l'éducation, de la culture et de la santé sont tenus d'encourager la sensibilisation des étudiants aux questions de population et de développement et d'inscrire l'éducation en matière de population dans les programmes d'études scolaires.

Constitué en 1993, le Conseil supérieur de la jeunesse a élaboré une Politique nationale de la jeunesse pour mieux sensibiliser la population aux besoins des jeunes; mais elle ne traite pas explicitement de la santé reproductive des jeunes, même dans les sections consacrées à la vie familiale et au mariage¹²⁴. Elle prescrit la gratuité de l'ensemble des services de santé offerts à la population, qui incluent des services de santé reproductive. Ces services utilisent un réseau de soins de santé primaire qui sert plus de 90 % de la population et qui est particulièrement dynamique dans les zones rurales. Si en théorie un jeune de 16 ans doit pouvoir obtenir des soins de santé reproductive sans qu'on lui pose de questions sur sa situation de famille, son âge ou le consentement de ses parents, les dossiers contiendront néanmoins tous ces renseignements et conditionneront souvent les services et les informations qu'il ou elle recevra¹²⁵.

Des contradictions analogues existent à propos du mariage. La campagne du gouvernement visant à faire baisser la fécondité a soutenu un mouvement lancé par des parlementaires réformistes, visant à porter l'âge minimum du mariage de 9 à 15 ans pour les filles et de 17 à 18 ans pour les garçons. Malheureusement, ces dispositions ont été bloquées par le Conseil des Gardiens, organisme conservateur qui doit avaliser toutes les lois et tous les candidats en fonction des préceptes islamiques. Néanmoins, le développement socio-économique et les



Zohra Rasekh

«Le problème des garçons est plus compliqué parce que les filles parlent à leurs mères de leurs problèmes personnels, alors que les garçons ne le font pas et que leurs pères ne s'occupent pas d'eux. Dans le cas des garçons, nous leur donnons un livre à lire et nous avons un conseiller qui dirige les débats et répond aux questions.»

— Représentant du Ministère de la santé

progrès de l'éducation ont contribué à relever l'âge moyen du mariage entre 1986 et 2000, aussi bien pour les hommes que pour les femmes (respectivement, à 25 et 22 ans)¹²⁶.

Depuis la CIPD de 1994, du fait de la sensibilisation accrue du public à l'égard des questions de santé reproductive des jeunes, il est plus facile pour le gouvernement d'offrir une éducation, des conseils et des services de santé reproductive au sein de la société iranienne conservatrice. Mais il agit avec prudence, tenant compte de la sensibilité de chaque collectivité et plaçant les dirigeants religieux à l'avant-plan des interventions d'éducation du public. Malgré l'absence d'une politique générale dans ce domaine, l'influence politique des experts et des dirigeants religieux au sein du gouvernement a joué un rôle critique pour porter la santé sexuelle et reproductive des jeunes à l'attention des dirigeants politiques. Un certain nombre d'organisations non gouvernementales ont joué un rôle dans la promotion, le soutien technique et les recherches, mais leur influence reste limitée¹²⁷.

LIGNES DE FORCE DES PROGRAMMES CONCERNANT LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

A maints égards, l'absence d'une politique explicite de santé reproductive des jeunes n'a pas été ressentie en Iran¹²⁸. Un système de santé vigoureux, l'engagement d'être au service de tous, et les efforts déployés pour changer les attitudes du public ont bien servi la cause des

jeunes. Le gouvernement islamique a coordonné et financé de nombreux projets et presque tous les services sont gratuits.

Le Ministère de la santé et de l'enseignement médical (MOHME) et le Conseil national de la jeunesse sont les deux principaux organismes qui coordonnent les travaux multisectoriels visant à améliorer les connaissances et la santé des jeunes en matière de sexualité et de reproduction. En 1994, le Ministère a créé le Bureau de la jeunesse, au sein de son Département de la santé familiale, pour travailler avec les écoles, les enseignants et les parents sur les conséquences médicales et sociales de la sexualité des jeunes¹²⁹.

Un programme innovateur prévoit des stages prénuptiaux obligatoires pour les couples fiancés; pour obtenir une licence de mariage, chaque couple doit assister à un stage d'une demi-journée consacré aux questions de santé sexuelle et reproductive et au planning familial, et subir des tests de dépistage de la syphilis et de la toxicomanie. Bien que la précocité de l'âge du mariage signifie que les responsables des conseils prénuptiaux se voient souvent obligés de préparer au mariage des garçons et des filles de dix à quinze ans, ces consultations sont jugées être efficaces et acceptées sur le plan culturel. Le MOHME administre près de 500 centres de consultation dans l'ensemble du pays, ainsi que de nombreuses équipes mobiles dans les zones rurales; il s'efforce d'élargir ces services avec l'aide d'un groupe caritatif, le Imam's Relief Committee.

Le MOHME a publié une brochure, intitulée «Un message de bonheur pour les jeunes couples», qui met l'accent sur l'amour, la tendresse et les liens spirituels dans les relations sexuelles, et conseille aux jeunes hommes de s'assurer que la femme accepte d'avoir des rapports sexuels et est prête à les accomplir¹³⁰. Le texte va jusqu'à expliquer les réactions physiologiques à l'éveil sexuel, et donne des informations très explicites sur la jouissance de chaque partenaire, les préliminaires sexuels, l'hygiène, la prévention des IST et le fait que le SIDA peut frapper n'importe qui, notamment les gens qui ont de multiples partenaires. Il décourage la grossesse avant 18 ans, en tant que risque pour la santé, explique les signes de la grossesse et recommande un espacement de trois ans entre les naissances. Comme beaucoup de publications iraniennes portant sur la santé reproductive, ces ouvrages

L'importance accordée ces dernières années par le gouvernement à l'alphabétisation des femmes a rendu beaucoup plus facile la diffusion d'une documentation.

citent souvent des préceptes musulmans qui rendent légitime les discussions sur les sujets liés à la sexualité¹³¹.

Plus récemment, le gouvernement s'est attaché à fournir des informations en fonction de l'âge dans le cadre de l'enseignement officiel. L'importance accordée ces dernières années par le gouvernement à l'alphabétisation des femmes a rendu beaucoup plus facile la diffusion d'une documentation. Des ouvrages élaborés à l'intention des parents et des jeunes, mariés ou célibataires, font actuellement l'objet d'essais dans trois provinces différentes¹³². Le MOHME fournit aussi des informations à un programme multisectoriel visant à faire participer les jeunes Iraniens au développement national¹³³.

Le Ministère de l'éducation a également constitué un Comité d'élaboration de programmes d'études, chargé d'élaborer un matériel pédagogique pour plus de 1 000 projets scolaires pilotes, dans cinq provinces. En septembre 2001, le ministère a inscrit la santé reproductive au programme scolaire et les matériels existants seront incorporés dans les manuels des élèves du deuxième cycle¹³⁴. Une documentation traitant de la population et du planning familial a déjà été remise aux écoles, mais n'a pas été intégrée à un cours obligatoire¹³⁵. Le FNUAP offre également une formation pédagogique aux questions de santé des adolescents et aide l'Association pour le planning familial de la République islamique d'Iran (FPAIRI) et le Ministère de l'éducation à élaborer et publier des matériels pédagogiques pour aider les parents à communiquer avec leurs enfants.

L'éducation est aussi au centre des préoccupations des ONG nationales qui s'occupent de santé reproductive. L'Association des parents d'élèves, ONG indépendante qui collabore de longue date avec le Ministère de l'éducation, a publié plusieurs manuels sur la santé reproductive des jeunes, les rapports familiaux et la problématique hommes-femmes, et un journal d'information, Payvand (Liaison) à l'intention des parents. Un projet de la FPAIRI a formé des adultes qui travaillent avec des jeunes dans divers cadres, y compris des prisons pour jeunes, des écoles, des centres culturels, des associations de parents d'élèves et des mosquées¹³⁶.

Un autre programme de la FPAIRI a élaboré à l'intention des garçons, des filles et des couples fiancés des documents qui correspondent à leur âge. Les documents destinés aux adolescents les plus jeunes traitent surtout de

physiologie et d'hygiène; les filles et les garçons plus âgés reçoivent des informations sur les MST, la grossesse et le planning familial. La brochure destinée aux filles leur présente les aspects physiques et psychologiques de la puberté, les encourage à voir la beauté d'être femme et les invite à consulter les femmes de leur famille aussi bien que leurs agents de santé pour obtenir de nouvelles informations¹³⁷. La brochure destinée aux garçons est tout à fait différente et plus explicite que celle des filles, porte sur la sexualité et le comportement sexuel, l'importance de la taille du pénis, la psychologie de l'intérêt ou du manque d'intérêt à l'égard du sexe opposé, la masturbation et d'autres sujets¹³⁸. C'est uniquement dans la documentation destinée aux jeunes couples fiancés ou mariés que l'on trouve des informations concernant les relations sexuelles et la sexualité¹³⁹.

Un aspect remarquable de l'approche iranienne à l'égard de la santé reproductive est la place accordée à l'éducation, à la sensibilisation et à la participation des hommes. Le gouvernement se fonde sur le fait que la participation des hommes exerce un effet profond sur la santé des femmes et il utilise les préceptes islamiques qui encouragent les hommes à assumer la responsabilité de leur comportement sexuel et à négocier avec leurs femmes la pratique du planning familial¹⁴⁰. Le Ministère de la santé met au point un Plan d'action national incitant la participation des hommes aux questions de santé reproductive, tandis que le Ministère de l'éducation élargit son programme d'éducation sexuelle aux bases militaires et autres lieux de travail, avec l'assistance technique du FNUAP¹⁴¹.

DÉFIS ET RÉACTIONS

Il existe des différences entre les idées du Conseil des Gardiens, les politiques de santé du gouvernement et les pratiques locales. Par exemple, il n'y a aucun dossier offi-

Il est certain que l'accès aux services de santé a considérablement amélioré la santé de l'ensemble des Iraniens, mais on ne possède guère de données sur la population âgée de 10 à 24 ans.

ciel concernant la santé sexuelle, les grossesses ou les avortements des filles de moins de 15 ans, parce qu'elles sont considérées comme des enfants et ne sont pas censées être sexuellement actives. Et les mariages précoces et une forte fécondité restent permis, bien qu'il soit reconnu que ces pratiques sont nuisibles. La Politique nationale d'éducation prescrit la scolarisation des filles mariées enceintes mais, dans les zones rurales les écoles sont rares et les filles enceintes doivent aller en classe dans des villes ou des provinces voisines¹⁴².

En outre, bien que les réalisations de la politique iranienne concernant les jeunes soient admirables, on n'a guère fait de recherches pour savoir ce qui se passe vraiment. C'est là où les ONG pourraient éventuellement jouer un plus grand rôle. En 2000, par exemple, avec un financement de l'UNICEF et de la Fédération internationale du planning familial, la FPAIRI a mené une enquête auprès de 4 320 garçons et filles de Téhéran pour évaluer l'efficacité d'une série de modules d'éducation sexuelle¹⁴³. De telles évaluations sont tout à fait nécessaires.

En fait, les carences des matériaux d'éducation posent un autre problème pour la réussite du programme iranien concernant les jeunes. D'une part, les manuels et les livres de classe contiennent des explications d'une franchise étonnante sur le corps et les organes sexuels. D'un autre côté, la plupart des documents traitent par euphémisme de la sexualité et des questions relationnelles et les discussions concernant le comportement sexuel des jeunes, même au sein du mariage, sont censurées¹⁴⁴. En Iran, peu d'ONG s'occupent de santé reproductive des jeunes: les conditions culturelles, sociales et politiques ne sont pas favorables à un travail indépendant des ONG dans ce domaine.

Il est certain que l'accès aux services de santé a considérablement amélioré la santé de l'ensemble des iraniens, mais on ne possède guère de données sur la population

âgée de 10 à 24 ans¹⁴⁵. L'Iran ne publie guère d'informations sur les conditions auxquelles se heurtent les jeunes pour avoir accès aux informations et aux services, ou pour prendre des décisions sexuelles ou reproductives qui diffèrent des normes en vigueur. Par exemple, malgré l'absence de données valables sur l'avortement (qui est illégal, sauf si la santé de la mère est en danger) et la grossesse précoce, les experts estiment qu'environ 100.000 jeunes femmes ont des avortements—la plupart illicites ou auto-provoqués—chaque année¹⁴⁶. La sensibilisation accrue du public à l'importance des jeunes dans le développement de l'Iran a conduit à recueillir certaines données sur leur situation de santé; mais il reste encore à faire.

LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ET RECOMMANDATIONS

Parmi les facteurs qui ont été particulièrement favorables, en Iran, aux interventions de santé reproductive des jeunes figurent les soucis suscités par une nombreuse population jeune et ses besoins, le vigoureux engagement du gouvernement au plan de la santé, le soutien de personnalités religieuses, une société bien éduquée, la coopération entre les écoles et les parents, un financement national satisfaisant, et la collaboration entre divers secteurs gouvernementaux et la société civile en matière de planification et d'exécution de la politique. Bien qu'à maints égards l'Iran reste un cas isolé, son expérience peut servir à l'élaboration d'une politique de santé sexuelle et reproductive dans d'autres milieux.

Le gouvernement a reçu un soutien économique, politique et religieux pour répondre aux besoins des jeunes. En Iran, la situation politique est telle qu'il a été possible d'améliorer les informations et les services de santé reproductive offerts aux citoyens de tous âges tout en poursuivant l'objectif de réduction de la croissance démographique. Les efforts déployés par l'Iran pour stabiliser sa population n'ont pas entraîné de violations des droits de l'homme que l'on a vu ailleurs; par exemple, le pays a évité de répéter l'expérience indienne de vasectomie obligatoire durant les années 1970¹⁴⁷.

Les changements apportés à la politique de santé reproductive ont énormément profité d'une étroite

association entre les dirigeants politiques et religieux de l'Iran. Le Chiisme iranien s'est révélé ouvert au changement et à l'interprétation du Coran en fonction du temps, du lieu et de la population—donnant ainsi un utile exemple à d'autres pays dans lesquels la religion a une influence importante.

Le gouvernement de l'Iran a reconnu que les dirigeants doivent intervenir activement pour modifier les attitudes à l'égard de la fourniture d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive aux jeunes. Le besoin d'une politique explicite de la santé reproductive des jeunes peut être moins pressant quand existe une volonté politique d'améliorer leur vie reproductive. Mais cette volonté politique n'est le fait, en Iran, que de quelques décideurs et n'intervient que dans certains secteurs; il faut donc intensifier la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

Bien que la sexualité et la procréation soient des sujets délicats, le gouvernement recourt à des circuits culturellement acceptables pour faciliter l'accès à des informations exactes et la création de contextes où peuvent se dérouler sans danger des débats portant sur ces questions. Les programmes d'éducation en santé reproductive organisés à titre provisoire par le gouvernement dans les écoles ont été renforcés par les activités des associations de parents d'élèves. Celles-ci se prêtent admirablement à des débats et à l'élaboration de documents concernant les questions de santé reproductive des jeunes. L'Iran a encore beaucoup à faire pour intégrer des informations de santé reproductive appropriées à l'âge dans des manuels non exclusivement destinés aux élèves plus âgés.

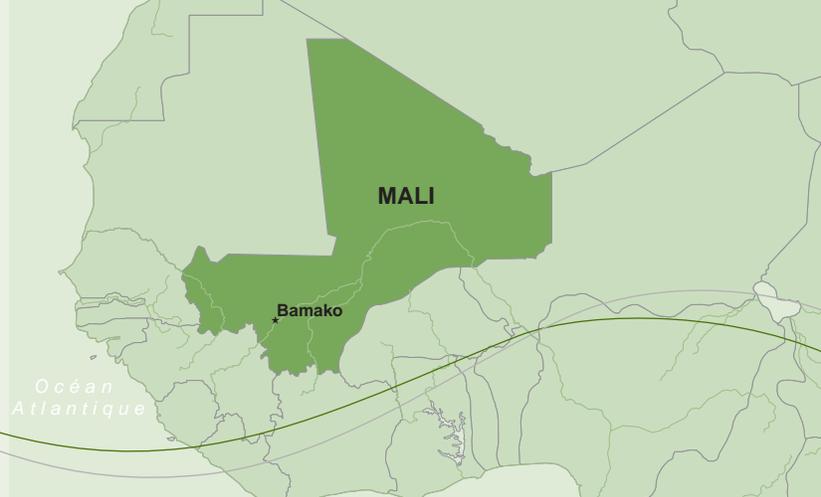
Les initiatives des programmes de l'Etat portant sur la vie sexuelle et reproductive des jeunes doivent être considérablement renforcées par une politique nationale dans ce domaine. L'existence d'un tel engagement aiderait à harmoniser les politiques iraniennes à l'égard des jeunes et faciliterait la coordination entre les différents secteurs.

Un engagement à l'égard de l'épanouissement des jeunes permet aux filles mariées et enceintes de poursuivre leur scolarité après le mariage. L'engagement de l'Iran à l'égard de l'éducation et de l'épanouissement des filles a conduit à la création d'écoles spéciales qui leur sont réservées.

En Iran, les ONG pourraient jouer un rôle plus actif en mettant les décideurs au courant des réalités locales. Les conventions culturelles qui existent sur le plan local font souvent oublier les circonstances et les conséquences de mariages et de grossesses très précoces. Il ne faut pas nier l'impact des complications de la grossesse et de l'avortement sur les jeunes filles. La société civile pourrait jouer un rôle important en faisant savoir ce qui arrive en réalité et en faisant connaître l'efficacité des diverses interventions.

L'Iran semble politiquement prêt à formuler une politique de santé reproductive des jeunes qui respecte les normes culturelles et il a déjà mis en œuvre plusieurs programmes extrêmement prometteurs. A la surprise de nombreux étrangers, le gouvernement conservateur et les dirigeants religieux du pays ont répondu aux besoins de santé reproductive des jeunes iraniens. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour éduquer les décideurs et les réalisateurs des programmes et pour élaborer des politiques plus réalistes concernant les jeunes. Le gouvernement doit maintenant réagir aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes et aborder avec plus de franchise les réalités de leur existence.

5



République du Mali :

LA PAUVRETÉ ET LA MAUVAISE SANTÉ RALENTISSENT LES PROGRÈS

Les valeurs culturelles de l'Afrique de l'Ouest, conjuguées à celles de l'Islam, ne donnent guère de voix au chapitre aux Maliennes durant la plus grande partie de leur existence. Parmi les facteurs culturels qui entravent la santé reproductive figurent la dualité des normes sexuelles et les activités sexuelles pré-nuptiales, qui sont fréquentes malgré l'opprobre qui s'y attache. Bien que les femmes fassent souvent vivre leurs familles et leurs ménages, la faiblesse de leur niveau d'éducation et leurs difficultés d'accès à des ressources financières limitent le genre de travail qu'elles peuvent faire. La scolarisation est extrêmement faible, notamment parmi les filles; dans les zones rurales, une fille sur cinq au maximum va à l'école¹⁴⁸. Malgré certaines réalisations obtenues au plan de la santé reproductive depuis la CIPD, les femmes et les adolescentes maliennes ont des taux élevés de mariage et de grossesse précoces, ne reçoivent à l'école qu'une éducation sexuelle limitée, et n'ont aucun accès légal à l'avortement. Vers le milieu des années 1990, 42 % des filles de 15 à 19 ans et 69 % des filles de 19 ans étaient enceintes ou avaient déjà accouché, la grande majorité au sein du mariage¹⁴⁹. Vingt-deux pour cent des femmes sont mariées—illégalement—avant 15 ans et 93 % des femmes de 25 à 49 ans étaient déjà mariées à 22 ans. Des femmes en âge de procréer, 94 % ont subi des excisions génitales¹⁵⁰.

Population en 2000 (en milliers)	11.351
Population âgée de 0 à 24 ans (% du total)	66 %
Population âgée de 10 à 24 ans (% du total)	32 %
Taux de croissance de la population (% annuel)	2,68 %
PNB par personne (PPP US\$, 1999) *	\$693
Naissances moyennes par femme 15-49 ans (TFT)	7
Pourcentage du total de naissances pour femmes 15-19 ans	21 %
Pourcentage du total de naissances pour femmes 20-24 ans	28 %
Pourcentage de non-célibataires de 15-19 ans (H/F)	5 % / 50 %
Pourcentage de non-célibataires de 20-24 ans (H/F)	29 % / 88 %
Femmes mariées de 15-19 ans pratiquant la contraception (%)	5 %
Prévalence du VIH chez femmes de 15-24 ans	1,7 - 2,4 %
Prévalence du VIH chez hommes de 15-24 ans	1,0 - 1,6 %
Ans de scolarité obligatoire	9
Pourcentage jeunes alphabètes de 15 à 24 ans (H/F)	71 % / 58 %
Taux brut de scolarisation primaire (H/F)	58 / 40
Taux brut de scolarisation secondaire (H/F)	17 / 8

Notes :

* Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

** Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

Sources :

Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU.
Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : Lutte contre la pauvreté*. Washington, DC : Banque mondiale.

Nations Unies, Division de la population. 2000. *World Marriage Patterns 2000 (panneau mural)*. New York : ONU.
Population Reference Bureau (PRB). 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, DC : PRB.

ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA : juin 2000*. Genève : ONUSIDA.

UNESCO. 1995. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 1999. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

Nations Unies. 1997. *Report on the World Social Situation*. New York : ONU.

Au Mali, l'un des pays les plus pauvres du monde, environ 30 % de la population a accès à des soins de santé primaires¹⁵¹. Les soins de santé publique subventionnés par l'Etat ne sont gratuits que pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 12 ans. La mise en place d'une couverture universelle se heurte à la faiblesse des affectations budgétaires (en hausse) réservées aux soins de santé, à la dispersion de la population rurale, et à la forte proportion de la population présentant des risques sanitaires¹⁵².

Les politiques actuelles ne sont pas très favorables à la santé sexuelle et reproductive des jeunes maliens. On commence à apprendre aux agents de santé à traiter les jeunes, dont les besoins sont mentionnés dans les directives nationales des services de santé reproductive¹⁵³. Mais le Mali a besoin de grouper ses ministères pour formuler une stratégie nationale visant à s'attaquer aux nombreux

obstacles auxquels se heurte la vie sexuelle et reproductive des jeunes: inégalités entre les sexes, normes sociales et politiques, vues des parents et autres adultes, et conditions sociales et économiques défavorables.

CADRE POLITIQUE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Au Mali, comme dans la plupart des pays en développement, les politiques de population et de santé englobent la santé et les droits en matière de reproduction. La définition de la CIPD, qui décrit la santé reproductive comme un état de bien-être, et non pas comme la simple absence de maladies, inspire officiellement les politiques du Mali, bien que celles-ci avancent par à-coups. Le gouvernement a commencé en 1972 à encourager l'espace des naissances pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant, et a intégré en 1978 la santé reproductive aux services de santé maternelle et infantile¹⁵⁴. En 1991, il a adopté une déclaration de politique nationale de population qui met l'accent sur la protection de la famille, le droit des couples à décider du nombre et de l'espace des enfants, le respect des droits des enfants, et le besoin de faire participer les femmes au développement¹⁵⁵. Cette politique mentionne spécifiquement le besoin de faire mieux prendre conscience des effets nuisibles du mariage précoce, de protéger les adolescentes contre des grossesses précoces et non souhaitées, de lutter contre les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des filles, y compris les excisions génitales, et de libérer les femmes et les adolescentes du besoin d'obtenir le consentement du conjoint ou des parents pour obtenir des services¹⁵⁶.

La plupart de ceux qui s'occupent de santé reproductive s'accordent à dire que, depuis la CIPD, l'élaboration de la politique nationale est devenue plus transparente et la santé reproductive des jeunes fait d'objet d'une attention accrue. En 1996, un rapport du gouvernement aux Nations Unies disait spécifiquement que les services de santé infantile n'avaient pas pour propos de s'occuper de santé sexuelle et reproductive; néanmoins, la décentralisation qui est opérée au Mali peut éventuellement rendre le système de santé mieux réceptif au niveau local¹⁵⁷.

L'ensemble de la société malienne appuie vigoureusement le principe des excisions génitales féminines pour

La plupart des jeunes ne sont pas scolarisés, ce qui limite l'influence de tout programme d'éducation sexuelle réalisé dans les écoles.

toute une série de raisons, dont la coutume, la religion, et les croyances concernant l'hygiène et la préservation de la moralité. Cependant, une meilleure connaissance de ses effets négatifs a conduit le gouvernement à mettre sur pied un plan visant à éliminer les excisions d'ici 2008, grâce à un travail d'éducation et de sensibilisation sous la conduite d'un Comité national visant l'élimination des pratiques nuisibles à la santé des femmes et des enfants. Plusieurs organisations et réseaux, y compris le Groupe pivot/Santé population et le Centre américain des activités de développement et de population (CEDPA), se sont regroupés pour faire campagne contre les excisions.

Au Mali, l'éducation sexuelle n'est pas obligatoire et, quand elle est enseignée, elle ne va guère au-delà des principes fondamentaux de la biologie de la procréation¹⁵⁸. Les références à l'éducation sexuelle au niveau de la politique soulignent la nécessité de faire comprendre les risques et les inconvénients des grossesses précoces et non souhaitées. Le soutien apporté par le Fonds de la population des Nations Unies (FNUAP) aux programmes scolaires d'éducation sexuelle et démographique pourrait aider à faire comprendre comment est donné l'enseignement et à amener l'éducation sexuelle à fournir aux jeunes les informations et les services dont ils ont besoin pour réduire les risques. Cependant, la plupart des jeunes ne sont pas scolarisés, ce qui limite l'influence de tout programme d'éducation sexuelle réalisé dans les écoles. Le fait que tant de jeunes Maliens ne vont pas à l'école augmente la probabilité d'activités ou de risques sexuels précoces, vu le manque de possibilité d'emploi rémunéré. Il est attristant de constater que même ceux qui ont terminé leurs études n'ont pas nécessairement une meilleure chance de trouver du travail que leurs homologues non scolarisés.

Les partis politiques exercent une influence extraordinaire sur les jeunes, qu'ils nourrissent d'espoir et dont ils récompensent la fidélité par des dons monétaires ou par d'autres petits services¹⁵⁹. Tous les partis ont une section

Les excisions génitales sont interdites au Sénégal

Pratiquées de longue date au Sénégal, les excisions génitales féminines sont désormais interdites dans ce pays. La loi de 1999, qui qualifie cette dangereuse pratique d'infraction pénale prévoit jusqu'à six ans de prison pour les délinquants. Ceux-ci sont définis non seulement comme la personne qui effectue l'intervention mais aussi les parents et autres personnes qui en donnent l'ordre.

La nouvelle loi a reçu un appui vigoureux du Président Abdou Diouf, qui attribue l'initiative de ce changement à des formations féminines communautaires. En effet, à l'origine du mouvement se trouve un groupe de femmes nouvellement alphabétisées du village de Malicounda, qui avaient reçu une formation d'une organisation non gouvernementale appelée TOSTAN. Le programme—dont le nom signifie «sortir de la coquille»—conjugait un enseignement dans les langues vernaculaires et des questions de développement. Une fois leur stage achevé, les femmes de Malicounda étaient mieux à même de prendre des décisions informées au sujet de leur propre santé, de leur bien-être, et de celui de leurs enfants.

Elles ont diffusé leurs nouvelles connaissances dans les collectivités voisines, avec l'aide de TOSTAN et de l'UNICEF, et ont eu recours à une saynète pour appeler l'attention sur les excisions et expliquer leurs raisons de vouloir mettre fin à cette pratique. Ensuite, elles ont créé une coalition avec deux villages voisins. L'un d'entre eux, dont les femmes venaient de terminer un stage de TOSTAN, a facilement accepté le «serment de Malicounda». Par contre, l'autre village a décidé qu'il fallait, avant d'abolir la pratique de l'excision, consulter des parents vivant dans les villages voisins. Deux hommes, un animateur et un mollah musulman de rang élevé qui avaient participé au programme de TOSTAN, se sont rendus d'un village à l'autre pour parler des conséquences néfastes de l'excision et expliquer qu'elle n'était pas exigée par l'Islam. De nombreuses tribus ont alors décidé que la circoncision n'était plus désormais un élément essentiel de leur identité culturelle.

La collectivité avait alors toute latitude pour prendre ses propres décisions en matière de droit coutumier. Convaincus de l'importance de leur activisme, les hommes sont revenus pleinement décidés à aider les femmes des trois premiers villages à organiser des conférences réunissant les intéressées d'autres villages. Ce mouvement de participation communautaire, lancé en 1998, n'a cessé de s'amplifier et a fini par exercer sur les lois sénégalaises une profonde influence, qui a même surpris les activistes étrangers qui n'avaient pas réussi à mener à bien, pour la plupart, leurs campagnes contre l'excision. Le mouvement a prouvé que même une éducation de base donne à la population les outils lui permettant de décider elle-même que des pratiques néfastes doivent cesser. Au milieu de l'année 1999, 28 autres villages avaient également renoncé à la pratique de l'excision. Le Sénégal rejoint ainsi le Soudan, la Somalie, le Kenya, le Togo, le Ghana et le Burkina Faso pour interdire les excisions génitales féminines.

Dans d'autres pays africains, au Kenya par exemple, les collectivités adoptent d'autres rites de passage. C'est ainsi que Circumcision Through Words rassemble les jeunes candidates pendant un stage d'une semaine de conseils, de confirmation et de célébration. Pendant cette semaine d'isolement, les jeunes filles reçoivent les enseignements traditionnels concernant leurs rôles de femmes adultes et de parents dans leurs collectivités. Le programme développe aussi leurs connaissances de la santé, de la procréation et de l'hygiène, et leur donne des aptitudes de communication qui renforcent leur propre estime. L'élimination de l'excision génitale n'est pas sans avoir des problèmes. Les partisans de l'interdiction de cette pratique nuisible cherchent de nouvelles formules permettant aux personnes qui pratiquaient jadis la circoncision de gagner leur vie.

Sources :

African News Service: «Alternative Rite to Female Circumcision» : <http://allafrica.com/stories/199711190060.html>.

CNN.com, «Female Circumcision outlawed in Senegal» : <http://www.cnn.com/WORLD/africa/9901/15/senegal.01>.

FNUAP, «Senegal Bans Female Genital Mutilation» : <http://www.unfpa.org/modules/dispatch/issues99/feb99/senegal.htm>.

The Christian Science Publishing Society, «Standing up to Ancient Custom» : <http://www.csmonitor.com/durable/1998/06/03/pls4.htm>.

«Senegalese Women Remake Their Culture» (No. 3, déc. 1998). Washington, DC : Banque mondiale.



Terri Bartlett

Selon une étude, la moitié des femmes n'avaient pas changé leur comportement sexuel après avoir pris connaissance du VIH, ce qui montre peut-être les difficultés qu'ont les jeunes femmes à négocier les rapports sexuels ou l'emploi du préservatif.

jeunesse et recrutent des jeunes en vue des élections de juin 2002.

QU'EST-CE QUI A ATTIRÉ L'ATTENTION DU PAYS SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Deux réalités ont porté la santé reproductive des jeunes à l'attention des décideurs et des réalisateurs de programmes: les niveaux élevés de grossesse et d'avortement dangereux chez les jeunes filles, et la crainte d'une diffusion du VIH/SIDA. Ce n'est pas parce que la grossesse compromet la scolarité qu'elle pose problème puisque tellement de filles ne sont pas scolarisées; mais parce que, quand elle a lieu en dehors du mariage comme c'est le cas pour beaucoup de jeunes femmes, elle est considérée comme un comportement perturbateur et scandaleux et peut les amener à se faire chasser de leur foyer.

La législation du Mali ne reconnaît aucune raison pour l'avortement, bien que certaines sections de la Politique nationale de population soutiennent une interprétation permettant de le pratiquer si la vie de la femme se trouve en danger¹⁶⁰. Un docteur très occupé travaillant dans un dispensaire de santé reproductive a déclaré que, si des raisons de santé pouvaient justifier qu'il réalise un avortement, il ne fournirait pas ce service en cas de viol ou d'inceste. On estime qu'un décès maternel sur 20, au Mali, est le résultat d'un avortement dangereux : or, les sanctions imposées en cas d'avortement sont sévères, et les filles qui ont des complications attendent souvent la dernière minute avant de chercher des soins légitimes¹⁶¹. Même quand une femme meurt des suites d'un avortement, on en parle rarement¹⁶². Il faut instamment organiser un débat national sur les répercussions des avortements dangereux sur la santé publique—notamment pour les filles.

La prévalence de VIH est plus faible au Mali que dans les pays voisins mais elle est en augmentation et près des deux-tiers des séropositifs sont des jeunes de 20 à 35 ans. Parmi les femmes de 15 à 24 ans, les estimations du nombre de séropositives vont de 1,7 à 2,4 % tandis que, pour les hommes de la même tranche d'âge, elles vont de 1,0 à 1,6 %, soit un chiffre inférieur à l'estimation basse pour les femmes¹⁶³. Un Programme national de prévention du SIDA s'efforce de renforcer son organisation et les jeunes ont une bonne connaissance du VIH mais cela n'a guère d'effet pratique sur le comportement, y compris sur l'emploi du préservatif¹⁶⁴. Selon une étude, la moitié des femmes n'avaient pas changé leur comportement sexuel après avoir pris connaissance du VIH, ce qui montre peut-être les difficultés qu'ont les jeunes femmes à négocier les rapports sexuels ou l'emploi du préservatif¹⁶⁵.

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Le gouvernement reconnaît l'importance de la santé reproductive des jeunes, mais n'a pas encore élaboré de politique comportant des rôles et des responsabilités bien définis. Plusieurs plans décennaux portant sur des secteurs précis montrent que le pays peut mettre sur pied



des plans à long terme, mais le problème de la coordination entre plusieurs secteurs—indispensable dans le cas de la politique de la jeunesse—n’a pas encore été résolu. Et, tandis que les Ministères de la jeunesse et des sports, de la santé et des femmes, de la famille et des enfants ont collaboré pour examiner la question de la santé reproductive des jeunes, on ne sait pas qui doit assumer la responsabilité (c’est le Ministère de la santé qui le fait en ce moment) et l’on ne sait pas non plus si l’un quelconque de ces ministères est capable de coordonner les interventions dans tous les secteurs.

Au Mali, toute politique multisectorielle des jeunes doit, pour être utile, tenir compte des liens entre de faibles taux de scolarité, notamment parmi les filles, les rôles de procréation, et les espoirs et possibilités de travail. Bien que la grossesse ne soit pas la raison principale de l’abandon scolaire des filles au Mali, elle conduit néanmoins presque toujours à l’arrêt des études. Un intéressant programme de modèle apparie des élèves dont les parentes n’ont pas été scolarisées et des filles plus âgées qui sont dans des classes supérieures, et leur fournit des autres ressources pour qu’elles continuent d’aller à l’école¹⁶⁶.

De nombreux donateurs étrangers sont présents au Mali et certaines ONG les blâment parce qu’ils abordent la santé reproductive des jeunes par le biais d’un seul secteur. D’autres imputent la place considérable accordée à une approche focalisée sur le seul secteur de la santé publique au manque de polarisation nationale sur les initiatives de politique de la jeunesse. Certains efforts récents ont essayé «d’harmoniser» les activités au niveau des programmes : c’est le cas, par exemple, de la collaboration instituée, avec un financement de l’USAID, entre des ONG pour préparer un guide de formation unifié à l’intention des pairs éducateurs¹⁶⁷.

La profonde influence des organismes donateurs internationaux rend le Mali plus vulnérable aux revirements des programmes à la suite d’initiatives externes. Étant donné le manque de leadership dont pâtit la coordination multisectorielle au sein du gouvernement, la formule du secteur unique favorisée par les organismes donateurs étrangers pose un problème plus grave. En raison de ses interventions et de l’influence considérable qu’il exerce au Mali, la difficulté qu’éprouve l’USAID à conjuguer ses activités en matière d’éducation et de santé est particulièrement décevante.

«Le Mali sert de laboratoire aux donateurs.»

—Un représentant d’une ONG

«Où trouver une bonne locomotive capable de tirer les wagons et donner une valeur ajoutée à nos travaux avec les jeunes?»

—Un représentant d’une ONG, parlant du besoin d’une politique coordonnée des jeunes

LIGNES DE FORCE DES PROGRAMMES CONCERNANT LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Les programmes donnent la priorité à la formation et au déploiement des pairs éducateurs, au marketing social des préservatifs et à la création des centres de jeunesse. Peu d’organisations essaient de s’attaquer aux inégalités entre les sexes et de voir comment elles se répercutent sur la vie sexuelle et reproductive des jeunes.

Bien que l’éducation par les pairs permettent d’avoir accès à un large éventail de jeunes, notamment dans les villes, il est difficile d’offrir une formation suffisante, les abandons sont très nombreux et les jeunes eux-mêmes ne participent pas à l’organisation du programme¹⁶⁸. Les interventions d’éducation par les pairs ont également essayé de modifier le comportement des jeunes sans s’occuper des situations qui limitent leurs choix et leurs décisions et ces programmes se heurtent souvent dès le départ à l’opposition des parents, des enseignants et des dirigeants religieux et communautaires.

Les interventions de marketing social auprès des jeunes cherchent à faire augmenter les ventes de préservatifs et à améliorer les attitudes concernant leur emploi. Elles doivent tenir compte du fait qu’il n’est pas socialement acceptable, comme le font remarquer les promoteurs de la santé des femmes, que les filles négocient l’emploi du préservatif. Les messages d’accompagnement doivent être mieux élaborés afin d’intensifier leur impact social; en fait, certains d’entre eux commencent à parler des excisions sexuelles¹⁶⁹.

Les centres de jeunesse offrent des activités sportives et culturelles, des services et des informations de santé, des

services d'animateurs et de pairs éducateurs, et parfois accès à des ordinateurs (à condition de lire le français). Le FNUAP soutient des activités de santé reproductive des jeunes dans plusieurs centres de jeunesse, dans le cadre d'un projet de cinq ans qui se poursuit jusqu'en 2002¹⁷⁰. Cependant, d'après certains donateurs et certaines ONG, les centres de jeunesse ne touchent pas beaucoup de jeunes et n'ont guère d'influence sur leur comportement et sur leur santé sexuelle et reproductive¹⁷¹.

DÉFIS ET RÉACTIONS

Malgré les nombreux programmes maliens portant sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, la situation est décourageante au niveau des politiques. En effet, le manque de coordination entre les ministères a empêché la réalisation d'une politique multisectorielle. Le gouvernement et les ONG donnent la priorité à la santé reproductive des jeunes, mais n'ont pas encore été en mesure de mettre au point une vaste stratégie à long terme qui soutienne les jeunes dans leur existence sexuelle et reproductive.

Par exemple, si les filles ont officiellement les mêmes droits aux soins de santé reproductive que les femmes adultes, des obstacles sociaux les empêchent de rechercher ces soins¹⁷². La médiocrité des systèmes de santé et d'éducation mis en place par le gouvernement ne leur permet pas d'aider les jeunes. Des directives récentes du gouvernement parlent explicitement du besoin d'adapter les informations et les services aux besoins des jeunes¹⁷³. Cependant, les instructions d'un manuel de procédure concernant les besoins des jeunes en général se bornent à renvoyer le lecteur au chapitre sur les adultes¹⁷⁴. Sur un plan positif, ces directives prévoient la confidentialité des informations et la protection contre les réactions des parents; il existe un manuel de formation et au moins 60 prestataires de soins de santé sont en formation¹⁷⁵. Malgré leurs limitations, ces procédures doivent être validées par le gouvernement et largement diffusées, de façon que puissent être instituées certaines normes de qualité des soins de santé reproductive¹⁷⁶.

Le mariage et la procréation précoces sapent la santé reproductive des filles et compromettent leur scolarité; l'existence au Mali de l'Agence nationale de l'éducation des filles, créée en 1990, montre qu'on reconnaît la

nécessité d'éliminer les obstacles qui empêchent les filles d'aller à l'école¹⁷⁷. Cependant, on connaît peu d'exemples d'informations et de services visant à réduire les inégalités entre les sexes. La politique nationale de population du Mali propose de plus sensibiliser le public aux effets nuisibles du mariage précoce, de donner aux filles accès à l'éducation et de fournir à tous les jeunes des informations sur les risques de grossesse et sur la façon de se procurer des produits de contraception. Un nouveau code de la famille qui placerait au même niveau l'âge du mariage des garçons et des filles est aussi à l'étude.

L'établissement d'un lien entre les activités visant à éliminer les excisions génitales et les services de santé reproductive pourrait être une bonne façon d'obtenir des changements¹⁷⁸. L'Association de soutien au développement des activités de population estime que la stratégie la plus efficace consiste à présenter aux prestataires de services et à la population des arguments *médicaux* contre les excisions. Après avoir vu des exemples de la documentation de cette Association en janvier 1999, le Ministère de la santé a envoyé à tous les directeurs régionaux de santé publique et de services hospitaliers une lettre déclarant que la pratique ne serait pas tolérée dans les établissements de santé et le président du Mali semble s'être engagé à réagir de façon positive au problème¹⁷⁹.

A l'heure actuelle, un groupe de travail intersectoriel élabore une politique nationale de promotion de la jeunesse, avec le soutien et la participation du FNUAP et du Population Council; cependant, le processus a pris une tournure très politique et n'est pas rendu public. De nombreuses ONG sont trop faibles pour apporter une participation active alors que le gouvernement fait souvent la sourde oreille aux observations des ONG, ce qui limite considérablement les possibilités d'échanges de vues¹⁸⁰.

LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ET RECOMMANDATIONS

Pour assurer à la jeunesse malienne une bonne santé sexuelle et reproductive, il faudra coordonner les efforts visant à répondre à ses besoins, multiples et interconnectés, de développement.

«Ici le gouvernement tolère les ONG, mais ne les soutient pas.»

—Un vieux routier malien du développement international

La mise sur papier d'une politique coordonnée sera une étape importante de l'amélioration de la santé reproductive des jeunes maliens. Le rôle considérable des donateurs étrangers au Mali rend encore plus urgent le besoin d'avoir une telle politique, car les modalités des programmes des donateurs conditionnent les activités de santé reproductive des jeunes¹⁸¹. En l'absence d'une politique officiellement définie, les activités de santé reproductive des jeunes sont à risque quand des fonctionnaires sympathiques à leur cause quittent leur poste. Les donateurs pourraient aider en intensifiant leur contribution à l'élaboration des politiques du Mali.

Le gouvernement doit s'appuyer sur les donateurs et les organisations non gouvernementales pour créer ses propres capacités de répondre aux besoins de santé reproductive des jeunes. Le Ministère de la jeunesse et des sports, qui devrait normalement jouer le rôle d'animateur, doit être renforcé et recevoir une mission de coordination.

Vu l'énormité de la tâche à accomplir pour atteindre les jeunes Maliens et compte tenu du manque de moyens disponibles à cet effet, le gouvernement doit reconnaître et mobiliser les talents et les ressources des organisations non gouvernementales. Comme l'a déclaré un vieux routier malien du développement international : «Ici, le gouvernement tolère les ONG, mais ne les soutient pas».

Les organisations non gouvernementales ont un rôle important à jouer en plaidant auprès du gouvernement pour qu'il donne la priorité au développement de la jeunesse, la santé reproductive comprise. Dans d'autres pays, les ONG ont surmonté l'apathie relative du gouvernement en se groupant pour constituer des coalitions ou des réseaux. Le mouvement des femmes maliennes, par exemple, pourrait apporter des arguments et des formules fondées sur des droits qui renforcent le mouvement moins puissant de promotion des droits de santé reproductive. Il existe d'énormes possibilités de collaboration stratégique à des fins de promotion entre les organisations de défense des droits de la femme et les groupes de promotion de la santé reproductive.

On peut plus facilement maintenir la demande, le soutien financier et l'engagement de la communauté à l'égard des programmes si on encourage la participation des parents. Une certaine évolution sociale doit avoir lieu si on veut que les jeunes soient en mesure de rechercher des soins de santé reproductive. Les normes culturelles qui entravent une bonne santé sexuelle et reproductive exigent qu'on intervienne non seulement auprès des jeunes mais aussi auprès d'adultes influents, d'enseignants et de parents pour qu'ils changent leur attitude.

Les efforts visant à améliorer la santé reproductive des jeunes doivent aller au-delà de l'importante question de l'accès à la contraception. La formule qui accorde une importance exagérée à la contraception est trop étroite pour résoudre le problème de la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

Des messages commerciaux et sociaux doivent être adressés aux jeunes et notamment aux jeunes femmes. Les jeunes Maliens se heurtent à de gros obstacles sociaux s'ils veulent avoir accès aux informations, aux conseils et aux services. Compte tenu des normes sociales en vigueur, il est difficile pour les femmes d'acheter des préservatifs ou même de prendre des décisions concernant de leurs relations sexuelles. Tant qu'on fera de la pratique de la contraception par les filles un symbole de promiscuité, les interventions de simple marketing social visant à vendre des préservatifs aux garçons ne vont pas améliorer sensiblement la santé reproductive des filles.

Le gouvernement malien devrait réexaminer la situation juridique de l'avortement, puisque les avortements illégaux comptent parmi les grandes menaces de santé publique pour les filles célibataires. Une stratégie du gouvernement a consisté à mener une campagne d'éducation publique soulignant les dangers de l'avortement mais elle ne touche pas les causes profondes des grossesses non souhaitées des jeunes et ne sert qu'à les effrayer sans leur offrir de solution de remplacement.

6



Mexique :

LES ONG FONT PROGRESSER LE DIALOGUE SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Le dynamisme de la société civile mexicaine lui permet d'avoir des débats publics animés sur une variété de questions, dont la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Les thèmes débattus sont, en particulier, les droits des jeunes et leur accès aux informations et aux services, le dosage entre les droits des parents et ceux des enfants, et entre une approche de la santé reproductive des jeunes qui privilégie le développement ou qui est orientée vers les problèmes. La présente analyse est centrée sur les organisations non gouvernementales mexicaines, leur œuvre considérable de promotion, leur gestion du débat et leurs stratégies.

LE CADRE POLITIQUE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Le Conseil national de la population du Mexique (CONAPO) ne borne pas ses activités à la croissance démographique : il s'intéresse aussi à la santé reproductive et au bien-être de la population. Environ 57 % des 98 millions d'habitants du Mexique a moins de 25 ans et l'âge moyen de l'initiation sexuelle se situe à 15 ans pour les jeunes gens et à 16 ans pour les jeunes femmes¹⁸². Or, la plupart du temps, les politiques publiques ne prêtent guère attention aux jeunes et les politiques de santé

Population en 2000 (en milliers)	98.872
Population âgée de 0 à 24 ans (% du total)	53 %
Population âgée de 10 à 24 ans (% du total)	31 %
Taux de croissance de la population (% annuel)	1,63 %
PNB par personne (PPP US\$, 1999) *	\$7.719
Naissances moyennes par femme 15-49 ans (TFT)	2,8
Pourcentage du total de naissances pour femmes 15-19 ans	15 %
Pourcentage du total de naissances pour femmes 20-24 ans	32 %
Pourcentage de non-célibataires de 15-19 ans (H/F)	6 % / 16 %
Pourcentage de non-célibataires de 20-24 ans (H/F)	39 % / 55 %
Femmes mariées de 15-19 ans pratiquant la contraception (%)	30 %
Prévalence du VIH chez femmes de 15-24 ans	0,1 - 0,1 %
Prévalence du VIH chez hommes de 15-24 ans	0,3 - 0,5 %
Ans de scolarité obligatoire	6
Pourcentage jeunes alphabètes de 15 à 24 ans (H/F)	97 % / 96 %
Taux brut de scolarisation primaire (H/F)	116 / 113
Taux brut de scolarisation secondaire (H/F)	64 / 64

Notes :

* Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

** Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

Sources :

Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU. Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : Lutte contre la pauvreté*. Washington, DC : Banque mondiale.

Nations Unies, Division de la population. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (panneau mural). New York : ONU. Population Reference Bureau (PRB). 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, DC : PRB. ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA : juin 2000*. Genève : ONUSIDA.

UNESCO. 1995. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 1999. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

Nations Unies. 1997. *Report on the World Social Situation*. New York : ONU.

reproductrice des 25 dernières années se sont intéressées essentiellement aux besoins des femmes adultes. Les besoins des jeunes, qui ne perçoivent pas toujours un lien entre sexualité et procréation, ont été occultés.

Le Mexique a été l'un des premiers pays d'Amérique latine à mettre en œuvre un programme officiel à l'intention des adolescents, avant même la CIPD de 1994. En 1993, le Ministre de la santé a invité des représentants d'organismes publics, d'ONG et d'organismes internationaux à participer à une réunion pour définir des stratégies de santé reproductive des adolescents¹⁸³. La «Déclaration de Monterrey» issue de cette réunion visait à consolider les activités séparées du gouvernement et à renforcer le soutien apporté par les ONG à la santé des adolescents. En 1994, le Ministère de la santé a lancé un programme national pour répondre aux besoins de santé des jeunes, grâce à des mesures visant à protéger leurs

Les activités du secteur santé sont organisées en général autour du planning familial, priorité qui est jugée peu appropriée ou trop étroite par un grand nombre de gens.

droits aux informations, aux communications et aux services de santé. Le programme devait se fonder sur «une vision intégrée encourageant des attitudes et des comportements responsables, pour que les adolescents assument leur sexualité d'une manière autonome, responsable et sans risque»¹⁸⁴.

QUELLES RÉALITÉS ONT AMENÉ LE GOUVERNEMENT À S'OCCUPER DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Motivé par des raisons tout à fait différentes, l'intérêt que le gouvernement et les ONG portent aux jeunes conditionne la situation mexicaine. Conscient des grossesses d'adolescentes, de la croissance démographique et de la diffusion du VIH/SIDA, le gouvernement cherche à les réduire par le biais de l'éducation et du planning familial. Le CONAPO a déclaré son intention de donner aux jeunes les informations et les services qui peuvent leur permettre de prendre de bonnes décisions en matière de vie sexuelle et reproductive¹⁸⁵.

Pour leur part, les ONG les plus explicites sont plus motivées par un souci d'assurer l'épanouissement des jeunes et leurs droits à l'information et à un soutien pour leur vie sexuelle et reproductive¹⁸⁶. Elles invoquent des accords internationaux, tels que le Programme d'action de la CIPD et la Plate-forme d'action de la Quatrième conférence mondiale sur la femme tenue à Beijing en 1995, et ont organisé des manifestations nationales qui reprennent explicitement des éléments des accords officiels.

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Le gouvernement n'a pas de politique d'ensemble concernant la santé sexuelle et reproductive des jeunes mexi-

cains¹⁸⁷. Le Programme mexicain de santé reproductive et de planning familial (1995-2000) avait pour but principal de répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents grâce à l'ouverture de plus d'une centaine de centres dans des hôpitaux ou dispensaires de l'ensemble du pays¹⁸⁸. Les activités du secteur santé sont organisées en général autour du planning familial, priorité qui est jugée peu appropriée ou trop étroite par un grand nombre de gens. Et les carences de la formation et de la sensibilisation des prestataires rendent les jeunes plus vulnérables aux caprices de ces derniers.

L'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS), qui fournit une couverture d'assurances maladies et santé aux travailleurs du pays, a lancé de vastes programmes de santé reproductive dans ses dispensaires et hôpitaux et s'efforce d'être plus accueillant vis à vis des jeunes. L'IMSS touche quelque 47 millions d'habitants, qui vivent surtout dans les zones urbaines du pays¹⁸⁹. Le gouvernement touche les jeunes ruraux et indigènes par le biais de IMSS-Solidaridad, élément du système IMSS.

Le plus grand programme de santé reproductive du gouvernement et élément du système IMSS, IMSS-Solidaridad sert plus de 10 millions d'adhérents vivant dans les zones rurales et dispose d'un ensemble de centres ruraux pour adolescents qui s'occupent de la santé des jeunes en général et encouragent les soins personnels sur la base d'une connaissance des options et des risques¹⁹⁰. Tous les programmes de l'IMSS ont été durement touchés par les réductions du budget fédéral; entre 1993 et 1996, les dépenses fédérales consacrées à la santé reproductive ont diminué de 33 %, et les dépenses de santé, de 37 %¹⁹¹.

Le système de Développement intégré de la famille (DIF), qui était indépendant, relève désormais du Ministère du développement social et se trouve mieux en mesure d'animer les activités d'épanouissement des jeunes dans l'ensemble du pays. Le DIF s'intéresse essentiellement aux soins de santé de base, à l'aide juridique et à des programmes d'éducation à l'intention des jeunes, des familles et des femmes; avec IMSS-Solidaridad, c'est sans doute, aux yeux de l'ensemble de la population, l'institution gouvernementale la plus respectée. Cependant, les DIF au niveau fédéral et au niveau des états sont typiquement dirigés par les épouses de fonctionnaires élus, ce qui les rend tributaires de la politique et des efforts sou-

vent dispersés d'amateurs bien intentionnés qui ne restent à leur poste que pendant quelques années.

Malgré leur collaboration, chaque institution et ministère a ses propres priorités et sa propre infrastructure. Ces organisations ont tenu des réunions pour envisager de coordonner leurs approches et concilier leurs divergences de vues concernant la tâche à accomplir. L'Institut mexicain de la jeunesse et le DIF, qui ont à l'occasion fait double emploi sur des questions de santé reproductive des jeunes, pourraient essayer de coordonner leurs activités dans de multiples secteurs.

LIGNES DE FORCE DES PROGRAMMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Au Mexique, deux approches sont prédominantes sur le plan des politiques: éducation sexuelle et services à l'intention des jeunes sexuellement actifs ou qui ont connu une première grossesse. Les programmes précis établissant un lien entre la santé et les autres besoins, tels que la scolarité ou l'emploi, sont rares. Ce n'est que récemment que l'éducation sexuelle est devenue obligatoire au Mexique; dans le passé, elle a toujours été laissée au caprice des administrateurs scolaires locaux. Les enseignants ne recevaient aucune formation, si bien que l'enseignement était confié à d'autres groupes, tels que la section féminine des Légionnaires du Christ, qui offraient gratuitement leurs services.

C'est surtout grâce aux efforts de promotion des ONG que le Mexique a récemment inscrit l'éducation sexuelle au programme national d'enseignement. Il y a dix ans, un sondage national a montré qu'une large majorité des parents étaient en faveur de l'éducation sexuelle, mais qu'ils hésitaient personnellement à aborder ce sujet avec leurs enfants¹⁹². Une large diffusion de ces résultats a conduit en 1993 des ONG progressistes à collaborer avec le gouvernement à un programme d'éducation sexuelle à l'intention des élèves de neuvième année; en 1998, ce programme a été élargi aux élèves des septième et huitième années¹⁹³. Durant cette période, le programme a changé plusieurs fois de nom, s'appelant d'abord «adolescence et sexualité» pour finir par «instruction civique et morale». En 1998, les élèves de

C'est surtout grâce aux efforts de promotion des ONG que le Mexique a récemment inscrit l'éducation sexuelle au programme national d'enseignement.

cinquième et sixième années ont reçu le nouveau manuel obligatoire de biologie humaine et d'apprentissage de la vie. Plus récemment, on a assisté à l'élaboration de manuels sur la santé, la sexualité, la régulation des naissances et les MST¹⁹⁴. En 1999, le Ministère de l'éducation a invité les ONG à participer à un concours d'élaboration de manuels dont l'emploi serait obligatoire pour les élèves de huitième année.

Cependant, le million d'enseignants qui doivent traiter de la question n'ont pas encore reçu de formation. C'est pourquoi, ils continuent souvent à ne pas donner des cours d'éducation sexuelle ou à limiter les échanges de vues non structurés¹⁹⁵. En outre, comme ce sont souvent les secrétaires d'état à l'éducation qui décident quels



Margaret E. Greene



Margaret E. Greene



Margaret E. Greene

ENCADRÉ 6

Principaux réseaux mexicains s'occupant de santé reproductive

Coordinación Nacional de Mujeres de Organizaciones Civiles por un Milenio Feminista—Rassemble des organisations féminines à des fins de promotion dans divers domaines, dont la santé et les droits reproductifs; c'est le plus grand réseau du pays.

GIRE (Grupo de Información para la Reproducción Elegida, AC)—Recueille, examine et publie des informations concernant les droits reproductifs; effectue des recherches, s'occupe de formation et fait œuvre de promotion.

Demysex (Democracia y Sexualidad)—A pour mission de renforcer l'éducation et les droits sexuels et d'encourager l'égalité entre les sexes, dans l'intérêt de la construction d'une société démocratique; intervient dans tout le pays.

ELIGE (Red de Jovenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, AC)—Rassemble des jeunes qui, surtout à Mexico, font un travail de formation, de promotion et de recherche; essaie d'encourager les jeunes à constituer dans divers états du pays des organisations indépendantes centrées sur les droits sexuels et reproductifs.

Foro Mexicano de Mujer y Políticas de Población—Rassemble diverses organisations du pays pour suivre l'exécution du Programme d'action de la CIPD.

Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual—Rassemble des organisations communautaires et des individus qui enseignent la sexualité et les droits sexuels et reproductifs.

Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal—A pour mission d'obtenir le plein respect des droits des femmes à la santé et de renforcer les moyens dont elles disposent en matière de prestations de soins de santé; travaille à Mexico.

Comité Nacional Promotor por una Maternidad sin Riesgos—Intervient au niveau des états pour encourager la maternité sans danger; fait œuvre de promotion au niveau national sur la santé et les droits reproductifs.

Entre ONG—Rassemble plus de 50 ONG qui échangent des informations et donnent une formation commune à l'apprentissage de la vie et l'éducation sexuelle; travaille avec le gouvernement.

manuels employer, un fonctionnaire conservateur peut freiner considérablement l'exposition des jeunes aux informations concernant la sexualité et la procréation. La conservatrice et toute puissante Union nationale des parents voudrait qu'on soumette à son approbation les programmes d'éducation sexuelle à l'intention des jeunes¹⁹⁶.

La nécessité de faire face à la pandémie de VIH/SIDA pose un gros défi aux services de santé sexuelle et reproductive des jeunes. En 2000, le Conseil national pour la prévention du VIH/SIDA et la lutte contre ces maladies (CONASIDA) s'est penché sur le rôle important des jeunes hommes dans l'évolution de la maladie¹⁹⁷. Chargé de s'occuper de tous les aspects de la pandémie, le CONASIDA ne s'est pas particulièrement préoccupé de travailler avec les jeunes, mais a élaboré une documentation qui s'est révélée extrêmement utile.

La Mexfam (Fondation mexicaine pour le planning familial), qui est la plus grande source non gouvernementale d'informations et de services de santé reproductive du pays, a lentement abandonné son orientation démographique pour s'attaquer aux questions plus générales de sexualité et à la problématique hommes-femmes. Des volontaires travaillant pour Gente Joven, qui est son programme de santé des adolescents, organisent des activités éducatives, diffusent des documents et des contraceptifs non médicaux, et aiguillent des clients vers les dispensaires Mexfam¹⁹⁸. Des parents et des enseignants participent également à ses activités.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS QUI ONT RENDU POSSIBLE L'ÉLABORATION ET L'APPROBATION DE CES POLITIQUES?

Les institutions gouvernementales ont de plus en plus conscience de la responsabilité qui leur incombe de préparer les jeunes à la vie sexuelle et reproductive. En sus de leurs activités explicitement centrées sur les jeunes, ces institutions sont maintenant plus sensibles aux carences des services publics à l'égard des jeunes. La Croisade nationale pour la qualité des services de santé, par exemple, a appelé l'attention sur le fait que la plupart des services de santé négligent les adolescents.

«Vous pouvez être sûr que la plupart de ces programmes ne s'occupent pas de l'aspect social.»

— Un haut fonctionnaire

La propagande faite par les ONG mexicaines au programme du Caire a joué un rôle fondamental pour améliorer la vie sexuelle et reproductive des jeunes. Il convient de signaler tout particulièrement ici les efforts de promotion des jeunes qui prennent pour base les interventions et les stratégies du mouvement féministe et tiennent le gouvernement responsable de la protection de la santé et des droits des jeunes. La société civile est puissante au Mexique et a augmenté ses pouvoirs en créant des réseaux d'organisations centrés sur divers thèmes. Le Ministère de la santé et d'autres organismes publics sont devenus encore plus ouverts aux apports extérieurs.

Des perspectives très diverses s'ouvrent à la santé et à l'éducation sexuelle et reproductive des jeunes. D'un côté se trouvent Elige, Letra S et Menysex (*on trouvera des détails dans l'encadré 6*) qui ont organisé en août 2000 à Tlaxcala une réunion sur «le droit des jeunes à des droits»¹⁹⁹. Ces activités et ces organisations donnent un niveau élevé d'intégrité philosophique aux débats portant sur les droits des jeunes aux informations et aux soins. L'Union nationale des parents, par contre, souligne les droits des parents à surveiller l'exposition des enfants aux informations; elle est au cœur de l'opposition à l'éducation sexuelle. Elle a critiqué, avec d'autres organisations, la promotion des «droits sexuels» par des gens qu'elle appelle «les dirigeants de la Révolution sexuelle»²⁰⁰. De façon générale, les conservateurs se sont montrés plus disposés à négocier avec le gouvernement que leurs homologues de gauche, qui ont ainsi laissé passer des occasions de renforcer l'éducation sexuelle²⁰¹.

Plusieurs faits nouveaux importants, imprévus et sans aucun rapport les uns avec les autres, ont fait utilement avancer les questions de santé reproductive; en 2000, un hôpital de Baja California Sur a refusé de pratiquer un avortement sur une fille de 14 ans, enceinte à la suite d'un viol, bien que légalement elle en ait le droit. Et le sénat de l'état de Guanajuato a essayé de rendre l'avortement illégal même en cas de viol²⁰². Bien que ce soient les gouvernements des états, plutôt que le gouvernement fédéral, qui établissent la légalité de l'avortement, ces affaires ont conduit à une intensification, dans tout le pays, des demandes de décriminalisation de l'avortement. Plus récemment, le Secrétaire au travail a refusé de laisser

sa fille lire un livre du célèbre écrivain Carlos Fuentes, déclenchant un débat animé sur le contrôle des informations par les parents²⁰³.

DÉFIS ET RÉACTIONS

Selon les promoteurs de la santé reproductive et de la jeunesse, le Mexique traverse actuellement une période dynamique faite d'imprévisible. Le Parti révolutionnaire indépendant, ou PRI, au pouvoir pendant 70 ans, a été remplacé par le Parti d'action nationale, ou PAN, à tendance conservatrice, ce qui a exacerbé les tensions entre les conservateurs et les libéraux au sujet de la meilleure façon d'aborder les questions sociales.

Le manque de financement durable pour la formation, les services, l'élaboration de matériaux, la promotion et l'évaluation de projets de santé sexuelle et reproductive des jeunes met en danger la capacité du Mexique de mettre à profit ses expériences positives. La décentralisation met davantage la politique de santé reproductive à la merci des opinions et des idées des gouverneurs et des fonctionnaires locaux, ce qui débouche sur une exécution capricieuse de la politique nationale de santé; la continuité a disparu, du fait que des programmes démarrent, puis s'arrêtent.

Le programme de la jeunesse du Ministère de la santé, qui vient d'être évalué, était coordonné par toute une série d'organismes d'Etat, dont IMSS-Solidaridad, l'Institut des assurances des travailleurs de l'Etat (ISSSTE) et l'Institut mexicain de la jeunesse (IMJ). Mais les normes de traitement des jeunes par les prestataires de soins ne sont pas strictes et le manque de formation et de sensibilisation des prestataires met les jeunes à la merci de leurs caprices. L'IMSS, l'ISSSTE et les hôpitaux du Ministère de la santé s'efforcent de coordonner les

Dans les zones rurales à forte incidence de grossesses d'adolescentes, les services publics n'offrent rien aux jeunes, sinon après la grossesse—peut-être parce que l'approche retenue consiste à traiter la jeune femme comme une mère plutôt que comme une femme ou une personne.

travaux dans les grands hôpitaux et de renforcer la capacité du personnel médical chargé de s'occuper des jeunes.

Il faut élargir les interventions du gouvernement concernant la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Par exemple, un programme national ayant pour mission d'empêcher les grossesses non souhaitées, la diffusion des MST et la toxicomanie ne dispose que de 248 centres pour 22 millions d'adolescents. Beaucoup d'entre eux ont un personnel insuffisant et mal formé, et manquent de préservatifs²⁰⁴. L'absence de couverture d'assurances est un autre grand obstacle à la santé reproductive des jeunes, car les filles enceintes ne peuvent pas obtenir de couverture si leurs parents ne sont pas assurés ou si elles-mêmes ne sont pas assurées à titre de travailleuses. Les services nationaux de santé reproductive doivent intensifier leurs interventions et cesser de s'occuper exclusivement des femmes adultes.

On perd beaucoup d'occasions ou on ne les saisit que par hasard, au lieu de se fonder sur une planification soigneusement étudiée. Par exemple, le nouveau directeur conservateur du DIF national avait recruté Ana Cristina Fox, fille du Président mexicain, pour lancer une campagne d'abstinence visant à réduire les grossesses d'adolescentes. Il a fallu que les promoteurs des droits reproductifs, outrés, interviennent contre une campagne fondée sur une idéologie religieuse et que l'on confère avec des chercheurs sociaux pour qu'on envisage d'autres options²⁰⁵. Un meilleur emploi des données et des compétences qu'on trouve dans le gouvernement et en dehors de celui-ci peut aider à renverser la situation.

Au Mexique, les inégalités entre les sexes ont une influence profonde sur la santé sexuelle et reproductive et pourtant le gouvernement adopte en général une attitude

clinique vis à vis de la santé reproductive, au détriment des aspects sociaux, économiques et personnels des relations sexuelles²⁰⁶. Comme l'a déclaré un haut fonctionnaire à propos des services de santé reproductive des jeunes : «vous pouvez être sûr que la plupart de ces programmes ne s'occupent pas de l'aspect social ». Par exemple, les écoles ne font pas assez d'efforts pour faire augmenter et soutenir la scolarisation des filles, et aucune loi nationale ne garantit la scolarisation des filles enceintes²⁰⁷.

Les problèmes sont différents dans les villes et dans les zones rurales où vit la plus grande partie de la population indigène du pays²⁰⁸. Dans les populations urbaines marginales, l'éducation sexuelle et l'accès à la régulation des naissances doivent être liés aux efforts déployés pour modifier les conditions socioéconomiques. Dans les zones rurales, la société ne fait guère place aux femmes sans enfants et la maternité renforce la situation sociale d'une femme et sa position dans la communauté. Dans ces zones, pour réduire le nombre des grossesses précoces, les principales interventions doivent faire connaître au public l'importance de la scolarisation, offrir des bourses pour que les filles poursuivent leurs études et aider à retarder le mariage²⁰⁹.

Les programmes du secteur public accordent une importance considérable à la régulation des naissances par les couples hétérosexuels mariés, limitant de ce fait la place laissée aux nombreux autres besoins sexuels et reproductifs des jeunes. Dans les zones rurales à forte incidence de grossesses d'adolescentes, les services publics n'offrent rien aux jeunes, sinon après la grossesse—peut-être parce que l'approche retenue consiste à traiter la jeune femme comme une mère plutôt que comme une femme ou une personne. Une exception est le programme (mis sur pied avec un soutien non gouvernemental)—«Si yo estoy bien, mi familia también» (Si je vais bien, ma famille aussi)—qui encourage l'émancipation et la santé, d'abord pour les jeunes femmes, puis pour leurs enfants. Après 18 mois durant lesquels il a fourni aux femmes les connaissances et les aptitudes leur permettant de veiller à leur propre santé physique et mentale, le programme présente des éléments de soins à donner aux enfants. Le programme a touché 40 000 familles d'Oaxaca²¹⁰. La création récente d'un «super-

Le Chili garde les filles enceintes à l'école

Les taux de grossesse des adolescentes sont élevés en Amérique latine. Dans certains pays, jusqu'à 25 % des enfants ont des mères de moins de 19 ans. Un grand nombre de ces jeunes femmes sont confrontées à l'ostracisme de leur famille, de leurs pairs, voire des administrateurs scolaires, et l'opprobre qui s'attache à la procréation précoce et illégitime les empêche de terminer leurs études. Afin d'empêcher les abandons scolaires et d'autres grossesses, des avortements et la pauvreté, le Chili a lancé un programme novateur visant à laisser les filles enceintes poursuivre leurs études.

Des donateurs privés et le FNUAP ont financé une école modèle pour adolescentes enceintes, appelée UNOPEC—qui comporte une garderie d'enfants, donne une formation pour des emplois précis et, ce qui est très important, offre un environnement dénué des préjugés auxquels les jeunes filles enceintes se heurtent normalement à l'école. L'école les aide aussi à trouver du travail. Une évaluation récente a montré que ce modèle permet mieux la poursuite des études, contribue à l'espacement des naissances et augmente l'accès à de meilleurs emplois.

A la suite de cette expérience, le Département de l'éducation du Chili et la Municipalité de Conchali ont incorporé le modèle dans le secteur public. Le programme se poursuit sous le nom du Lycée Sainte Marie de Conchali; il offre une éducation sexuelle, un apprentissage pratique et une éducation aux enfants des élèves. Le modèle prouve l'influence que de petits programmes peuvent exercer sur des questions de portée nationale.

Sources :

WomensNet Headlines, «Chile Keeping Pregnant Teenagers in School» : http://headlines.igc.apc.org:8080/wnheadlines/964198005/index_html. Internet, consulté le 21 décembre 2001.

Todita.com, «Las Escuelas Ante el Embarazo Adolescente» : <http://todito.com/paginas/noticias/44573.html>. Internet, consulté le 21 décembre 2001.

Proyecto.cal, Liceo Holy María de Conchali» : http://www.fjguzman.cl/contenido/fundacion/publicaciones/proyecto/proy_local_mayo.html#top. Internet, consulté le 21 décembre 2001.



Jim Daniels



Robert Engelman

LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ET RECOMMANDATIONS

Au Mexique, le mouvement de la société civile est puissant et dynamique et a le potentiel d'élargir sensiblement la nature et l'ampleur des interventions de l'Etat en matière de santé sexuelle et reproductive. Sa promotion de l'éducation sexuelle dans les écoles, en particulier, a joué un rôle important au moment où les décideurs et les parents ne savaient pas très bien comment procéder.

En s'unissant dans des réseaux, les ONG augmentent leur influence dans les débats nationaux portant sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Les réseaux d'ONG ont considérablement renforcé la promotion de la santé reproductive au Mexique; les promoteurs de la santé des femmes ont joué un rôle particulièrement important dans la réorientation de la politique publique.

En invoquant hardiment les textes qui définissent des droits pour promouvoir l'éducation sexuelle des jeunes, les ONG mexicaines ont tiré parti d'un puissant outil idéologique pour faire avancer leur cause. Elles ont utilisé le texte des accords internationaux pour offrir une vision de ce que devraient être la santé et les droits reproductifs des jeunes—ce faisant, elles ont non seulement défini le cadre de leurs interventions mais se sont donné l'autorité morale pour demander au gouvernement de modifier ses programmes.

Au Mexique, la promotion faite par les jeunes pour leur propre compte leur donne une autorité qui manque à la plupart des interventions de promotion en faveur de la santé reproductive des jeunes dans d'autres pays. Les mouvements de jeunesse sont bien représentés et très actifs au Mexique. Les organisations féminines qui ont fait progresser la santé sexuelle et reproductive des femmes ont apporté un soutien important aux groupes qui plaidaient pour les droits sexuels des jeunes.

Les réseaux d'ONG qui s'occupent des droits des jeunes devraient rechercher les occasions de travailler en petits groupes avec leurs adversaires, y compris les

ministère du développement social» (Coordinación de Desarrollo Social) qui englobe la santé et l'éducation pourrait élargir le programme au développement humain et à l'apprentissage de la vie civique et mieux intégrer l'éducation sexuelle.

De nombreux organismes du gouvernement et ONG poursuivent les objectifs de la CIPD et de Beijing, mais il n'y a guère de coordination dans leurs activités, ni d'évaluation de leur impact²¹¹. Souvent, des organisations de la société civile utilisent des formules plus cohérentes et font un meilleur travail de promotion²¹². Par exemple, quand l'état de Guanajuato a menacé de criminaliser l'avortement même en cas de viol (en 2000), plusieurs ONG sont intervenues pour mobiliser les membres de la communauté et organiser l'opposition. Dans le cadre de leurs efforts, elles ont effectué un sondage de l'opinion publique au sujet de l'avortement puis, afin d'empêcher sa criminalisation, ont utilisé les résultats montrant que la plus grande partie du public pensait qu'une femme violée ne devait pas être mise en prison pour avoir demandé un avortement²¹³.

fonctionnaires publics. Le refus des ONG progressistes de négocier des formules transactionnelles avec le gouvernement a contribué à l'influence disproportionnée d'une bruyante minorité de conservateurs, renforcés par l'influence unificatrice de l'église catholique.

Le Mexique a besoin d'aller au-delà de son approche clinique de la santé reproductive des jeunes pour s'attaquer aux situations sociales et économiques qui conditionnent leur vie reproductive. Le secteur santé a travaillé avec les jeunes, mais ses interventions sont tardives et se limitent, en général, à la prestation de services.

Pour être efficaces, les approches des diverses institutions du gouvernement et des ONG et de leurs réseaux doivent être mieux coordonnées. Un ensemble commun de recherches portant sur la vie des jeunes pourrait faciliter cette évolution. Plusieurs études récentes—par le Conseil national de la population, une étude de Mexfam portant sur les attitudes, et une étude du comportement général des jeunes effectuée par l'Institut mexicain de la jeunesse—ont montré l'importance de la coordination en tant que but de l'élaboration des politiques²¹⁴.

«Nous les jeunes avons droit à des droits.»

— **Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales**
(*Forum national des jeunes pour les droits sexuels*)

Le leadership institutionnel est important pour l'élaboration de politiques à long terme pour les jeunes. Le leadership assure la continuité de la prestation des services sociaux de base et de l'éducation; il est essentiel à la coordination des interventions.

Une promotion spécifique avec des groupes affiliés à une église peut être une utile stratégie pour lutter contre l'épidémie de VIH. Il est urgent de mettre au point une politique vigoureuse de prévention, dépistage et traitement du VIH/SIDA, dépourvue de moralisation, ce qui signifie qu'elle doit faire face à l'opposition de la puissante organisation de l'église catholique mexicaine²¹⁵.

L'expérience du Mexique en matière de santé reproductive des jeunes offre un grand nombre de leçons qui peuvent être utiles à d'autres pays. Les immenses contributions des organisations non gouvernementales sont la clé de l'évolution actuelle des politiques et garantissent la responsabilité du gouvernement et la participation des citoyens.

Pays-Bas :

LA SANTÉ PUBLIQUE PREND LE PAS SUR LA POLITIQUE

Pendant plus de quarante ans, le gouvernement hollandais, soucieux de la santé de ses citoyens, est intervenu pour modifier les attitudes à l'égard de la sexualité. Ce sont les jeunes, en particulier, qui ont bénéficié de l'importance accordée à leur droit aux informations nécessaires pour prendre des décisions saluaires et responsables. La population des Pays-Bas, qui n'atteint pas 16 millions d'habitants et comporte 18 % de jeunes âgés de 10 à 24 ans, est l'une des plus jeunes de l'Europe occidentale²¹⁶. Bien que beaucoup de jeunes soient sexuellement actifs, les taux de grossesse non souhaitée et d'avortement sont exceptionnellement faibles, en raison surtout du réalisme avec lequel la société envisage la sexualité et la santé reproductive des jeunes. Les Pays-Bas offrent un excellent exemple de ce qu'on peut faire si on a une attitude lucide en matière de santé publique. Avec une remarquable tradition de consensus en matière d'élaboration des politiques, ce pays prospère accorde une valeur considérable à la qualité de la vie de tous ses citoyens. C'est la coopération entre le gouvernement, le public et la société civile qui a été la clé de cette évolution.

Avant la Deuxième guerre mondiale, la société hollandaise était traditionnelle et religieuse : catholiques, protestants et juifs se comportaient tous de façon similaire. Les rapports sexuels avant le mariage étaient forte-



Population en 2000 (en milliers)	15.987
Population âgée de 0 à 24 ans (% du total)	30 %
Population âgée de 10 à 24 ans (% du total)	18 %
Taux de croissance de la population (% annuel)	0,52 %
PNB par personne (PPP US\$, 1999) *	\$23.052
Naissances moyennes par femme 15-49 ans (TFT)	1,5
Pourcentage du total de naissances pour femmes 15-19 ans	1 %
Pourcentage du total de naissances pour femmes 20-24 ans	9 %
Pourcentage de non-célibataires de 15-19 ans (H/F)	0,2 % / 2 %
Pourcentage de non-célibataires de 20-24 ans (H/F)	7 % / 26 %
Femmes mariées de 15-19 ans pratiquant la contraception (%)	NA
Prévalence du VIH chez femmes de 15-24 ans	0,1 - 0,1 %
Prévalence du VIH chez hommes de 15-24 ans	0,1 - 0,3 %
Ans de scolarité obligatoire	11
Pourcentage jeunes alphabètes de 15 à 24 ans (H/F)	NA
Taux brut de scolarisation primaire (H/F)	109 / 107
Taux brut de scolarisation secondaire (H/F)	134 / 129

Notes :

* Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

** Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

Sources :

Netherlands Central Bureau of Statistics (CBS). «Population : Key Figures» Statline.
Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU.
Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : Lutte contre la pauvreté*. Washington, DC : Banque mondiale.

Nations Unies, Division de la population. 2000. *World Marriage Patterns 2000* (panneau mural). New York : ONU.
ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA : juin 2000*. Genève : ONUSIDA.

UNESCO. 1995. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 1999. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

Nations Unies. 1997. *Report on the World Social Situation*. New York : ONU.

ment découragés, et les écoles ne donnaient aucune éducation sexuelle. La contraception a été interdite jusque vers le milieu des années 1960, ce qui explique pourquoi, jusqu'au début des années 1970, les Pays-Bas ont eu des taux de natalité les plus élevés d'Europe occidentale²¹⁷. Les familles nombreuses des années 1950 et 1960 ont ouvert la voie à des débats sociaux et politiques sur la forte densité de population du pays et ont facilité plus tard l'acceptation du planning familial. Dans un pays qui, à l'époque, était l'un des plus conservateurs de la région, les racines calvinistes des Pays-Bas conditionnent encore la prudente jouissance de la vie et de la sexualité, considérée comme quelque chose qu'il faut «mériter»²¹⁸.

Cependant, au cours des 30 à 40 dernières années, la sécularisation a fait considérablement progresser l'ouverture à l'égard de la sexualité et de la santé sexuelle et

A la fin des années 1950, le Ministère de l'éducation a demandé à des ONG nationales d'effectuer des enquêtes sur le comportement sexuel des jeunes qui ont conduit à un dialogue national.

reproductive. Durant la reconstruction de l'après-guerre, à la fin des années 1940 et au début des années 1950, l'urbanisation et l'industrialisation rapides ont causé une importante évolution sociale et économique qui a eu des répercussions importantes sur les valeurs sociales et la famille. A la fin des années 1950, le Ministère de l'éducation a demandé à des ONG nationales d'effectuer des enquêtes sur le comportement sexuel des jeunes qui ont conduit à un dialogue national²¹⁹. Sans établir des buts nationaux discrets de santé reproductive, le gouvernement a investi dans des programmes qui encourageaient la responsabilité personnelle et l'apprentissage de la vie.

Entre le début des années 1960 et le milieu des années 1970, la société hollandaise a connu une «révolution sexuelle» causée par le ré-examen des valeurs socio-religieuses, l'action du mouvement féministe, la plus grande exposition aux médias, les interventions en faveur des droits des homosexuels et la prise de conscience de la croissance démographique qui avait découlé d'une forte fécondité et de l'immigration. L'industrialisation, la croissance économique et une baisse de l'influence de l'église ont également aidé ces changements. Les familles nombreuses ont perdu leur attrait dans une société plus riche et mieux éduquée, et la contraception et la stérilisation sont devenues mieux acceptées.

Durant les années 1960, les interventions de la population ont conduit à la création d'organisations telles que l'Association hollandaise pour la réforme sexuelle, la Société protestante pour un planning familial responsable, et le Bureau catholique pour la sexualité et les relations sexuelles, qui sont toutes intervenues auprès du gouvernement pour obtenir la légalisation des contraceptifs²²⁰. A la fin des années 1960, le planning familial a été accepté par la Société néerlandaise des médecins de famille. A la fin de la décennie suivante, un puissant ensemble de forces, dont les nouveaux mouvements fémi-

nistes et de libération des homosexuels, avait contribué à la transformation des normes sexuelles aux Pays-Bas.

Les années 1980 ont vu une «deuxième révolution sexuelle» dans les attitudes hollandaises: l'apparition du SIDA a encouragé l'acceptation par le public de toutes les modalités de prévention, notamment l'emploi du préservatif. L'amélioration du financement des recherches a conduit à des interventions pertinentes. Les médias ont joué un rôle important, et le «Double Dutch»—emploi conjugué du préservatif *et* de la pilule—est devenu le principal message, notamment pour les jeunes. De vastes campagnes ont pris pour slogan «Des rapports moins dangereux ou AUCUN rapport», tandis que l'emploi des préservatifs était présenté comme un moyen permettant aux jeunes hommes d'assumer leur part de responsabilité. Durant les années 1980, de nouvelles recherches ont fait prendre conscience du harcèlement et des sévices sexuels et ont mis en lumière la nécessité d'examiner d'un oeil critique les rôles des garçons et des hommes pour veiller à ce que les rapports sexuels ne soient pas imposés et soient «moins dangereux» qu'une grossesse non souhaitée et que les IST, VIH compris²²¹. Le respect des désirs et des limites d'autrui est l'élément central des normes de la sexualité aux Pays-Bas 222.

Les décideurs ont également étudié les conséquences sur le plan de la santé publique des grossesses non souhaitées d'adolescentes et ont pris des mesures décisives : le nombre de grossesses non souhaitées parmi les adolescentes célibataires est dramatiquement tombé de 100/1000 à la fin des années 1960 à 16/1000 à la fin des années 1980²²³. Le soutien politique extraordinaire donné à la prévention des grossesses non souhaitées a inspiré de nouvelles campagnes visant à améliorer l'éducation sexuelle et à encourager la pratique de la contraception. Depuis, les Pays-Bas ont consacré plus d'argent par habitant que la plupart des autres pays aux programmes et aux recherches de santé reproductive²²⁴. En 1981, les deux-tiers des adolescentes sexuellement active prenaient la pilule *et*, en dépit de l'augmentation du nombre des jeunes sexuellement actifs, le nombre de grossesses d'adolescentes n'a cessé de diminuer depuis les années 1960, sauf chez les immigrantes originaires des Antilles néerlandaises où il a légèrement augmenté²²⁵.

QU'EST-CE QUI A ATTIRÉ L'ATTENTION DU PAYS SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

En réponse à la Déclaration des droits de l'enfant, promulguée par les Nations Unies en 1959, le gouvernement a mis sur pied une politique accordant la priorité aux besoins des jeunes et leur donnant droit, «de par la loi et par d'autres moyens, aux possibilités et aménagements qui leur permettent de se développer physiquement, mentalement, spirituellement et socialement d'une manière saine et normale»²²⁶. Cette approche holistique du développement des jeunes a mis en relief les carences des efforts déployés par le gouvernement pour cloisonner ses interventions par secteur, ainsi que la nécessité d'intervenir horizontalement dans les divers secteurs.

En 1995, la directive officielle nationale était simple: faciliter l'existence des jeunes et renforcer leur contribution à la société par l'intermédiaire de multiples services d'Etat, en confiant les décisions aux pouvoirs locaux²²⁷. Le gouvernement central ayant décidé de ne pas intervenir, les ingérences bureaucratiques se trouvent réduites au minimum, ce qui facilite l'intégration des services de jeunesse au niveau régional.

Le Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports met l'accent sur la participation sociale et politique, qu'il juge essentielle pour la politique concernant la jeunesse. Les décideurs et les promoteurs des jeunes soutiennent l'idée que le développement sexuel est un apprentissage social—cette notion d'habilitation a été normalisée durant les années 1970 et 1980—et estiment que «l'apprentissage de la négociation et de la communication en matière de sexualité sans danger... est un élément important du développement»²²⁸. La jeunesse locale influe sur la politique municipale par l'intermédiaire des conseils d'étudiants et des organisations de jeunesse. Le Groupement de la jeunesse hollandaise, organisation nationale parapluie, informe le gouvernement des principaux problèmes des jeunes, ce qui contribue encore à atténuer les clivages rigides entre conseillers adultes et jeunes.

La participation des jeunes et les activités des programmes en matière de santé sexuelle et reproductive relèvent de trois lois qui mettent l'égalité, la tolérance et le respect au cœur de la vie sociale et politique.

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Il n'y a pas de document unique de politique nationale consacré à la santé reproductive des jeunes mais toute une série de lois et règlements portant sur de multiples secteurs. Les soins fondamentaux de santé reproductive sont fournis gratuitement dans le cadre du régime universel de soins de santé. Le plan national d'assurances santé prévoit un «double système de prestations de contraception», dans le cadre duquel la contraception peut être fournie par des cliniques privées n'exigeant pas la notification ou le consentement des parents des jeunes, qui ont aussi leurs propres médecins.

La participation des jeunes et les activités des programmes en matière de santé sexuelle et reproductive relèvent de trois lois qui mettent l'égalité, la tolérance et le respect au cœur de la vie sociale et politique. La Loi



Comme le SIDA est apparu durant les années 1980 alors que le gouvernement mettait en place les premiers programmes généraux de santé sexuelle et reproductive à l'intention des jeunes, l'éducation en matière de SIDA et de MST a été immédiatement intégrée dans les programmes d'éducation sexuelle.

sur les soins de l'enfant et des jeunes (1989) concerne l'exécution et le financement de la plupart des services offerts aux jeunes, dont l'éducation, l'emploi, les soins des enfants, l'éducation de la petite enfance, la santé mentale et physique, la sécurité, les sports et la culture. La Loi sur la participation à l'éducation (1992) régit la participation des jeunes et de la communauté dans les écoles secondaires. La Loi sur la protection sociale (1994) concerne les citoyens qui se trouvent dans des situations défavorisées et encourage leur participation dans la société.

À la fin des années 1970, l'éducation sexuelle était sortie du système scolaire pour entrer dans les médias, les centres communautaires et les manifestations réservées aux jeunes. Comme le SIDA est apparu durant les années 1980 alors que le gouvernement mettait en place les premiers programmes généraux de santé sexuelle et reproductive à l'intention des jeunes, l'éducation en matière de SIDA et de MST a été immédiatement intégrée dans les programmes d'éducation sexuelle. Cette intégration s'est faite en partie grâce à Rutgers Stichting, organisation privée à but non lucratif entièrement financée par le gouvernement hollandais jusqu'à la fin des années 1990. En 1993, le programme national de promotion de la santé «Vivre ensemble» a été introduit dans les écoles secondaires pour faire avancer une notion encore plus large de la santé sexuelle comportant «des rapports moins dangereux, des techniques permettant, par exemple, de parler et de négocier des rapports moins dangereux, et l'achat, le transport et l'emploi du préservatif»²²⁹.

La politique nationale de lutte contre le SIDA, qui met l'accent sur la prévention, vise à encourager la solidarité avec les séropositifs et les personnes atteintes de SIDA, à empêcher les comportements sexuels dangereux et à promouvoir des recherches scientifiques qui informent la

politique. Le gouvernement collabore aussi avec le Fonds de lutte contre le SIDA, qu'il finance : c'est une organisation qui a obtenu des résultats exceptionnels dans la lutte contre le VIH/SIDA grâce à des recherches, à des soins préventifs, à l'intégration sociale et à la promotion²³⁰. La Fondation néerlandaise de lutte contre le SIDA, fondée en 1973, est le principal fournisseur de services de lutte contre les MST et le VIH²³¹.

Vers le milieu des années 1960, la légalisation de l'avortement est devenue le principal sujet des débats publics, ce qui a conduit à la mise en place en 1971 d'un réseau national de cliniques d'avortement²³². Stimezo Nederland, réseau à but non lucratif de cliniques d'avortement, a été organisé pour galvaniser le soutien des milieux médicaux et encourager le public à soutenir l'avortement, devenu un impératif de santé communautaire. Des lois ultérieures ont défini les normes des services d'avortement; la gratuité des services dans le cadre du régime national d'assurances santé encourage les clientes à obtenir des soins dès le début de la grossesse, et les médecins n'ont aucune crainte de poursuites judiciaires.

LIGNES DE FORCE DES PROGRAMMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Les Hollandais accordent une place considérable à l'éducation et encouragent diverses voies qui mènent à l'acquisition des connaissances et à la maturité de l'âge adulte. Le Ministère de l'éducation, de la culture et de la science des Pays-Bas, qui a l'un des plus gros budgets de tous les services d'Etat, prescrit l'instruction sur le développement relationnel et sexuel, le harcèlement et les sévices sexuels dans les écoles primaires et secondaires²³³. Des stages de formation permettent de renforcer régulièrement les connaissances des enseignants et leur aptitude à communiquer des informations.

On demande aux écoles—sans pour autant les y contraindre—d'inclure l'éducation sexuelle dans leurs programmes d'études : 95 % des écoles secondaires et environ 50 % des écoles primaires le font²³⁴. Les écoles peuvent choisir la documentation, les méthodes, l'approche et la durée des cours consacrés à chaque sujet,

mais la grossesse, les IST, l'orientation sexuelle et l'homophobie, la définition des valeurs, le respect des différences d'attitudes, et les compétences requises pour une saine sexualité sont des sujets obligatoires. Le message fondamental est que les jeunes doivent assumer leurs responsabilités s'ils décident d'avoir des rapports sexuels; il s'agit, en définitive, de faire en sorte qu'ils apprennent à faire la distinction entre les pratiques sexuelles dangereuses ou non et à prendre soin de leur santé et de leur bien-être. Les élèves acquièrent les aptitudes dont ils ont besoin pour négocier ces pratiques.

Cependant, l'éducation sexuelle n'est pas considérée comme étant essentiellement la responsabilité des écoles; les interventions émanant de l'école sont appuyées par des informations de qualité fournies aux parents, aux médecins de famille, aux dispensaires conviviaux pour les jeunes et aux médias. Les informations et les services sont facilement accessibles dans les cabinets médicaux et les dispensaires de soins de santé primaires et sont fournis à titre confidentiel, gratuitement ou moyennant des sommes modiques.

Une collaboration étroite existe entre les services publics, les ONG et le secteur privé pour promouvoir et préserver un vaste réseau de soutiens institutionnels de la jeunesse. C'est ainsi que le Département de la santé, de la protection sociale et des sports finance pour une large part l'Institut néerlandais de recherches sexologiques sociales (NISSO), institut indépendant qui s'intéresse à la sexualité, aux relations intimes et à la problématique hommes-femmes. Le NISSO a fourni une grande partie des données scientifiques et sociologiques servant de base aux campagnes nationales en cours qui visent à encourager une bonne santé reproductive. Sa division Incitations pour la jeunesse, dotée d'une équipe de chercheurs, spécialistes de l'éducation, formateurs et consultants médicaux et non médicaux, promeut et diffuse des programmes de santé sexuelle et reproductive à l'intention des jeunes. Par le biais de ses opérations internationales, s'efforce de faire connaître la formule hollandaise de santé sexuelle et reproductive des jeunes dans les pays en développement.

Un deuxième facteur clé de la réussite des Pays-Bas réside dans leur conviction que la législation doit procéder de la réalité et non d'une idéologie quelconque. En d'autres termes, le droit suit la pratique.

QUELS ONT ÉTÉ LES PRINCIPAUX FACTEURS QUI ONT RENDU POSSIBLE L'ÉLABORATION DE CES POLITIQUES?

Le fait de travailler en fonction d'objectifs fondamentaux convenus à l'avance a permis au gouvernement d'adopter une attitude non interventionniste qui fait appel à des valeurs communes d'intégrité, de civisme et de responsabilité des jeunes pour guider les programmes. Au lieu de leur donner des instructions détaillées concernant la teneur précise des programmes, le gouvernement suit de très près les travaux des institutions pour voir si elles remplissent effectivement leur rôle dans la société²³⁵.

Un deuxième facteur fondamental qui explique pourquoi les Pays-Bas ont réussi à répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes réside dans leur conviction que les lois doivent être fondées sur des faits, et non pas sur une idéologie²³⁶. En d'autres termes, le droit suit la pratique. Quand les principes de l'église catholique étaient hostiles au mouvement moderne du planning familial, la société hollandaise a trouvé des modalités permettant de régler le différend. Observant que sa moralité traditionnelle était déphasée par rapport à l'acceptabilité accrue des relations sexuelles pré-nuptiales, l'église hollandaise a adapté ses principes et a fait d'importantes concessions, encourageant le respect des valeurs familiales tout en admettant que la vie sexuelle des jeunes avait changé.

Un autre facteur important est la capacité exceptionnelle du pays à atteindre un consensus politique—le «modèle des polders»—ce qui facilite la quête d'un terrain commun sur les questions difficiles. Une coalition de longue durée entre Démocrates chrétiens et Socialistes a facilité le passage de certaines lois importantes dont, par exemple, celles qui ont légalisé l'avortement vers le milieu des années 1980²³⁷. La Loi sur l'interruption de la

grossesse prévoit un délai de cinq jours entre la première consultation d'une femme chez un médecin ou un clinicien et l'opération proprement dite. La plupart des femmes étaient opposées à ce délai mais il a été inclus comme solution transactionnelle de caractère politique entre les factions concurrentes du Parlement au moment du passage de la loi. L'expérience des Pays-Bas représente «la tolérance telle que la pratique une société volontairement pluraliste [pour laquelle] un accommodement est préférable à une confrontation»²³⁸.

Les campagnes dans les médias ont également joué un rôle très important dans les changements d'attitude du public à l'égard de la sexualité, des relations sexuelles et de la prise de décision. Jusqu'à une date récente, la télévision était entièrement sous contrôle de l'État : il était beaucoup plus facile d'y faire passer des messages de santé publique que dans les réseaux commerciaux privés de beaucoup d'autres pays. Sujettes à une évaluation permanente, les campagnes des médias ont une fondation théorique, se basent sur des recherches et sont «à long terme, coordonnées, et exécutées sur une grande échelle en utilisant de multiples canaux»²³⁹. Des ONG, telles que l'Association néerlandaise pour la réforme sexuelle (NVSH) et Rutgers Stichting, ont mobilisé les médias pour des campagnes d'éducation financées par l'État qui sont explicites, souvent amusantes et s'expriment avec franchise. Grâce à des campagnes sur des questions précises et à un véritable barrage de publicité commerciale pour les préservatifs, les médias ont explicitement placé la santé reproductive au centre de l'ensemble de la santé publique. Les campagnes intenses durent plusieurs années, et traitent de la question jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement comprise. Les jeunes sont inondés de conseils concernant le sens à donner à leur sexualité et la façon de la mettre à l'abri du danger.

Un dernier facteur a été l'intervention positive des parents et des communautés, qui se sont accommodés des réalités de la sexualité des jeunes et ont adopté une attitude de «permissivité restrictive»²⁴⁰. La permissivité restrictive permet aux parents de suivre le développement sexuel des jeunes tout en les éduquant, en leur communiquant une attitude positive à l'égard de la sexualité et en les encourageant à exercer leur choix personnel dans un esprit informé et salutaire²⁴¹. Aux Pays-Bas, les jeunes ont

tendance à vivre chez leurs parents pendant toute leur adolescence, et à retarder leur mariage jusqu'à près de 30 ans. La raison qui motive le mariage est le plus souvent le désir d'avoir des enfants; jusqu'à ce qu'on soit prêt à franchir cette étape, il est acceptable d'avoir des rapports sexuels responsables non maritaux. Les lois, les institutions et les normes ont été aménagées, comme savent le faire les Néerlandais pragmatiques, en fonction des nouvelles unités économiques résultant de la cohabitation²⁴².

DÉFIS ET RÉACTIONS

Sur le plan de la politique, les principales initiatives des Pays-Bas ont cherché à réduire les obstacles aux services et à l'information. Par exemple, reconnaissant que le planning familial est un élément important de la médecine générale, la Société néerlandaise des médecins généralistes a placé les consultations confidentielles sur la régulation des naissances parmi les services de soins de santé primaires qui sont offerts aux jeunes et aux adultes. Les changements apportés aux lois et aux programmes ont élargi l'accès des jeunes à la contraception, à l'avortement et à d'autres services de planning familial qui étaient auparavant illégaux ou inaccessibles.

Aux Pays-Bas, des partenariats public-privé ont aidé à multiplier les options de santé reproductive. Le gouvernement garde une certaine distance vis-à-vis des soins de santé reproductive parce qu'il ne serait pas politiquement acceptable qu'il intervienne directement et à grande échelle²⁴³. Avec le soutien de groupes de promotion qui interviennent dans tout le pays, le gouvernement a engagé les fonds nécessaires pour ouvrir des centres de planning familial et aider les cliniques administrées par des organisations non gouvernementales. Constitué en 1969, Rutgers Stichting s'est occupé de fournir et d'élargir l'accès aux services, produits, consultations et informations de santé reproductive. Conçues pour remplacer le médecin de famille, ses cliniques ouvertes à tous et installées dans des lieux faciles d'accès sont l'élément principal du système hollandais de cliniques de santé reproductive, notamment pour les jeunes. Les cliniques Rutgers, qui étaient une soixantaine au début, ont vu diminuer leur nombre à mesure que la population s'adressait de plus en

plus aux médecins généralistes lorsqu'elle avait des questions sur la sexualité et la contraception. Aujourd'hui, la faiblesse des taux de grossesse et d'avortement et l'expansion des services offerts par les médecins de famille et autres praticiens de la santé ont conduit à penser que les cliniques ne sont plus autant indispensables qu'elles ne l'étaient dans le passé; à la fin des années 1990, il n'y en avait plus que sept. Leur disparition entraîne des conséquences pour les services orientés vers la jeunesse. Le Ministère de la santé a décidé de les garder ouvertes pour servir des groupes cibles spéciaux et essayer des approches novatrices²⁴.

LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ET RECOMMANDATIONS—SURTOUT POUR D'AUTRES MILIEUX

Le gouvernement des Pays-Bas a catalysé les changements sociaux à des fins de santé publique. Un de ses buts principaux a été de donner aux jeunes les moyens d'avoir une sexualité responsable en élargissant leurs connaissances et leurs aptitudes.

Aux Pays-Bas, la santé reproductive des jeunes s'entend du développement, des droits et des besoins des jeunes, et non pas des vues des parents, d'autres adultes, de personnalités religieuses et de la société. C'est pourquoi, les politiques et leurs messages sont cohérents, et les programmes se renforcent mutuellement.

Le gouvernement a soutenu de vastes campagnes à long terme d'éducation par le biais des médias. Son partenariat avec les médias a conditionné les vues de la société hollandaise concernant la sexualité et a donné à la population de nouveaux moyens de faire face à la sexualité.

Bien que le gouvernement ait joué un rôle capital pour soutenir la santé reproductive des jeunes en modifiant les attitudes du public et en finançant des établissements qui s'occupent d'éducation et fournissent des services, il s'est attribué un rôle d'appoint, et non pas un rôle dominant. L'accent mis par le gouvernement sur des principes fondamentaux plutôt que sur des directives spécifiques a permis de donner une sou-

L'approche néerlandaise à la santé sexuelle et reproductive «est pratique. Elle respecte les jeunes. Elle est centrée de façon réaliste sur la responsabilité et non pas sur l'opprobre. Et elle permet de vivre au 21^e siècle, qui définit les relations en termes de plaisir, de sécurité, de confiance, d'engagement et d'honnêteté mutuelle. Est-ce une utopie? Dans ce cas, je veux que mes enfants la vivent.»

— Barbara Huberman, Advocates for Youth

plesse considérable aux institutions locales, ce qui a permis d'éviter certaines des confrontations qui ont éclaté dans d'autres pays.

Les parents et les autres adultes acceptent les jeunes en tant qu'êtres sexuels et considèrent que les relations intimes sont un élément naturel du développement et du processus de maturation émotive. Cela ne veut absolument pas dire que l'évolution vers la «permissivité restrictive» a été facile et automatique pour tous les parents. Mais les parents ont changé également d'attitude à l'égard de la sexualité et la campagne de santé publique réalisée par l'Etat a augmenté leurs connaissances.

Aux Pays-Bas, les jeunes bénéficient d'un accès facile aux informations et aux services de santé reproductive par l'intermédiaire des médecins de famille; ce modèle pourrait être utilisé dans beaucoup d'autres pays. Il incombe aux médecins qui donnent des soins de santé primaires et que les adolescents connaissent souvent depuis leur petite enfance, de fournir aux jeunes des informations et des soins en matière de sexualité et de santé reproductive.

Les Pays-Bas ne supportent guère l'hypocrisie qui apparaît quand la promotion de valeurs abstraites contredit les réalités de l'existence. Cette capacité d'auto-évaluation a permis même à des groupements religieux d'adopter une attitude neutre à l'égard de la sexualité des jeunes. La séparation entre l'église et l'Etat est profonde, et le comportement éthique est considéré comme rele-

Aux Pays-Bas, la santé reproductive des jeunes s'entend du développement, des droits et des besoins des jeunes, et non pas des vues des parents, d'autres adultes, de personnalités religieuses et de la société.

vant de la responsabilité de l'individu plutôt que de la religion. Comme beaucoup d'autres institutions, les églises ont soutenu l'éducation sexuelle et la sensibilisation des jeunes parce qu'elles ont compris leur importance pour la santé et le développement.

Les Pays-Bas figurent parmi les quelques pays qui appliquent régulièrement les accords internationaux portant sur le développement social et les droits de l'homme. Cet attachement est un élément fondamental de la réussite des interventions hollandaises en matière de santé reproductive des jeunes. Bien que le gouvernement s'attache moins à maintenir le niveau élevé d'apports qui avait caractérisé ses vastes programmes, le cadre progressiste du développement de la jeunesse a été entièrement institutionnalisé, garantissant ainsi la santé et la protection sociale des jeunes. Ces lois, et l'ensemble des politiques orientées vers la jeunesse de toutes les instances gouvernementales, se fondent sur une éthique adoptée par l'ensemble de la société, qui place l'égalité, la tolérance et le respect au centre de la vie sociale et politique.



Etats-Unis :

L'INADÉQUATION DES PROGRAMMES MET LES JEUNES À LA MERCI DES MÉDIAS

Les Etats-Unis ont beaucoup à faire pour aider la vie sexuelle et reproductive des jeunes, notamment par rapport aux autres pays développés. Souvent, le débat public sur cette question s'est polarisé entre les partisans d'une approche moraliste et ceux qui traitent la question comme s'il s'agissait purement de santé publique : c'est «la recette parfaite pour une impasse»²⁴⁵. Trop souvent, les jeunes se retrouvent à la merci des médias qui glorifient les activités sexuelles, sans directives ou aptitudes qui leur permettraient de prendre des décisions salutaires concernant leur sexualité.

Cette polarisation des perspectives se traduit par une fragmentation des politiques, et l'insuffisance des financements laisse les programmes gouvernementaux et non gouvernementaux sans moyens de répondre aux besoins des jeunes, qui n'ont ni directives ni possibilités²⁴⁶. Cela explique en partie pourquoi le recours des jeunes aux services de santé est exceptionnellement faible²⁴⁷. En même temps, vu le début précoce des rapports sexuels et le recul de l'âge du mariage, s'il y a mariage, les jeunes consacrent plus de temps à des activités sexuelles sans être mariés²⁴⁸. L'absence de politiques de santé publique et autres, capables de faire des 59 millions de jeunes américains des acteurs informés et responsables de leur propre existence sexuelle et reproductive est le reflet d'un manque affligeant de concordance entre les engage-

Population en 2000 (en milliers)	285.556
Population âgée de 0 à 24 ans (% du total)	35 %
Population âgée de 10 à 24 ans (% du total)	21 %
Taux de croissance de la population (% annuel)	1,05 %
PNB par personne (PPP US\$, 1999) *	\$33.833
Naissances moyennes par femme 15-49 ans (TFT)	2,1
Pourcentage du total de naissances pour femmes 15-19 ans	12,4 %
Pourcentage du total de naissances pour femmes 20-24 ans	25 %
Pourcentage de non-célibataires de 15-19 ans (H/F)	1 % / 4 %
Pourcentage de non-célibataires de 20-24 ans (H/F)	19 % / 33 %
Femmes mariées de 15-19 ans pratiquant la contraception (%)	29,8 %
Prévalence du VIH chez femmes de 15-24 ans	0,2 - 0,3 %
Prévalence du VIH chez hommes de 15-24 ans	0,3 - 0,8 %
Ans de scolarité obligatoire	10 years
Pourcentage jeunes alphabètes de 15 à 24 ans (H/F)	NA
Taux brut de scolarisation primaire (H/F)	102 / 101
Taux brut de scolarisation secondaire (H/F)	98 / 97

Notes :

* Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

** Mesure du revenu par habitant prenant en compte les variations de parité du pouvoir d'achat entre les divers pays.

Sources :

Programme de projections démographiques, Division de la population, US Census Bureau, 2001. Estimations du recensement.

Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects : The 2000 Revision*. New York : ONU.

U.S. Census Bureau. "USA Statistics in Brief." 2000 Census estimate.

U.S. Census Bureau. "USA Statistics in Brief." 1999 Census estimate.

U.S. Census Bureau. 2001. International Data Base (IDB).

National Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics. 1995 estimate.

ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA : juin 2000*. Genève : ONUSIDA.

UNESCO. 1995. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

UNESCO. 1999. *Annuaire Statistique*. Paris : UNESCO.

Nations Unies. 1997. *Report on the World Social Situation*. New York : ONU.



Margaret E. Greene/DC Campaign to Prevent Teen Pregnancy

La féminisation de la pauvreté en Amérique a intensifié l'attention portée aux grossesses illégitimes précoces, surtout à cause de la charge que les jeunes mères peuvent imposer au système de protection sociale.

ments souvent déclarés à l'égard de l'épanouissement des jeunes et leurs réalisations pratiques²⁴⁹.

CADRE DES POLITIQUES DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Bien qu'ils n'y aient pas de politique globale de santé reproductive des jeunes ou des adultes, les Etats-Unis ont une longue tradition de s'attaquer de front aux questions de santé reproductive, avant de les laisser de côté. Durant les années 1870, les Lois Comstock ont interdit la publication de documents «impudiques» ou «indécents», allant jusqu'à qualifier d'obscènes les informations portant sur la contraception. La Cour Suprême a rejeté les lois Comstock en 1939, cédant ainsi aux pressions politiques grandissantes qui demandaient la légalisation de la contraception. Margaret Sanger, qui a inventé l'expression «régulation des naissances» était à l'avant-garde de ce mouvement et est devenue célèbre à la suite de la publication de brochures «radicales» prônant le recours à la contraception; elle a ouvert les premières cliniques de planning familial et jeté les bases de la Fédération du planning familial de l'Amérique.

Le débat national sur la santé reproductive et les choix de solutions a pris beaucoup plus d'ampleur avec l'arrivée de la pilule de régulation des naissances, durant les années 1960. Les exigences des femmes qui voulaient des moyens fiables, pratiques et sans danger de maîtriser leur fécondité, et les débats nationaux portant sur la protection sociale, ont conduit à l'adoption en 1970 du Titre X de la Loi sur les services de santé publique, qui prévoit un financement permettant d'ouvrir des dispensaires et d'organiser des services auxquels les femmes ont recours depuis lors. En 1973, l'avortement est devenu légal quand la Cour Suprême a statué dans l'affaire *Roe contre Wade*.

La mise en place de services de planning familial et d'avortement durant les années 1960 et 1970 a donné

accès à des services confidentiels de contraception à une population adolescente de plus en plus active sur le plan sexuel mais la controverse concernant le soutien à apporter à la vie sexuelle et reproductive des jeunes persiste encore aujourd'hui. Aux niveaux fédéral, étatique et des collectivités, les politiciens, les organisations civiques, les professionnels de la santé et les parents continuent tous à exercer une influence sur la politique de santé reproductive des jeunes.

QU'EST-CE QUI A ATTIRÉ L'ATTENTION DU PAYS SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES?

A partir des années 1980, l'augmentation de la prévalence des IST et la crise du SIDA ont déclenché un mouvement en faveur d'une «sexualité sans danger» qui a élargi le débat national sur la sexualité et la santé reproductive des jeunes. Malgré le recul constant des grossesses d'adolescentes durant les années 1990, on en compte encore près d'un million par an, ce qui révèle l'existence d'un important besoin non satisfait de soins, d'informations et de conseils de santé reproductive²⁵⁰.

La féminisation de la pauvreté en Amérique a intensifié l'attention portée aux grossesses illégitimes précoces,



Margaret E. Greene

surtout à cause de la charge que les jeunes mères peuvent imposer au système de protection sociale. Presque tous les crédits fédéraux affectés aux jeunes—en dehors de l'éducation—vont à des programmes visant la jeunesse «à risques», illustrant bien la démarche américaine qui aborde la question de l'existence sexuelle et reproductive des jeunes sous la pression de problèmes.

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES?

Toute une série de textes législatifs entrent dans le cadre de la politique des Etats-Unis en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes. Ces lois et réglementations divergentes constituent un environnement qui appuie de manière très sporadique la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

Le Titre XIX de la Loi sur la sécurité sociale, Medicaid (1965) autorise les états à utiliser leurs fonds et des fonds fédéraux pour fournir aux familles à faible revenu, mineurs sexuellement actifs compris, une assurance santé qui couvre les services et produits de planning familial. Programme à l'échelle du pays et des états qui aide à couvrir les frais médicaux des économiquement faibles, Medicaid ne peut pas utiliser les crédits fédéraux pour des avortements, sauf en cas de viol et d'inceste ou pour sauver la vie d'une femme; les états peuvent néanmoins décider de fournir des services d'avortement avec leurs propres fonds.

Le Titre X de la Loi sur les services de santé publique, Programme national de planning familial (1970) canalise des fonds vers une série d'organismes qui fournissent des services de santé reproductive et offrent aux adolescents, à titre confidentiel, des services subventionnés de contraception et de soins gynécologiques²⁵¹. Une «règle du bâillon», promulguée par le Gouvernement Reagan en 1988, aurait interdit aux programmes du Titre X de parler d'avortement à leurs clientes, à moins que leur vie ou leur santé ne soit menacée, mais les tribunaux sont intervenus pour empêcher sa mise en œuvre, et le Président Clinton l'a annulée en 1993.

Le Titre XX de la Loi sur les services de santé publique, Loi sur la vie familiale des adolescents (AFLA)(1981) finance des projets de démonstration réalisés par des organismes de santé, des écoles et d'autres

Ces lois et réglementations divergentes constituent un environnement qui appuie de manière très sporadique la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

institutions qui fournissent des services s'adressant spécifiquement aux jeunes. Les projets doivent offrir un ensemble de services sanitaires, sociaux et d'éducation, fonctionner dans des milieux divers et inclure des programmes de développement de la jeunesse²⁵². Ces dernières années, une partie des programmes du Titre XX ont financé une «éducation prévoyant uniquement l'abstinence». L'AFLA se donne pour but de promouvoir la chasteté, l'autodiscipline et l'adoption parmi les adolescents, au lieu de fournir des services de contraception²⁵³.

Le Titre V de la Loi sur la sécurité sociale, dons forfaitaire pour les services de santé de la mère et de l'enfant (1981) cherche à améliorer la santé des mères, des enfants et des jeunes grâce à la coordination des soins et à la création de moyens communautaires. Ces fonds peuvent aussi servir à payer des services de planning familial. Cette loi a été amendée plusieurs fois depuis son adoption en 1935 : elle a été notamment transformée en dons forfaitaires en 1981²⁵⁴. La Section 510 du Titre V, qui fait partie d'un ensemble plus important visant à réformer le système de protection sociale des Etats-Unis, met en place un programme d'éducation concernant l'abstinence séparé des dons forfaitaires, «pour encourager l'abstinence sexuelle, notamment par les groupes qui risquent le plus d'avoir des enfants illégitimes». Le Titre V soutient également la mise au point de programmes communautaires d'éducation en matière d'abstinence à l'intention des jeunes de 12 à 18 ans, dans le cadre du programme de Projets spéciaux d'importance régionale et nationale (SPRANS). SPRANS fournit un soutien modeste (40 millions de dollars durant l'exercice 2002) à des organismes publics et privés pour l'élaboration et l'exécution de ces programmes.

La Loi sur la conciliation des responsabilités personnelles et des opportunités de travail/Loi sur la réforme de la protection sociale (1996) a réaménagé le système de protection sociale du pays et a également donné une grande importance à la réduction des grossesses illégitimes, notamment chez les adolescentes. Les

Aux Etats-Unis, on aborde la santé sexuelle et reproductive des jeunes sur un plan médical, en réponse à des problèmes, en sous-estimant aussi bien les besoins que les compétences des jeunes.

parents mineurs célibataires doivent terminer leurs études secondaires et vivre en milieu supervisé par des adultes pour recevoir une assistance publique; la loi renforce les dispositions concernant l'entretien des enfants et l'établissement de la paternité, mais n'offre que des possibilités limitées de scolarisation dans l'enseignement supérieur et de formation spécialisée²⁵⁵.

Le Titre XXI de la Loi sur la sécurité sociale, Programme d'assurances santé des enfants de l'état (CHIP) (1997) met 40 milliards de dollars à la disposition des états pour couvrir les assurances médicales d'enfants de moins de 19 ans appartenant à des familles à faible revenu. Les états ne doivent remplir qu'un minimum de conditions fédérales ce qui fait que certains états couvrent les services de santé reproductive des jeunes, et que d'autres ne couvrent que les soins prénataux ou les services de planning familial avant la grossesse²⁵⁶.

Depuis la décision de la Cour Suprême dans l'affaire *Roe contre Wade* de 1973, qui a légalisé l'avortement, les femmes adultes ont le droit de se faire avorter sans restriction pendant le premier trimestre de leur grossesse. Cependant, les lois de 35 états exigent que les jeunes femmes obtiennent le consentement d'un ou des deux parents, ou les notifient, avant d'obtenir un avortement; 26 états appliquent ces mesures²⁵⁷. Il y a également des périodes d'attente et toute une série d'autres restrictions. Des restrictions de financement limitent aussi les possibilités qu'ont les femmes à faible revenu de recourir à des fonds fédéraux de Medicaid pour obtenir des services d'avortement.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS QUI ONT RENDU POSSIBLE L'ÉLABORATION DE CES POLITIQUES?

Le méli-mélo des politiques parfois contradictoires qui régissent aux Etats-Unis la santé sexuelle et reproductive

des jeunes montre les limites de l'intérêt à l'égard des préoccupations sexuelles des jeunes et la force des attitudes sociétales concernant la nécessité de «protéger les jeunes» contre des informations qui, comme certains le pensent à tort, pourraient conduire à des activités sexuelles précoces. Dans l'ensemble, les politiques de jeunesse et l'affectation de fonds à la jeunesse sont conservatrices. Les progrès de la droite religieuse, le soutien grandissant à un programme législatif conservateur et l'hésitation des membres du Congrès à s'opposer à une éducation sexuelle qui se borne à offrir l'abstinence ont également façonné le cadre de la politique américaine. Vingt ans de soutien des «droits des états» aux Etats-Unis ont permis aux divers états de différencier les objectifs et les résultats. C'est pourquoi en dépit des nombreuses lois qui touchent la santé sexuelle et reproductive des jeunes, leur impact a souvent été compromis par le manque de ressources et de volonté de suivre leur mise en œuvre.

La mise aux archives par une administration conservatrice d'un rapport national soigneusement établi sur la santé sexuelle et reproductive est une indication de la triste situation dans laquelle se trouvent les Etats-Unis. Préparé par le Chirurgien général David Satcher, ce rapport, intitulé «Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Behavior», a été publié en juillet 2001 et a rapidement disparu²⁵⁸. Il rassemble les faits et jette les bases d'un dialogue national sur la sexualité, la santé sexuelle et les moyens d'intervention les concernant.

LIGNES DE FORCE DES PROGRAMMES PORTANT SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE DES JEUNES

Aux Etats-Unis, on aborde la santé sexuelle et reproductive des jeunes sur un plan médical, en réponse à des problèmes, en sous-estimant aussi bien les besoins que les compétences des jeunes. Centrées d'une part sur les soins et les services médicaux et, de l'autre, sur les programmes sociaux visant à réduire la procréation illégitime, les interventions visent essentiellement les femmes. L'éducation sexuelle est largement disponible dans les écoles, mais sa teneur et sa structure sont très différentes selon les lieux où elle est dispensée.

DÉFIS ET RÉACTIONS

Les lois qui régissent la santé reproductive des jeunes et les droits d'accès aux services sont contenues dans une mosaïque de dispositions constitutionnelles, de politiques et statuts fédéraux, étatiques et locaux et de décisions de la Cour Suprême. Les décisions prises à divers niveaux ne sont pas coordonnées, et la confusion qui règne compromet les interventions de santé reproductive à l'intention des jeunes²⁵⁹.

Par exemple, bien que plusieurs décisions de la Cour Suprême limitent le pouvoir des états de réguler ou interdire l'avortement, presque tous les états limitent d'une façon ou d'une autre les services d'avortement—obligeant nombre de jeunes femmes à retarder l'obtention de services et à rechercher des options plus dangereuses²⁶⁰. Les états peuvent être contraints d'imposer des restrictions afin de pouvoir recevoir certains fonds. Des restrictions peuvent aussi s'expliquer par l'attitude du Gouverneur—généralement alignée sur le programme de son parti—à l'égard de la santé et des droits reproductifs²⁶¹. Ainsi, bien que l'avortement soit généralement licite aux Etats-Unis, les politiciens «anti-choix» ont limité son accès et les informations le concernant, en recourant entre autres à des stratégies exigeant le consentement des parents, interdisant les consultations et l'aiguillage, et assorti cela de restrictions compliquées concernant le financement.

Il y a des contradictions entre les priorités des états et celles du gouvernement *fédéral*. Par exemple, sur le plan fédéral, Medicaid dispose que les membres en âge de procréer ont accès aux services de planning familial mais, dans le tiers des états, les programmes de Medicaid ne fournissent régulièrement des informations que sur la couverture de contraception. En règle générale, la plupart des plans ne donnent pas ces informations aux jeunes de moins de 18 ans, ce qui revient à leur interdire l'accès à des services *légalement garantis*²⁶².

Près de 1400 centres de santé basés dans des écoles (SBHC) de 45 états et du District de Columbia offrent aux adolescents des services abordables, pratiques et confidentiels²⁶³. Cependant, la plupart occultent les questions de santé reproductive, y compris les consultations sur la contraception et l'avortement, et certains ont dû mettre fin à leurs services de santé reproductive vu l'opposition

ENCADRÉ 7

Grandes dates de la politique d'éducation sexuelle

Début des années 1900	Début de l'éducation sexuelle, pour essayer de renforcer les contraintes sexuelles et le caractère procréateur de la sexualité.
1919	La Conférence de la Maison Blanche sur la protection de l'enfance se déclare en faveur de l'éducation sexuelle dans les écoles publiques.
1920	Le Service américain de santé publique publie le <i>Manual of Sex Education in High School</i> .
Années 1940	Des associations nationales demandent un programme d'étude amélioré et plus progressiste. Tout en maintenant une attitude moraliste, les programmes offrent désormais des informations sur une saine sexualité, les questions de procréation, la sexualité «normale» et les «maladies vénériennes».
Années 1950	L'American Medical Association et la National Education Association publient conjointement un programme d'études de la sexualité centré sur l'éducation pour la vie familiale.
Années 1960	Fondation du Sex Information and Education Council of the United States (SIECUS) dont la mission est de promouvoir des attitudes sexuelles saines et de diffuser des informations concrètes. Les groupes d'opposition commencent à lutter vigoureusement aux niveaux des états et sur le plan local contre l'éducation sexuelle dans les écoles
Début années 1970	Vingt états décident de limiter ou d'abolir l'éducation sexuelle
Fin années 1970	Trois états seulement et le District de Columbia font de l'éducation sexuelle une matière obligatoire.
Milieu années 1980	La reconnaissance de la transmission sexuelle du VIH/SIDA modifie spectaculairement l'argument contre l'éducation sexuelle. Le Chirurgien général, C. Everett Koop, demande une éducation sexuelle dans les écoles dès la troisième année. Les états commencent à exiger une instruction sur le VIH et autres IST, et certains définissent les modalités de l'éducation sexuelle.
1988	Les Centers for Disease Control and Prevention offrent une aide financière et technique aux services d'éducation étatiques et locaux, aux organisations nationales et à d'autres institutions afin d'améliorer dans les écoles l'enseignement portant sur le VIH.
1996	La réforme de la protection sociale prévoit le financement fédéral de l'éducation sexuelle limitée à l'abstinence.
1997	Dix-neuf états et le District de Columbia adoptent des lois ou des politiques exigeant des écoles qu'elles fournissent une éducation sexuelle, et 34 états plus le District de Columbia prescrivent une instruction portant sur le VIH/SIDA et les autres IST.
2001	Le Chirurgien général David Satcher lance un «Appel à l'action» national pour faire de la santé et de la responsabilité sexuelles une grande priorité de santé publique. La déclaration de Satcher, qui endosse une éducation sexuelle générale, met en relief le besoin d'un plein accès aux informations qui sont appropriées sur le plan du développement et de la culture.

La moitié seulement de tous les médecins déclarent fournir des conseils aux adolescents en matière de santé reproductive, et moins de 3 % offrent des conseils concernant des IST ou du VIH.

de la collectivité ou de l'état. Il arrive aussi que la politique du district scolaire les empêche de dispenser les moyens de contraception sur place²⁶⁴.

La moitié environ de tous les adolescents qui utilisent des services de santé reproductive les obtiennent de dispensaires publics qui les offrent gratuitement ou à des prix modiques. Néanmoins, beaucoup de jeunes n'obtiennent pas toute la gamme de services de santé reproductive dont ils ont besoin²⁶⁵. La moitié seulement de tous les médecins déclarent fournir des conseils aux adolescents en matière de santé reproductive, et moins de 3 % offrent des conseils concernant des IST ou du VIH²⁶⁶. Pour les adolescents, la gêne et l'inconfort que causent leurs interactions avec les médecins sont des éléments importants.

La crainte de poursuites judiciaires empêche certains médecins américains de fournir toutes les informations et tous les soins voulus. Bien que la loi les protège, les soucis que leur causent les réactions des parents sont parfois un obstacle à leurs rapports avec leurs jeunes clients. La plupart des états fixent l'âge du consentement à 16 ans, mais certains l'accordent à 13 ans. Tout ce qu'une jeune personne de cet âge ou plus âgée dit à un pédiatre doit rester confidentiel et des clauses de confidentialité protègent les médecins contre des poursuites. Si un jeune moins âgé demande des informations ou des services de santé reproductive, le pédiatre doit, selon la loi, dire à l'enfant que ses parents doivent donner leur permission de parler de la question²⁶⁷. En règle générale, les pédiatres encouragent la participation des parents.

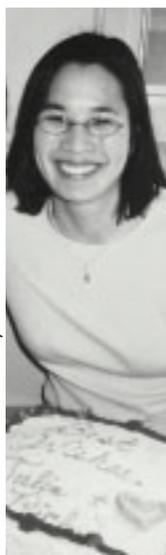
Souvent, les jeunes eux-mêmes ne recherchent pas de soins de crainte que leurs parents en soient informés²⁶⁸. Une autre grand obstacle à l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive est qu'ils ne sont souvent pas assurés ou se heurtent à d'autres obstacles financiers. Les jeunes non assurés, gagnant peu et appartenant à une minorité courent spécialement le risque de ne pas obtenir, pour des raisons financières, les soins de santé dont ils ont besoin, ce qui met en relief l'importance du Titre X et de la CHIP.

Les lois des états admettent de plus en plus que les jeunes peuvent prendre des décisions appropriées concernant leurs propres soins de santé : or, les mineurs ne jouissent pas d'une pleine autonomie quand il s'agit d'avoir accès à des soins confidentiels²⁶⁹. Le consentement des parents continue à faire l'objet de débats au Congrès et au niveau des états; les politiques des états concernant le pouvoir des mineurs de décider des soins de santé s'étendent aux tests de IST/VIH, aux soins prénataux et aux services d'accouchement, à l'avortement et aux services de contraception²⁷⁰. Seulement la moitié environ des 50 états accordent explicitement aux mineurs le droit de consentir à leurs propres soins de contraception²⁷¹.

Plusieurs groupes de jeunes font face à des obstacles importants quand ils veulent obtenir des informations, des soins et des conseils de santé sexuelle et reproductive. Ce sont les jeunes qui vivent dans des régions rurales mal servies, les près d'un demi-million de jeunes qui sont confiés à l'assistance, vivent dans des foyers d'accueil ou



Sarah Reidy



Sarah Reidy



Margaret E. Greene



Sally Ethelston

Plus de 90 % des Américains sont en faveur de l'éducation sexuelle dans les établissements secondaires et 84 % dans le premier cycle. Soixante-dix pour cent des Américains s'opposent à un financement fédéral d'une éducation limitée à l'abstinence.

des résidences, et les jeunes sans domicile fixe ou en fugue²⁷². Vivant aux bords des systèmes scolaires et des systèmes de soins de santé traditionnels, ils ont souvent des antécédents sexuels complexes, y compris des taux élevés de sévices, de grossesse et d'infection par des IST/VIH.

Le Titre IX des Amendements à la loi sur l'éducation, qui date de 1972, interdit la discrimination scolaire fondée sur le sexe, la situation maritale, la grossesse et la situation parentale, et prescrit que les absences dues à un accouchement doivent être traitées comme toute autre absence pour «incapacité temporaire»; cependant, les normes sociales et culturelles poussent les filles enceintes ou mères quitter l'école, notamment dans les districts scolaires du Sud et ruraux, ou les orientent vers des établissements qui impartissent un enseignement de moindre qualité²⁷³. Quelquefois, on ne dit même pas aux filles que le Titre X leur donne droit à un enseignement dirigé et à des services de garderie.

Plus de 90 % des Américains sont en faveur de l'éducation sexuelle dans les établissements secondaires et 84 % dans le premier cycle²⁷⁴. Soixante-dix pour cent des Américains s'opposent à un financement fédéral d'une éducation limitée à l'abstinence. Or, ces majorités considérables ont été sous-représentées au niveau des décisions de politiques nationales. C'est pourquoi le programme des cours est loin de porter sur l'ensemble d'un bon comportement sexuel.

Les politiques et les engagements financiers en faveur de l'éducation sexuelle ont connu ces dernières années une évolution mouvementée. Il n'existe pas de loi nationale sur l'éducation sexuelle, bien que presque tous les états la rende obligatoire ou l'encouragent, sous une forme ou l'autre, dans le programme d'études des écoles publiques; on observe cependant d'énormes différences selon les états (voir encadré 7)²⁷⁵. Même l'exactitude médicale de la documentation servant à l'éducation sexuelle n'est pas fiable et varie d'une école à l'autre. S'il est vrai que les jeunes disposent d'une énorme somme d'informations—il n'y a qu'à feuilleter un magazine destiné aux filles—des parents, enseignants et agents de santé bien informés et s'abstenant de juger sont souvent chose rare dans la vie des jeunes, dont les vues n'apparaissent pas dans la cacophonie des voix qui se font entendre à propos de leur santé reproductive.

Pour relever ces défis, on a essayé, par exemple, de faire appel à la collaboration de jeunes hommes, d'ouvrir des dispensaires dans les écoles, et de concevoir des politiques et des programmes qui répondent aux principaux besoins de développement des jeunes. Ces derniers restent pour la plupart en dehors du système, et les rares d'entre eux qui recherchent des soins de santé ne reçoivent que peu ou pas d'informations des dispensateurs au sujet de la sexualité ou de la procréation²⁷⁶. Les soucis suscités par les taux de grossesse des adolescentes et les augmentations du nombre d'hommes qui deviennent pères en dehors du mariage ont conduit les organismes et les groupes de promotion à lancer des initiatives dans les états et les villes pour encourager la paternité responsable²⁷⁷.

Les dispensaires ouverts dans les établissements secondaires du premier et deuxième cycle fournissent de plus en plus de services, tels que le traitement des IST (73 %), des conseils en matière de VIH/SIDA (77 %) et des services de diagnostic, par exemple des tests de grossesse (85 %)²⁷⁸. Les centres *reliés* à des écoles (SLHC) représentent une formule nouvelle permettant de passer outre aux restrictions que les parents et les conseils d'administration scolaires imposent aux SBHC et peuvent aider à sortir de l'impasse dans laquelle se trouvent les services basés dans les écoles. Aménagés en dehors des établissements, ils entretiennent des liens formels et informels avec eux : chaque SLHC fournit un ensemble d'autres services médicaux, dont des soins de santé reproductive, des consultations, des services sociaux à l'intention des adolescents et, parfois même, des soins pédiatriques pour les enfants de jeunes malades²⁷⁹.

La Loi sur l'éducation pour la vie familiale, dont le Congrès a été saisi en décembre 2001, vise à combler de nombreuses lacunes de l'éducation sexuelle dans les écoles des Etats-Unis²⁸⁰. Elle définit avec soin les programmes de vie familiale dont elle précise qu'ils doivent



être appropriés et médicalement corrects, et souligne la valeur de l'abstinence sans laisser de côté les jeunes qui sont déjà sexuellement actifs.

La Loi sur les jeunes américains, dont le Congrès a été saisi récemment, renforcerait la coordination et l'évaluation des services orientés sur la jeunesse. Forte de l'appui de plus de 40 organisations nationales, la loi prescrirait la mise en place d'un réseau national de services d'appoint conçus pour faciliter l'accès des jeunes «aux compétences et au renforcement du caractère dont ils ont besoin pour devenir des adultes et des citoyens pleinement efficaces»²⁸¹. Les programmes de développement de la jeunesse (YDP) sont un exemple des formules qui pourraient découler de cette loi. Ils ne visent pas essentiellement à faire cesser les «mauvais comportements» mais offrent plutôt aux jeunes le soutien de programmes multisectoriels dont ils ont besoin pour devenir des adultes compétents et bien intégrés²⁸². Les évaluations des YPD semblent indiquer que ces programmes multisectoriels d'éducation et d'emploi, qui offrent aux jeunes des options de modes de vie, réduisent aussi les grossesses précoces²⁸³.

LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ET RECOMMANDATIONS

Trop souvent, on a réduit le discours national sur le développement sexuel et reproductif à un effort visant à amener les jeunes à éviter les rapports sexuels en dehors du mariage. La société américaine manque d'une vision qui lui révèle toutes les compétences, connaissances et services dont les jeunes ont besoin pour s'épanouir et mener une vie sexuelle et reproductive saine.

Les éducateurs, les chercheurs, les prestataires et promoteurs de soins de santé doivent s'unir pour soutenir la création d'un Bureau national de la politique de la jeunesse et obtenir l'adoption de la Loi sur les jeunes américains. Cette loi pourrait définir les mécanismes de coordination entre les secteurs, les modalités de suivi et d'évaluation des programmes, et encourager la participation des jeunes à la formulation des politiques.

Les décideurs et les promoteurs doivent se mettre d'accord sur un nombre de principes fondamentaux de santé publique constituant la base d'une politique de santé sexuelle et reproductrice. Une loi valable comprendrait la description d'une vision commune de ce qui doit arriver.

Il convient de financer une politique portant sur l'ensemble de l'éducation sexuelle—et non pas sur la seule abstinence—et de suivre sa mise en œuvre. La Loi sur l'éducation pour la vie familiale offre un excellent schéma pour arriver à un tel résultat. L'application des directives n'est pas bien surveillée actuellement et la controverse qui fait rage au sujet de l'éducation sexuelle prête le flanc à des interprétations politiques. Le gouvernement fédéral devrait reprendre dans tous les programmes d'éducation sexuelle financés par l'Etat la définition de l'exactitude médicale proposée par la American Medical Association.

Les campagnes qui visent à donner plus de visibilité aux jeunes devraient faire largement appel aux médias et porter sur les aspects de la culture populaire qui intéressent directement leur vie sexuelle et reproductrice. A ce jour, les campagnes des médias n'ont pas eu l'envergure voulue pour exercer une influence dans un état ou, a fortiori, dans l'ensemble du pays²⁸⁴.

Au niveau des états, les législateurs doivent éliminer les politiques qui restreignent l'accès des jeunes aux services et à l'information. Tous les états confèrent aux mineurs le droit de consentir à des services d'IST mais pas toujours à l'utilisation de contraceptifs ou à l'avortement.

Il convient d'intégrer à la pédiatrie les services de santé reproductive pour que les pédiatres puissent jouer un rôle plus actif et aider la vie sexuelle et reproductive de leurs jeunes patients. Il faut assouplir les limites qui empêchent les médecins de parler librement avec leurs malades, et leur faire savoir quelles sont les véritables limites; en effet, la crainte de poursuites gêne les médecins qui veulent guider et aider leurs patients. Une formation à l'école et un apprentissage pratique mettant l'accent sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes devraient faciliter la tâche du personnel médical pour parler de ces questions.

Il convient de surveiller de près l'application locale des politiques fédérales. Les états et les établissements scolaires appliquent, en matière de santé sexuelle et reproductive, des politiques qui varient énormément. Un Bureau de coordination de la politique de la jeunesse et des comités des états comportant des représentants des conseils de l'éducation, de la santé et du travail, permettraient de guider et d'encadrer les états au plan de l'exécution et de l'évaluation des programmes.

Il convient d'améliorer la qualité des programmes de santé et de développement à l'intention des jeunes non scolarisés. Les programmes non gouvernementaux de formation au travail, les partenariats public-privé et le système de protection sociale offrent tous des possibilités d'établir de multiples rapports avec la jeunesse.

Il convient de fournir à tous, y compris aux garçons et aux jeunes hommes, des informations et des services de santé sexuelle et reproductive appropriés à leur âge. Les initiatives existantes de paternité responsable s'efforcent de renforcer le soutien apporté par les hommes, mais ne répondent souvent pas à leurs besoins de santé sexuelle et reproductive.

Aux Etats-Unis, les politiques de santé reproductive des jeunes n'ont pas la vaste vision de l'épanouissement des jeunes que présente le Programme d'action de la CIPD. Les jeunes américains ont besoin de politiques qui placent les objectifs de santé publique et de développement avant ceux de l'idéologie politique. Pour agir dans ce sens, il faut envisager une planification multisectorielle, modifier la façon dont sont fournis aux jeunes les services et les informations, renforcer le soutien aux familles et aux collectivités pour répondre aux besoins sexuels et reproductifs des jeunes.

9

Conclusions :



BESOINS, CHIFFRES ET ENGAGEMENTS NATIONAUX

Il suffit de donner aux jeunes les informations, les possibilités et les aptitudes voulues pour qu'ils les utilisent pendant toute leur vie.

Les jeunes sont souvent invisibles aux yeux des décideurs—et leur santé sexuelle et reproductive est souvent occultée— parce qu'ils semblent en général être en bonne santé, parce qu'il peut être gênant de parler de sexualité et parce que beaucoup de jeunes, sinon tous, ne peuvent pas voter ou exercer une influence quelconque sur les décideurs. Le présent rapport montre qu'il est essentiel d'augmenter la visibilité des jeunes de 10 à 24 ans et de donner la priorité à leurs besoins, qui sont tout à fait réels.

A juste titre, les jeunes se disent frustrés quand on leur dit qu'ils ne sont pas capables de prendre eux-mêmes des décisions, alors qu'on ne leur donne pas les outils de santé et de développement dont ils ont besoin pour le faire. Cette prophétie, qui porte en elle le germe de sa réalisation, et l'importance qu'elle accorde au contrôle exercé par les adultes exprime une vision qui fait des jeunes des êtres pas tout à fait humains, qui ne méritent pas d'avoir des droits importants. La santé et le succès que les adultes souhaitent aux jeunes sont ce que les jeunes eux-mêmes désirent durant toute leur vie. Il suffit de donner aux jeunes les informations, les possibilités et les aptitudes voulues pour qu'ils les utilisent pendant toute leur vie.

Pour assurer la santé sexuelle et reproductive des jeunes, il faut aller au-delà de la transmission *d'informations* pour arriver à la transmission de capacité : la *capacité*

des jeunes à assumer la responsabilité de leur santé, de leurs relations et de leurs rôles dans la vie de la collectivité. Il faut en même temps leur donner l'espoir d'une réussite. En les dotant de toute une série d'aptitudes, d'informations et de moyens, on peut permettre aux jeunes de prendre des décisions informées et positives— et d'intervenir—en leur nom propre et au nom de leurs pairs. Nous devons comprendre que les jeunes acquièrent de plus en plus de compétences et la capacité de prendre les innombrables décisions auxquelles ne participeront ni les parents ni d'autres adultes.

L'existence de 1,7 milliard de jeunes de 10 à 24 ans, suivis d'un autre groupe de 1,2 milliard d'enfants âgés de 9 ans ou moins souligne qu'il faut avoir des politiques qui soutiennent et renforcent les capacités des jeunes. La génération la plus nombreuse qu'ait connue l'histoire de l'humanité a besoin de toute l'aide possible au moment où ses jeunes atteignent l'âge adulte. Il est essentiel que l'État s'engage vis à vis de la scolarisation, de la santé et de l'emploi pour réaliser le développement de l'individu et de la nation. Les gouvernements de la plupart des pays du monde ont accepté la Convention sur les droits de l'enfant, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, et la Plate-forme d'action de Beijing. Que vont-ils faire maintenant pour leurs jeunes?

QUE FAUT-IL FAIRE?

Les gouvernements doivent apporter leur soutien à de saines options concernant la vie sexuelle et reproductive des jeunes. Dans des lieux aussi divers que l'Ouganda et les Pays-Bas, les gouvernements se sont aventurés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive parce qu'ils comprennent fort bien qu'il est urgent de le faire au nom de la santé publique.

Pour formuler une politique de la jeunesse, les décideurs doivent commencer par définir les principes de base de la santé publique et du développement social—par exemple, le besoin de fournir des informations solides sans porter de jugement à leur sujet. Ces principes et le cadre de la politique de la jeunesse qu'ils définissent aident à donner forme à l'approche d'un pays vis-à-vis de la jeunesse et de la santé. Comme le montrent les expériences de divers pays, ces principes peuvent informer des politiques qui aident les jeunes à avoir une bonne vie sexuelle et reproductive et permettre une exécution locale à l'abri d'une ingérence excessive. Les médias peuvent jouer un rôle important pour diffuser ces messages de santé publique et éduquer le public.

Afin de cibler leurs interventions, les promoteurs devront établir une priorité entre les diverses lois. Presque partout, il faut commencer par encourager et financer dans l'ensemble du pays et dès le plus jeune âge, une éducation de qualité portant sur la sexualité et l'art de vivre. Il faut impartir aux enseignants et aux prestataires de soins de santé les connaissances et les aptitudes leur permettant de s'entretenir aisément avec les jeunes sur la sexualité et la santé reproductive. Il faut ensuite adapter les services et les normes aux besoins particuliers des jeunes. La menace considérable qu'un avortement dangereux fait peser sur les jeunes femmes dans de nombreux contextes lance un défi aux pays, qui doivent reconsidérer la situation de l'avortement, s'il est illégal, et élargir l'accès à des services dénués de danger, s'il est légal. Une troisième priorité appelle le renforcement de lois qui interdisent les sévices et la discrimination. Souvent, les filles enceintes se voient refuser le droit de poursuivre leurs études : garantir la scolarisation des filles enceintes revient à investir dans de nombreuses vies et de nombreux futurs, contribuant ainsi à la santé familiale et publique.

La diminution des mariages précoces doit être à l'avant-scène de la politique. Le mariage précoce est un

symbole de la situation sociale inférieure des filles et des femmes et constitue peut-être une violation de leurs droits²⁸⁵. Les lois stipulant un âge minimum du mariage sont un élément important de la promotion de l'égalité entre les sexes et de la santé des femmes. Quand de telles lois existent, le gouvernement et les animateurs communautaires doivent les faire connaître et les appliquer.

Les politiques doivent aller au-delà du secteur santé pour aider la vie procréatrice des jeunes. Un concept de la santé sexuelle et reproductive fortement rattaché à la régulation de la fécondité n'a guère de sens pour les jeunes. Il existe un consensus sur la nécessité d'aller au-delà des besoins individuels des jeunes pour s'attaquer aux situations familiales, communautaires, culturelles et économiques qui limitent leur santé et les choix de leurs modes de vie. Si on place la vie reproductive des jeunes dans une optique centrée uniquement sur la santé, on arrive souvent à des programmes composés d'activités étroitement circonscrites au lieu d'encourager, comme on le devrait, un meilleur épanouissement des jeunes. Une politique de développement de la jeunesse doit avoir une base institutionnelle et doit posséder l'autorité lui permettant de résoudre les débats concernant la stratégie et l'affectation des ressources, de coordonner les activités entre les divers secteurs et d'évaluer le respect de protocoles orientés sur les jeunes par les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'emploi, etc.

Toute stratégie visant à améliorer le bien-être et la santé des jeunes doit avoir pour élément principal la réduction des inégalités entre les sexes qui exposent les jeunes à des risques sexuels et reproductifs. Les filles souffrent de contrainte sexuelle, d'excisions génitales, d'avortements manqués, de grossesses dangereuses et d'IST, du fait, pour une large part, des inégalités entre les sexes qui conditionnent leurs contacts sexuels. Les pressions qui conduisent les garçons à donner des preuves de leur masculinité les amènent à courir plus de risques sexuels, à expérimenter et à «marquer des points». Or, les politiques de santé sexuelle et reproductive privilégient volontiers les aspects biologiques de la santé reproductive, au détriment de ses aspects sociaux.

Il convient de définir des objectifs et des engagements financiers parmi les buts de la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Il est nécessaire de mener une étude d'ensemble des investissements dans la vie sexuelle et reproductive des jeunes—en y englobant les priorités

Participation des parents—espoirs et réalités

Les parents et les familles exercent des influences critiques sur le comportement et l'attitude des jeunes vis-à-vis de la sexualité. Les communications entre parents et enfants peuvent transmettre les valeurs qui aident les jeunes à négocier leur vie sexuelle et reproductive.

Or, beaucoup de parents ne sont pas eux-mêmes bien informés et craignent que des conversations concernant la sexualité ne soient gauches et risquent de contribuer à un comportement sexuel non souhaitable. Les enfants eux-mêmes peuvent décourager les parents de parler de sexualité parce que, eux aussi, se sentent gênés de parler de la question avec leur mère ou leur père. Les enfants plus âgés, en particulier, déclarent souvent «Je sais tout ça».

Quoi qu'il en soit, il appartient aux parents de trouver le moyen d'engager cette conversation difficile, tout comme il leur incombe d'apprendre à leurs enfants à ne pas jouer avec le feu et à ne pas se jeter au milieu de la rue. Dans ces conditions, les dispositions les plus importantes que les parents puissent prendre consistent à mieux s'informer au sujet de la santé reproductive, à faciliter des communications ouvertes, honnêtes et continues sur la sexualité, et à encourager leurs enfants à songer à leur avenir.

Les parents doivent aussi intervenir constamment pour influencer la politique publique afin de servir au mieux les intérêts de la jeunesse. Dans leur rôle de promoteurs, les parents peuvent faire œuvre de sensibilisation et influencer la politique en

- étant des électeurs informés;
- insistant auprès des décideurs pour qu'ils admettent l'importance de la santé reproductive des jeunes;
- utilisant ou soutenant des réseaux qui préconisent et assurent la mise en œuvre de politiques bien fondées;
- lançant dans leurs collectivités des débats sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, avec les dirigeants religieux locaux, les médias et d'autres membres de la communauté; et
- intervenant au sein d'autres coalitions qui s'intéressent de façon plus générale au développement de la jeunesse.

Dans la plupart des sociétés, les jeunes reçoivent de leurs parents et de la collectivité des messages ambigus au sujet de la santé reproductive et de la sexualité et cette ambiguïté peut entraver le développement d'une sexualité saine et responsable. Dans de rares cas, les milieux privés et publics font passer des messages cohérents et ont des attitudes motivées par la santé à l'égard de la sexualité, renforçant ainsi les valeurs pratiques nécessaires pour négocier des vies sexuelles et reproductives saines. A la base de ces approches différentes se trouvent des croyances divergentes concernant la sexualité des adolescents et leur capacité de prendre des décisions responsables.

Les parents jouent un rôle important non seulement en donnant à leurs enfants des connaissances de la biologie de la reproduction, mais aussi en développant leur estime de soi, leur confiance et leurs aptitudes à négocier leurs rapports sexuels. En écoutant les questions et les problèmes de leurs enfants, tout en exprimant leurs propres valeurs, les parents peuvent renforcer les aptitudes des jeunes à faire face aux demandes sociales en matière de sexualité. Cependant, peu de parents disposent d'informations exactes sur la santé sexuelle ou les réalités du comportement sexuel des adolescents.

L'un des plus grands défis politiques que doivent relever les décideurs consiste à aider la santé et les droits reproductifs des jeunes tout en respectant les préoccupations des parents. Parfois, le désir qu'ont les parents de connaître ou de maîtriser le comportement sexuel d'un enfant n'est pas ce qui convient le mieux à ce dernier. En fait, la plupart des prestataires de services de santé reproductive des jeunes pensent que la confidentialité est un élément nécessaire de leurs relations avec les jeunes, bien qu'ils encouragent aussi ces derniers à être ouverts et francs avec leurs parents.

Sources :

Strategic Planning Work Group. A Community Strategic Plan for Preventing Teen Pregnancies and Sexually Transmitted Diseases (septembre 1999). Charlottesville, VA : The Council on Adolescent Pregnancy Prevention.

SIECUS, «Community Action Kit». <http://www.siecus.org/advocacy/kits0002.html>. Internet, consulté le 26 septembre 2001.

«Allez-vous vous intéresser à nous pour ce que nous sommes maintenant, et pas simplement pour les adultes que nous deviendrons?»



Zohra Rasekh



Barbara Horlbeck



Terri Bartlett

des gouvernements, du secteur privé et des donateurs. Bien que difficile à effectuer, une telle analyse permettrait de juger les engagements pris à l'égard des préoccupations des jeunes à l'occasion de rencontres mondiales et lors de l'élaboration et de l'application de politiques. Souvent, les dispositifs de comptabilité des soins de santé ne rendent pas compte de l'emploi des fonds consacrés à tel ou tel groupe de population, ou utilisés dans plusieurs secteurs. Par exemple, un dispensaire réservé aux jeunes est facilement identifié comme élément d'un programme de santé reproductive: mais un programme scolaire qui enseigne l'estime de soi peut ne pas être considéré comme une activité contribuant à l'amélioration de la santé reproductive.

Les politiques et programmes doivent faire appel aux parents, aux dirigeants religieux et à d'autres adultes de la collectivité pour intervenir au nom des

jeunes et leur apporter ce dont ils ont besoin. Les gouvernements doivent veiller à ce que les opinions des parents se fondent sur une solide connaissance de ce qui est en jeu, et non pas sur des craintes peu réalistes de ce qui pourrait être. La participation des parents devrait se concentrer sur la quête de moyens permettant aux familles et aux collectivités de faire place aux jeunes. Les parents sont la charpente des réseaux sociaux et du capital social des jeunes. En tant de citoyens, ils ont un rôle important à jouer pour renforcer et entretenir l'engagement pris à l'égard des politiques visant les jeunes. Les établissements religieux jouent souvent un rôle de développement important au sein des collectivités, et ils influent sur les normes sociales. Il faut encourager les associations religieuses à renforcer les services qu'elles offrent aux jeunes, à s'appuyer sur des formations de jeunesse, qui ont souvent des réussites à leur actif, pour diffuser des informations, et offrir des espaces alternatifs où les jeunes peuvent avoir une vie sociale.

Il faut recruter des ONG pour apporter et élargir un soutien critique aux initiatives du gouvernement concernant la jeunesse et la santé. Dans les pays où le gouvernement accueille la participation de la société civile aux débats et aux programmes nationaux, les ONG ont dynamisé la santé reproductive des jeunes. Le gouvernement n'est pas seul à avoir une responsabilité à l'égard des besoins des jeunes; les collectivités, les parents, les églises et la société civile doivent unir leurs efforts pour toucher les jeunes. Les ONG, y compris les groupements de promotion des femmes, ont un rôle important à jouer, aux côtés du gouvernement et du public, dans la mise en œuvre des politiques de santé reproductive des jeunes.

Dans 15 ans—soit dans moins d'une génération—les 1,7 milliard de jeunes de 10 à 24 ans que compte actuellement le monde seront des adultes de plein droit. Les grandes lignes du plan visant à aider la vie sexuelle et reproductive des jeunes se trouvent déjà tracées dans le Programme d'action visionnaire que les divers pays du monde ont formulé en 1994 lors de la CIPD. Huit ans plus tard, ces mêmes pays doivent répondre à la question que les jeunes du monde entier ont posée à leurs aînés : «Allez-vous vous intéresser à nous pour ce que nous sommes maintenant, et pas simplement pour les adultes que nous deviendrons?». Nous devons leur répondre : «Oui, nous honorerons la promesse de notre vision du Caire, nous remplirons nos engagements et nous répondrons à vos besoins, pendant la présente génération.»

À PROMOUVOIR DES POLITIQUES CONCERNANT LA VIE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES

Identifier les domaines clés de la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

- Recueillir et analyser des informations afin d'établir un ordre de priorité parmi les mesures à prendre.

Informers le débat sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes. De bonnes informations peuvent permettre de recruter des alliés inattendus en créant un terrain commun fondé sur des faits.

- Utiliser les informations concernant les jeunes comme outil servant à mobiliser un soutien pour des programmes de santé sexuelle et reproductive.
- Identifier les membres de la collectivité qui pour lesquels ces informations sont particulièrement importantes.

Mobiliser votre collectivité.

- Grouper les questions au niveau local.
- Décrire aux membres de la collectivité les défis et problèmes locaux des jeunes.

Identifier les groupes importants qu'il s'agit de toucher.

- Chercher un terrain commun dans les objectifs de santé publique et de développement social.
- Identifier, éduquer et sensibiliser les groupes sociaux essentiels—parents, enseignants, personnalités religieuses, dirigeants traditionnels, politiciens, anciens—au sujet des besoins de santé et de développement des jeunes.
- Rencontrer rapidement et souvent ceux qui ne sont pas d'accord avec vous. Vous devez travailler aussi avec eux.
- Accepter de ne pas trouver un accord. S'il est possible de se mettre d'accord sur des principes de base, on peut souvent parvenir à des formules précises.

Faire participer les jeunes, qui sont les meilleurs avocats de leur propre bien-être.

- Faire participer continuellement les jeunes à l'évaluation des priorités, à la conception, à la planification et à l'évaluation.
- Encourager des partenariats adultes-jeunes.
- Travailler avec des jeunes pour lutter contre les stéréotypes concernant leur comportement et leurs inclinations en matière de sexualité.
- Mobiliser le vote des jeunes.

Evaluer ce que peut faire votre propre organisation ou institution.

- Evaluer l'engagement de votre propre organisation à l'égard de la santé sexuelle et reproductive des jeunes : comment la promotion et les réseaux vont-ils faire avancer votre travail pour les jeunes?
- Evaluer vos moyens de travailler avec d'autres organisations. S'il le faut, créer ces moyens.

Former des réseaux et des alliances stratégiques.

- Identifier et grouper une vaste gamme d'organisations qui s'intéressent au bien-être des jeunes.
- Avec quelles organisations pouvez-vous collaborer pour faire progresser la santé reproductive des jeunes? Des groupements féminins? Des groupements d'épanouissement de la jeunesse? Des groupes de promotion de la santé?
- Travailler de concert pour élaborer des stratégies visant à maintenir et intensifier l'attention portée aux jeunes.
- Rechercher un aide externe auprès de donateurs, d'organismes internationaux, d'autres organisations qui ont une présence locale ou nationale.
- Soyez prêt à vous ranger à des solutions transactionnelles. Le résultat peut ne pas être tout ce que vous souhaitiez, mais il peut aider les jeunes.

Sources : Cette liste fait appel à notre propre analyse et aux travaux des organisations suivantes : Focus on Young Adults, The Futures Group International, Organisation panaméricaine de la santé, The Panos Institute, le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'Organisation mondiale de la santé.

ANNEXE 1

INTERVIEWS ET CONVERSATIONS

Un grand nombre d'idées des plus intéressantes exprimées dans le présent rapport sont celles de nombreuses personnes qui ont accepté d'être interviewées ou de s'entretenir avec nous.

Ghana : Yaa Amekudzi, Center for the Development of People; Staffan I. Lindberg, Ghana Parliamentary Caucus on Population and Development, Parliamentarians for Global Action; Alex Banful, Mabel Tsibu-Nyarko, Ghana Social Marketing Foundation; Emmanuel Avevor, Ebenezer Malcolm, Myra Togobo, Ghana United Nations Students and Youth Association; Wisdom Mensah, International Needs; Gloria Nikoi, ex-Ministre des affaires étrangères; Jamila Abdullah, Ali Al-Hassan, Joseph Ankrah, Ahmad Dau, Baba Issa, Kasim Larri et d'autres personnes, Muslim Family Counselling Services; National Council on Women and Development; Richard Turkson, National Population Council; Honorable Alban S.K. Bagbin, Honorable Grace Coleman, Honorable Osei-Adjei, Honorable Theresa A. Tagoe, Parliament of Ghana; Matthew Ashun, Audrey Augustus, Salorme Azumah, Abraham Nyako, M. Yankey, Planned Parenthood Association of Ghana; John S. Nabilah Wulugunaba, Population Impact Project University of Ghana, Legon; Rejoice Nutakor, Ministère de la santé, Ghana; Amon Nikoi, ancien Directeur de la Banque du Ghana; Benedicta Ababio, The Futures Group Policy Project; Moses Mukasa, FNUAP; Urban Aid, dispensaire de l'Armée du Salut; Esther Owusu, Young Women's Christian Association of Ghana.

Inde : Sudhansh Malhotra, Adolescent Section, Ministry of Health and Family Welfare; Arundhati Mishra, CEDPA; O.P. Yadav, Family Planning Association of India; Manmohan Sharma, Indian Association of Parliamentarians on Population and Development; Ravi Narayan, Indian

Committee of Youth Organizations, and Youth & Family Planning Programme Council; P.L. Joshi, National AIDS Control Organization (NACO); J.L. Pandey, National Population Education Project, National Council of Educational Research and Training (NCERT); Dr. Rachana, Naveen Sangwan, K.M. Sathyanarayana, The Futures Group Policy Project; Gunjan Sharma, The Naz Project (India) Trust; Saroj Pachauri, K.G. Santhya, Anjali Widge, The Population Council; Sunita Arora, Sharmila Ghosh Neogi, The Population Foundation of India; Sumita Taneja, Sudha Tewari, Parivar Seva Sanstha; Radhika Chandiramani, Tarshi – Talking About Reproductive and Sexual Health Issues; Dinesh Agarwal and Mridula Seth, FNUAP.

Iran : M^{mes} Moofeedi et Qasimi, Association of Muslim Women Lawyers; Tom Greene, Consultant; Amir Hussein Barmaki, Mojgan Darbi, Hassan Mohtashami, Pedram Moosavi, Hooria Milani Shamshiri, Zakia Shirafkan, Nijan Yasrebi, FPAIRI; M^{me} Shams, Green Outlook; Hossein Malek Afzali Ardakani, M.T. Cheroghchi Bashi, Mansour Safaie Farahani, Hameed Setayesh, MOHME; Mehdi Sedghazar, Shaid Jafari Health Center; Khadeja Neizary, Women's Center for Support of Social Activities, Ministry of Education; Tahereh Taherian, Women's Sports Federation of the Islamic Republic of Iran; Sharareh Amirkhalili, Monire Basire, M. Mosleh-Uddin, UNFPA; Mandana Askarinasab, UNICEF.

Mali : Ibrahima Kotié Diakité, Samba Touré, Fadima Drave Traoré, Association malienne pour la promotion et la protection de la famille (AMPPF); Dr Osmane, Fatimata Traoré, Association de soutien au développement des activités de population (ASDAP); Hadja Assa Diallo Soumaré, Comité d'action pour les droits de l'enfant et de la femme; Issa Sibide, CEDPA; Abdoukadré Zeinou,

ANNEXE 1

Cabinet de recherche action pour le développement endogène (CRADE); Suleymane Dolo, Modibo Maiga, Mariam Massambara Sow, Groupe pivot/Santé population; Houleymata Diarra, Arkea Dupre, Dandara Kanté, Suzanne Reier, René Rovira, Rachel Stoler, JSI/PDY – Programme Démissènya Yiriwali; Sidiki Kone, Projet promotion des jeunes, sports et santé, Sogoniko; Susan McLucas, Sahel initiative troisième millénaire; Lynn Lederer, Save the Children; Yacine Diallo, PNUD; Rokia Traoré Ly, Boubacar Monzon Traoré, FNUAP; Mohammad Diarra, Salif Koulibaly, Aida Lô, Ursula Nadolny, Agence des Etats-Unis pour le développement international.

Mexique : Gabriela Rodriguez, Afluentes; Maria Antonieta Alcalde, Balance; Daniel Gonzalez, Eduardo Liendro, Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias; Lydia Alpizar, ELIGE; Beatriz Cabazos, Foro de Población; Susan Pick, IMIFAP; Jesús Garcia, Esmeralda Ponce de Leon, Araceli Prieto Alvarez, Instituto Mexicano de la Juventud; Ana Luisa Liguori, John D. and Catherine T. MacArthur Foundation; Alejandro Brito, Letra S; Simon Javier Garcia Moreno, Rosalva Segura Nolasco, Programa Estatal de la Mujer, Subsecretaria de Asuntos Jurídicos y Participación Ciudadana, Gobierno del Estado de Veracruz; Jose Alberto Elizalde Bonilla, Programa de Prevención y Atención

Integral del Embarazo en Adolescentes; Pilar Denegri, Protección a la Infancia; Jose Luis Navarro P., Riesgos Sociales en la Infancia, Sistema Nacional – Desarrollo Integral de la Familia; Olivia Aguilar, Carmen Flores, Benno de Keijzer, Emma Reyes, Salud y Género; Araceli Gonzalez Saavedra, Claudia Pena Cabrera, Xochiquetzal.

Pays-Bas : Barbara Huberman, Advocates for Youth; Doortje Braeken, Catalyst Project, IPPF Western Hemisphere Region; Bart Wijnberg, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports; Sarah Maso, Jo Reinders, Netherland Institute for Social Sexological Research (NISSO); Annette Van Den Berg, World Population Foundation.

Etats-Unis : Glenda Partee, Donna Walker James, American Youth Policy Forum; Wendy Wolfe, Center for Assessment and Policy Development; Douglas Kirby, ETR Associates; Susan Moskosky, DHHS; Linda Juszczak, Division of Adolescent Medicine, North Shore University Hospital; Patrick Sheeran, Office of Adolescent Pregnancy Programs; Smita Pamar, Bill Smith, SIECUS; Alexandra Ashbrook, Teen Parents and the Law Program, Street Law Inc.; Cynthia Dailard, Heather Boonstra, The Alan Guttmacher Institute; Hilandia Neuta-Rendon, Women's Educational Equity Act, Equity Resource Center.

ANNEXE 2

ACRONYMES ET DÉFINITIONS

APE	Association de parents d'élèves (Iran)
Chari'a	Droit islamique
CHIP	State Children's Health Insurance Program (USA), également SCHIP
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CONAPO	Conseil national de la population (Mexique)
DIF	Développement intégral de la famille (Mexique)
DTAS	Département de la jeunesse et des sports (Inde)
EGF	Excision génitale féminine
FPAIRI	Association pour le planning familial de la République islamique d'Iran
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GSMF	Ghana Social Marketing Foundation
IMJ	Institut mexicain de la jeunesse
IMSS	Institut mexicain des assurances sociales
ISSSTE	Institut de la sécurité et des services sociaux des travailleurs de l'Etat (Mexique)
IST	Infection sexuellement transmissible
Medicaid	Programme fédéral et étatique qui aide à couvrir les dépenses médicales des personnes à faible revenu (USA)
MOHME	Ministère de la santé et de l'enseignement médical (Iran)
MST	Maladies sexuellement transmissibles
NVSH	Association néerlandaise pour la réforme sexuelle
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDJ	Programme de développement de la jeunesse
PPAG	Association ghanéenne pour le planning familial
SBHC	Centre de santé basé à l'école
SCHIP	Programme étatique d'assurance maladies des enfants (USA), également CHIP
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH/SIDA	virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

NOTES

- 1 «Bruce, J. 2001. "Recognizing Adolescent Diversity in Policy and Programs: Highlighting Neglected Issues." Presentation to the Population Council, 24 janvier.
- 2 Bruce, J, et BS Mensch. 1999. "Taking Back Young Lives: Policy Issues for Adolescent Girls in the Developing World," *JAMWA* 54(3), 153-155.
- 3 Fonds des Nations Unies pour la population. 1999. *A Time Between: Health, Sexuality and Reproductive Rights of Young People*. New York: FNUAP.
- 4 De Bruyn, Maria. 1999. "Young Lives at Risk: Adolescents and Sexual Health." *Panos Media Briefing* 35 (July). Disponible à http://www.oneworld.org/panos/briefing/young_lives_at_risk.htm; Internet; consulté le 5 novembre 2001.
- 5 Bruce, J, et BS Mensch. 1999. "Taking Back Young Lives." *Emphase ajoutée*.
- 6 Morell, Virginia. 1995. "Attacking the Causes of 'Silent' Infertility." *Science* 269. 11 August.
- 7 Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. II, Sex and Age Distribution of the World Population. New York: Nations Unies.
- 8 Mensch, BS, J Bruce et ME Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council; The Alan Guttmacher Institute (AGI). 1998. *Into A New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: AGI.
- 9 Mensch, B, J Bruce et M Greene. 1998. *The Uncharted Passage*.
- 10 Bledsoe, CH, et Barney Cohen. 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: National Academy Press.
- 11 UNICEF. 2001. "Early Marriage, Child Spouses." *Innocenti Digest* 7. Florence, Italy: UNICEF.
- 12 McCauley, AP, et C Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults." *Population Reports*. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University.
- 13 Mensch, B, J Bruce, et M Greene. 1998. *The Uncharted Passage*.
- 14 Panis, CW, LA Lillard et DM Upchurch. 1995. "Implications of Family Formation for Educational Attainment among Young Women" [document non publié]. Présenté à la réunion annuelle de la Population Association of America, San Francisco, California, USA (April 6-8): 23.
- 15 McCauley, AP et C Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults."
- 16 ONUSIDA Press Release. 1997. "Sexual Health Education Does Lead to Safer Sexual Behaviour-UNAIDS Review." 22 octobre.
- 17 Heise, L, M Ellsberg et M Gottemoeller. 1999. *Ending Violence against Women*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- 18 Rivers, K, et P Aggleton. 1999. "Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic." *Panos Briefing* 35 (July). Disponible à <http://www.undp.org/hiv/publications/gender/adolesce.htm>; Internet; consulté le 16 avril 2001; Weiss, E, D Whelan, et G Gupta. 1996. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*. Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW).
- 19 *Ibid.*, 155.
- 20 de Bruyn, M. 1999. "Intersecting Health Risk: Adolescent Unwanted Pregnancy, Unsafe Abortion and Aids." *Initiatives in Reproductive Health Policy* 3: 4-5; AGI. 1999. *Sharing Responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide*. New York: AGI.
- 21 Westoff, C. 2000. "The Substitution of Contraception for Abortion in Kazakhstan in the 1990s." DHS Analytical Studies 1. Calverton, MD: Macro International (December).
- 22 AGI. 1999. *Sharing Responsibility*; de Bruyn, M. 1999. "Intersecting Health Risk."
- 23 McCauley, AP, et C Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults."
- 24 AGI. 1999. *Sharing Responsibility*.
- 25 Mensch, BS, J Bruce et M Greene. 1998. *The Uncharted Passage*.
- 26 Amnesty International. 1998. "Female Genital Mutilation." Disponible à <http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm>; Internet; consulté le 5 novembre 2001.
- 27 FNUAP. 2000. *Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change*. New York: FNUAP, 15.
- 28 Senderowitz, J. 1995. "Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood." *World Bank Discussion Paper* 272. Washington, DC: World Bank.
- 29 ONUSIDA. 1999. *Young People and HIV/AIDS*. Geneva: ONUSIDA.
- 30 ONUSIDA. 1999. Facts and Figures: 1999 World AIDS Campaign. Geneva: ONUSIDA.
- 31 Ericksen, K et T Brunette. 1996. "Patterns and Predictors of Infertility among African Women: A Cross-National Survey of Twenty-seven Nations." *Social Science and Medicine* 42(2).
- 32 Luke, N. 2001. "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence on Prevalence and Implications for Negotiation of Safe Sexual Practices for Adolescent Girls" [document non publié]. Préparé pour le International Center for Research on Women, AIDSMark Project (26 septembre); ONUSIDA. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS epidemic: June 2000*. Geneva: ONUSIDA.
- 33 Agence France Press. 2001. "More than 10 million 15-to-24 year-olds living with HIV/AIDS: UNICEF." Geneva, (June 12).
- 34 FNUAP. 1994. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, le Caire, 5-13 septembre 1994*. Paragraphe 7.48.
- 35 Hughes, J, et AP McCauley. 1995. "Improving the Fit: Adolescents' Needs and Future Programs for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 29(2): 233-245.
- 36 National Population Council, Ministry of Health. 1994. *National Population Policy (Revised Edition, 1994)*. Accra, Ghana: Government of Ghana.
- 37 Ministry of Health, Republic of Ghana. 1996. *National Reproductive Health Service Policy and Standards*. Accra, Ghana: Ministry of Health (April).
- 38 Center for Reproductive Law and Policy (CRLP). 1997. *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, Anglophone Africa*. New York: CRLP.
- 39 US Department of State, Bureau of African Affairs. 1998. *Background Note: Ghana*. Disponible à <http://www.state.gov/r/pa/bgn/index.cfm?docid=2860#people>; Internet; consulté le 31 juillet 2001.
- 40 National AIDS/STD Control Programme, Ministry of Health. 1999. *HIV/AIDS in Ghana: Background, Projections, Impacts, Interventions*. Accra, Ghana: Ministry of Health.
- 41 *Ibid.*
- 42 Reproductive and Child Health Unit. 2001. "Brief on Adolescent Health Programme in Ghana." Accra, Ghana: Ministry of Health.
- 43 Fayorsey, C. 1995. *Adolescent Reproductive Health Issues in Ghana*. Legon, Ghana: Sociology Department, University of Ghana; Population Impact Project, University of Ghana. 1995. *Adolescent Fertility and Reproductive Health in Ghana*. Legon, Ghana: Population Impact Project, University of Ghana (December).
- 44 CRLP. 1997. *Women of the World*.
- 45 National Population Council. 1996. *Draft: Adolescent Reproductive Health Policy*. Accra, Ghana: Government of Ghana.
- 46 Représentants de la Planned Parenthood Association of Ghana. 2001. Interview par l'auteur. Accra, Ghana, mars.
- 47 Luke, N. 1998. *Reproductive Health Case Study: Ghana*. Washington, DC: The Policy Project, The Futures Group International; National Population Council. 1996. *Draft: Government of Ghana: Adolescent Reproductive Health Policy*.

- 48 Hardee, K et autres. 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries*. Washington, DC: The Policy Project; Luke, N. 1998. *Reproductive Health Case Study*.
- 49 Honorable Osei-Adjei, Member of Parliament, Republic of Ghana. 2001. Interview par l'auteur. Accra, Ghana, le 21 mars.
- 50 Ampomah, K. 1996. "Draft: Proceedings of the Adolescent Reproductive Health Summit" [document non publié]. Accra, Ghana: National Population Council, Ministry of Health.
- 51 Reproductive and Child Health Unit. 2001. "Brief on Adolescent Health Programme."
- 52 National Population Council. 1996. *Draft Adolescent Reproductive Health Policy*.
- 53 Ministry of Health, Republic of Ghana. 1996. *National Reproductive Health Service Policy and Standards*.
- 54 Luke, N. 1998. *Reproductive Health Case Study*.
- 55 National AIDS/STD Control Programme (NACP). 1996. "Draft Policy Document on HIV/AIDS." Accra, Ghana: NACP.
- 56 NACP. 1999. *HIV/AIDS in Ghana: Background, Projections, Impacts, Interventions*. Accra, Ghana: Ministry of Health.
- 57 Mr. Francis Yankey, Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG). 2001. Interview par l'auteur. Accra, Ghana, le 20 mars.
- 58 Futures Group International. 2001. "Social Marketing Campaigns." Disponible à www.tfgi.com/Adols1.asp; Internet; consulté le 2 août 2001.
- 59 Banful, Alex, Ghana Social Marketing Foundation. 2001. Interview par l'auteur. Accra, Ghana, le 13 mars.
- 60 Population Reference Bureau (PRB). 2000. *2000 World Population Data Sheet*. Disponible à www.measurecommunication.org, or www.prb.org; Internet.
- 61 US Department of State, Bureau of African Affairs. 1998. *Background Note: Ghana*.
- 62 Notes d'interview avec CEDEP. Accra, Ghana, mars 2001.
- 63 Hardee, K et autres. 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies*.
- 64 CRLP. 1997. *Women of the World*.
- 65 *Ibid.*
- 66 *Ibid.*, 47.
- 67 Honorable Osei-Adjei, Member of Parliament, Republic of Ghana. 2001. Interview par l'auteur. Accra, Ghana, le 21 mars.
- 68 Honorable Grace Coleman, Member of Parliament, Republic of Ghana. 2001. Interview par l'auteur. Accra, Ghana, le 21 mars.
- 69 Honorable Osei-Adjei, Member of Parliament, Republic of Ghana. 2001.
- 70 Nabila, JS, C Fayorsey et M Pappoe. 1996. *Adolescent Reproductive Health Needs: Ghana Country Assessment, Key Findings Report*. Accra, Ghana: Population Impact Project, 4-5.
- 71 Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare. 2000. *National Population Policy 2000*. New Delhi, India: Government of India, 35.
- 72 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health: Experience of Community-Based Programmes," 261-311. In S. Pachauri (ed.) *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New Delhi, India: Population Council, 302; Anand, A. 1999. "Let's Talk About Sex." *People and the Planet* 8(1), 4.
- 73 Ganatra, B, SS Hirve. 2000. "Induced Abortions: Decision Making, Provider Choice and Morbidity Experience in Rural Adolescents" [document non publié]. Préparé pour la International Conference on Adolescent Reproductive Health, IRR/OMS, Mumbai, India (1-4 novembre).
- 74 Measham, AR et RA Heaver. 1996. *India's Family Welfare Program: Moving to a Reproductive and Child Health Approach*. Washington, DC: The World Bank, 21.
- 75 CRLP. 1995. *Women of the World: Formal Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives*. New York: CRLP.
- 76 Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare. 2000. *National Population Policy 2000*, 8.
- 77 Malhotra, S, Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare. 2001. Interview par l'auteur. New Delhi, India, le 8 mai.
- 78 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*. New Delhi: HarperCollins, 45.
- 79 Chaturvedi, YN, Secretary, Department of Family Welfare, Government of India. 1999. Statement to the Commission on Population and Development, Acting as Preparatory Committee for the Special Session of the General Assembly, New York, NY, USA, Para. 19; Ezhilmalai, D, Minister of State for Health and Family Welfare, Government of India. 1999. Statement at the Twenty-first Special Session of the General Assembly on Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action on the International Conference on Population and Development. New York: Nations Unies, Para. 12.
- 80 Singh, S. "Youth: A Resource for Today and Tomorrow," 235-259. In S. Pachauri (ed.) 1999. *Implementing A Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New Delhi, India: Population Council, 250.
- 81 *Ibid.*, 239.
- 82 Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales. 1999-2001. "Country Profiles on the Situation of Youth." Disponible à <http://esa.un.org/socdev/unyin/country4.asp?countrycode=in>; Internet; consulté le 14 juin 2001; Urivi Vikram Charitable Trust. "National Policy for Young Adults: Advocacy Document" [document non publié]. New Delhi, India: UVCT, 36.
- 83 Ministry of Youth Affairs and Sports, Government of India. 2000. *Background Note for the Consideration of Working Group on Youth Affairs and Sports for Formulation of X Five Year Plan (2002-2007) for the Ministry of Youth Affairs and Sports*. New Delhi, India: Government of India, 1.
- 84 Pour plus d'information sur Nehru Yuvak Kendra Sangathan, voir <http://www.nyks-india.org/genesis.htm>; Internet; consulté le 6 août 2001.
- 85 Department of Youth Affairs and Sports, Government of India. 1997. *Annual Report 1997*. New Delhi: Government of India; Ministry of Youth Affairs and Sports. 2000. *Background Note*.
- 86 Ministry of Youth Affairs and Sports. 2000. *Draft: National Youth Policy*. New Delhi, India: Government of India.
- 87 Department of Health and Family Welfare, Government of Madhya Pradesh. 2000. *Madhya Pradesh Population Policy*. Bhopal, Madhya Pradesh: Government of Madhya Pradesh, 16.
- 88 Department of Family Welfare, Government of Uttar Pradesh. 2000. *Uttar Pradesh Population Policy*. Lucknow, Uttar Pradesh: Government of Uttar Pradesh, 9.
- 89 Department of Family Welfare, Government of Rajasthan. 1999. *Population Policy of Rajasthan*. Jaipur, Rajasthan: Government of Rajasthan.
- 90 Government of India. 2000. *National Population Policy*, 14.
- 91 Greene, M. 1996. *Watering the Neighbour's Garden*, 24-25.
- 92 *National Institute of Public Cooperation and Child Development (NIPCCD)*. 2000. *Adolescent Girls' Scheme: An Evaluation*. New Delhi, India: NIPCCD.
- 93 Pandey, JL, National Council of Educational Research and Training (NCERT). 2001. Interview par l'auteur. New Delhi, India, le 8 mai.
- 94 Agarwal, D, FNUAP. 2001. Interview par l'auteur. New Delhi, India, le 9 mai.
- 95 Singh, S. 1999. "Youth: A Resource for Today and Tomorrow"; National AIDS Control Organisation. 2000. *Combating HIV/AIDS in India 1999-2000*. New Delhi, India: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 45.
- 96 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*, 99.
- 97 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health," 281.
- 98 Voir, par exemple, National Population Education Project. "Adolescence Education: Knowledge Base," in Pandey, J, SB Yadav, et KK Sadhu (eds.) 1999. *Adolescence Education in Schools, Part II*. New Delhi, India: NCERT, 35.
- 99 Pour plus d'information sur le Healthy Adolescent Project in India, voir Bharat Scouts and Guides Website. Disponible à <http://www.tbsgi.org/HAPI.htm>; Internet; consulté le 17 décembre, 2001.
- 100 Santhya, GK, The Population Council. 2001. Interview par l'auteur. New Delhi, India, le 7 mai.
- 101 Visaria, L, S Jejeebhoy et T Merrick. 1999. "Comment: From Family Planning to Reproductive Health: Challenges Facing India." *International Family Planning Perspectives* 25 Supplement (January): S44.
- 102 Yadav, SB et KK Sadhu. 1994. "Status of Adolescence Education in the School Curricula," in *Adolescence Education: Report of the National Seminar*. New Delhi, India: National Population Education Project, National Council of Educational Research and Training, 33-38.
- 103 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*, 45.
- 104 *Ibid.*, 92.

- 105 PUND, FNUAP. 1997. "United Nations Population Fund Proposed Projects and Programmes: Recommendation by the Executive Director, Assistance to the Government of India." New York: Nations Unies, 5.
- 106 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*, 45.
- 107 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health," 283.
- 108 Santhya, GK, The Population Council. 2001. Interview par l'auteur. New Delhi, India, le 7 mai.
- 109 Dube, S. 2000. *Sex, Lies and AIDS*.
- 110 Mamdani, M. 1999. "Adolescent Reproductive Health," 300.
- 111 Hakimian H. 2000. "Population Dynamics in Post-Revolutionary Iran: A Re-examination of Evidence." in P Alizadeh (ed.) 2000. *The Economy of Iran: Dilemmas of an Islamic State*. London: I B Tauris.
- 112 Population Reference Bureau (PRB). 2000. *2000 World Population Data Sheet: Iran Demographic Highlights*. Washington, DC: PRB.
- 113 UNESCO. 1997. *Demographic Profile of Adolescents in Asia and Pacific*. Bangkok, Thailand: UNESCO.
- 114 Mehryar, AH, et autres. 2000. "Repression and Revival of the Family Planning Program and its Impact on the Fertility Levels and Demographic Transition in the Islamic Republic of Iran" [document non publié]. Prepared for the 7th Annual Conference of the Economic Research Forum, Amman, Jordan (26-29 October).
- 115 Wright, R. 2000. *The Last Great Revolution: Turmoil and Transformation in Iran*. New York: Alfred A Knopf.
- 116 Hakimian, H. 2000. "Population Dynamics in Post-Revolutionary Iran: A Re-examination of Evidence," in P Alizadeh (ed.) 2000. *The Economy of Iran*.
- 117 Mehryar et autres. 2000. "Repression and Revival."
- 118 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment: The Islamic Republic of Iran*. Tehran, Iran: FNUAP; Musleh-Uddin, PM and M Bassir. 2001. *Fertility Trends in Post Revolutionary Iran*. Tehran, Iran: FNUAP.
- 119 Mohtashimi, H, Global Population Council. 2001. Interview par l'auteur, Tehran, Iran, le 5 mai.
- 120 Murphy, C. 1992. "Iran Promoting Birth Control in Policy Switch." *The Washington Post* (8 May).
- 121 MacFarquhar, N. 1996. "With Iran Population Boom, Vasectomy Receives Blessing." *New York Times* (8 septembre).
- 122 Statistical Centre of Iran. 1999. "Table 1.4 Average Annual Growth Rate of Population, by Urban/Rural Areas: 1956-1996." *Population Indicators of Iran, 1956-96*. Tehran, Iran: Statistical Centre of Iran, 6.
- 123 Aghajanian, Akbar. 1995. "A New Direction in Population Policy and Family Planning in the Islamic Republic of Iran." *Asia Pacific Journal* 10, 1.
- 124 Malek-Afzali, H, Ministry of Health and Medical Education. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 14 mai.
- 125 Cheroghchi, B. Ministry of Health and Medical Education. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 7 mai.
- 126 UNESCO. 1997. *Demographic Profile*.
- 127 Milani, H, Family Planning Association Islamic Republic of Iran. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 7 mai.
- 128 Milani, H, Family Planning Association Islamic Republic of Iran. 2001.
- 129 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment*.
- 130 FPAIRI, IPPF. 2000. "A Guide on Reproductive Health for Newly Married Couples." Tehran, Iran: FPAIRI.
- 131 Wright, R. 2000. *The Last Great Revolution*.
- 132 FNUAP. 1999. *Annual Report on the Islamic Republic of Iran*. Tehran: FNUAP.
- 133 Malek-Afzali, H, Ministry of Health and Medical Education. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 14 mai.
- 134 Naizary, M, Ministry of Education. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 5 mai.
- 135 Mohtashami, H, Global Population Council. 2001. Communication particulière. Email. Washington, DC, le 23 décembre.
- 136 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment*.
- 137 Population Education Project, Ministry of Education. (n.d.) *Health of Adolescent Girls*. Ministry of Education, Islamic Republic of Iran and FNUAP.
- 138 FNUAP, IPPF, et FPAIRI. 2001. "Pubertal Health of Boys." Tehran, Iran: FPAIRI.
- 139 FPAIRI, IPPF. (n.d.) "A Guide on Reproductive Health for Newly Married Couples"; FPAIRI. (n.d.) *Marriage Guide on Reproductive Health*. Tehran, Iran: FPAIRI et IPPF.
- 140 Cheroghchi, B, Ministry of Health and Medical Education. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 7 mai.
- 141 Family Health Department, Under Secretary for Public Health, MOHME, Islamic Republic of Iran and FNUAP. 1998. *Country Report on Population, Reproductive Health and Family Planning Program in the Islamic Republic of Iran*. Tehran, Iran: MOHME et FNUAP (February).
- 142 Askarinasab, M, UNICEF. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 7 mai.
- 143 FNUAP. 2000. *Country Population Assessment*.
- 144 Tremayne, S, Oxford University. 2001. Communication particulière. Email. Washington, DC, le 5 octobre.
- 145 Ministry of Health and Medical Education (MOHME). 2001. *Health Situation and Trends in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: MOHME.
- 146 Malek-Afzali, H, Ministry of Health and Medical Education. 2001. Interview par l'auteur. Tehran, Iran, le 14 mai.
- 147 Wright, R. 2000. *The Last Great Revolution*.
- 148 Seligman, B, L Weiss, et S Pacque Margolis. 2000. *Mali Youth Profile*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults.
- 149 Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. 1996. *Enquête Démographique et de Santé 1995-1996*. Calverton, MD: Macro International.
- 150 Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPF). 1998. *Plan National d'Eradication de l'Excision a l'Horizon 2007*. Bamako, MALI: MPF.
- 151 FNUAP. 1998. *The State of World Population*. New York: FNUAP, 70.
- 152 Ministère de la Santé, République du Mali. 1998. *Plan Decennal de Développement Sanitaire et Social, 1998-2007*. Bamako, Mali: Ministère de la Santé, 37; CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives: Francophone Africa*. New York: CRLP.
- 153 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction*. Bamako, Mali: Ministère de la Santé, 26.
- 154 *Ibid*.
- 155 Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. 1995. *Déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de Population*. Bamako, Mali: Ministère de la Santé; CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 156 *Ibid*: Women's Environment and Development Organization (WEDO). 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years After the International Conference on Population and Development*. New York: WEDO.
- 157 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 158 CRLP, Association of Jurists of Mali. 1999. *Reproductive Rights of Young Girls and Adolescents in Mali*. New York: CRLP.
- 159 Stoler, R, John Snow, Inc (JSI). 2001. Interview par l'auteur. Bamako, Mali, le 29 mars.
- 160 *Ibid*; Ministry of Economy, Planning and Integration. 1991. *Declaration of National Policy on Population in Mali*. Bamako, Mali: Ministry of Economy, Planning and Integration.
- 161 UNICEF. 1997. *Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes au Mali*. New York: UNICEF (July).
- 162 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 163 ONUSIDA. "Table of Country-specific HIV/AIDS Estimates and Data." Disponible à http://www.unaids.org/epidemic_update/report/index.html#table; Internet; consulté le 30 mai 2001.
- 164 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 165 Demographic and Health Surveys, Macro International, Inc. 1996. *Enquête Démographique et de Santé 1995-1996*.
- 166 Seligman, B, USAID. 2001. Interview par l'auteur. Washington, DC, le 7 août.
- 167 Stoler, R, JSI. 2001. Interview par l'auteur. Bamako, Mali, le 29 mars.
- 168 Gorsline-Flamm, E. 2000. *Mali's Young Adult Reproductive Health Inventory (YARH): Workshop Report, Bamako, Mali*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults; Marikani, L. et Castle Consultants. 2000. *Report 2: Educators' Activities, Efficacy and Impact: Qualitative Evidence from a Survey of 148 Peer Educators*. Report prepared for CEDPA. Washington, DC: CEDPA (November).
- 169 Diallo, H. 2001. Interview par l'auteur. Bamako, Mali, le 28 mars.

- 170 FNUAP. 2000. *Jeunes, Sports et Santé*. Bamako, Mali: FNUAP; FNUAP. 2000. *Reproductive Health Program in Mali*. Bamako, Mali: FNUAP.
- 171 Stewart, L, FOCUS on Young Adults. 2001. Interview par l'auteur. Washington, DC, le 24 septembre.
- 172 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction*, 26; Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Procédures des Services de Santé de la Reproduction*.
- 173 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes*, 26.
- 174 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Procédures des Services*.
- 175 Stoler, R, JSI. 2001.
- 176 Gorsline-Flamm, E. 2000. *Mali's Young Adult Reproductive Health Inventory*.
- 177 CRLP, Groupe de Recherche Femmes et Lois au Sénégal. 1999. *Women of the World*.
- 178 Dawit, S. 1998. "Needs Assessment," 12-13.
- 179 Ministère de la Santé, République du Mali. 2000. *Politique et Normes des Services*, 102; McLucas, S, Sahel Initiative Troisième Millénaire. 2001. Interview par l'auteur. Bamako, Mali, le 30 mars.
- 180 Dawit, S. 1998. "Needs Assessment," 13.
- 181 Debay, M et B Seligman. 1998. *Draft: Mali Youth Assessment Report*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults.
- 182 Consejo Nacional de Población (CONAPO). "Indicadores Socio-demográficos." Disponible à <http://www.conapo.gob.mx/indicaso/index.htm>; Internet; consulté le 7 juin 2001.
- 183 Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. 2000. "Evaluación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes." Mexico City, Mexico: Secretaria de Salud (November).
- 184 *Ibid*, 9.
- 185 CONAPO. "Ley General de Población y Reglamento, Artículo 19." Disponible à <http://www.conapo.gob.mx/polpobla/reglamento1.htm>; Internet; consulté le 7 juin 2001.
- 186 Montes, SG. 1999. "Las Organizaciones No Gubernamentales Mexicanas y la Salud Reproductiva." Mexico, D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- 187 Rodriguez-Garcia, R et autres. 1999. *The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO), W.K. Kellogg Foundation.
- 188 CRLP, DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. 1997. *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives, Latin America and the Caribbean*. New York: CRLP.
- 189 IMSS. "Seguridad y Solidaridad Social." <http://www.imss.gob.mx/IMSS/ofDirector/discursos/2001/01.htm> Internet; consulté le 19 décembre 2001.
- 190 IMSS. <http://www.imss.gob.mx/IMSS/default.htm>; Internet; consulté le 19 décembre 2001; Cabral Soto, J. 2000. "Una Perspectiva del Estado: Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente en el Medio Rural" [document non publié]. Présenté a "Trabajando con Hombres Jóvenes: Salud, Sexualidad, Género y Prevención de Violencia." Queretaro, Mexico (mars).
- 191 Espinosa, G, L Paz Paredes et V Rodríguez. 1999. *Salud Sexual y Reproductiva en México: Los Programas, Los Procesos, Los Recursos Financieros*. Mexico City, Mexico: Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población (mars).
- 192 IMIFAP. 1993. "First National Poll About Sexuality Education." Report presented to Prospect Hill, Moriah and Merck Foundations; Mexfam. "Encuesta Para el Programa "Gente Joven" de Mexfam: Informe de Resultados." Disponible à <http://www.mexfam.org.mx/pathfind/sld052.htm>; Internet; consulté le 5 juin 2001.
- 193 Pick, S, IMIFAP. 2001. Interview par l'auteur. Mexico City, Mexico, le 19 avril.
- 194 CRLP, DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. 2001. *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan Sus Vidas Reproductivas, America Latina y el Caribe, Suplemento 2000*. New York: CRLP.
- 195 Pick, S, IMIFAP. 2001.
- 196 Union Nacional de Padres de Familia. "Derechos Ignorados." <http://www.familia.com.mx/correoestrategico-017.htm>. Internet; consulté le 21 décembre 2001.
- 197 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>; Internet; consulté le 19 décembre 2001.
- 198 Mexfam. "Gente Joven Program." Disponible à http://www.mexfam.org.mx/gj_intro_i.htm; Internet; consulté le 4 juin 2001.
- 199 Fronjosá Aguilar, CF, A Mercado Gurrola, et HM Villaseñor Hernández (eds.) 2000. "Memoria, Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales." Tlaxcala, Mexico: Instituto Mexicano de la Juventud (13-17 août).
- 200 Union Nacional de Padres de Familia A.C. UNPF. Disponible à <http://www.familia.com.mx/articulosUG-002.htm>; Internet; consulté le 5 juin 2001.
- 201 Pick, S, IMIFAP. 2001.
- 202 Cruz, A. 2000. "Rechaza la Ley Antiaborto 63% de Guanajuatenses: Encuesta." *La Jornada*. Mexico City, 26 août.
- 203 Ravelo, R. 2001. "Es Abascal el que Necesita Leer a Ciceron y Educarse: Fuentes." *La Jornada*. Mexico City, 18 avril: 8.
- 204 Damián, GE. 1999. *Avances y Retos de la Salud Reproductiva en Mexico: Discurso, Financiamiento y Praxis*. Mexico City, Mexico: Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 47.
- 205 Pick, S, IMIFAP. 2001.
- 206 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Comisión Nacional de la Mujer, DIF-DF, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (n.d.). *Guia de Orientación Jurídica para Madres y Padres Adolescentes*. Mexico City, Mexico: DIF. Disponible à http://www.unicef.org/mexico/programas/Guia_Orientacion.PDF; Internet; consulté le 5 décembre 2001; Rodríguez Ramirez, G et BM Hernandez. 2000. *Manual de Capacitación de Sexualidad e Infecciones de Transmisión Sexual para Jóvenes Campesinas y Campesinos*. Mexico City, Mexico: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.
- 207 González Butrón, MA. 2000. *Las Mujeres Mexicanas en el Tercer Milenio*. Morelia, Michoacan, Mexico: Coordinación Nacional de Mujeres de Organizaciones Civiles Por un Milenio Feminista, 206.
- 208 Fernandez Ham, P et DE Avila Garcia. 1999. "Análisis Comparativo Entre Jóvenes Rurales y Urbanos: Una Relacion Indisoluble." *Revista de Estudios sobre Juventud, Nueva Epoca* 3(9): 8-23.
- 209 Stern, C. 1995. "Embarazo Adolescente: Significado e Implicaciones para Distintos Sectores Sociales." *Demos: Carta Demográfica sobre México* 8: 11-12.
- 210 Venguer, T et autres. 2001. "Si yo estoy bien, mi familia tambien." Report presented to Smith Kline and Beecham; Venguer, T and others. 2001. "Si yo estoy bien, mi familia tambien." Series of promotional and educational materials for rural and indigenous areas. Mexico City, Mexico: Editorial IDEAME.
- 211 González Butrón, MA. 2000. *Las Mujeres Mexicanas en el Tercer Milenio*, 214.
- 212 Herrera Carnevale, C. 2000. *Experiencias Viables de Colaboración entre ONG de Mujeres e Instancias Gubernamentales en Mexico*. Mexico City, Mexico: Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Poblacion, 43.
- 213 Rodríguez, G. 2000. "El Aborto: Encuesta en Guanajuato." *Demos: Carta Demografica sobre Mexico* 13: 37-38.
- 214 Instituto Mexicano de la Juventud. 2001. *Encuesta Nacional de Juventud 2000 (Resultados Preliminares)*. Mexico City, Mexico: Instituto Mexicano de la Juventud.
- 215 Damián, GE. 1999. *Avances y Retos*, 18-19.
- 216 Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects*.
- 217 Ketting, E. 1983. "Contraception and Fertility in the Netherlands." *Family Planning Perspectives* 15: 19-25.
- 218 Reinders, J, NISSO. 2001. Interview par l'auteur. Washington, DC, le 9 octobre.
- 219 Du Bio-Reymond, M et autres (eds.). 1995. *Childhood and Youth in Germany and The Netherlands: Transition and Coping of Adolescents*. Berlin, New York: Walter De Gruyter & Co.
- 220 Ketting, E. 1998. "The Family Planning And Sexual Health Revolution in The Netherlands." Utrecht, The Netherlands: Netherlands Institute of Social Sexological Research (NISSO).
- 221 Pour plus d'information, voir les œuvres de Nel Draijer et autres.
- 222 Reinders, J, NISSO. 2001.

- 223 Ketting E. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- 224 Nations Unies, Division de la population. 2001. *World Population Prospects*.
- 225 Reinders, J, NISSO. 2001. Communication particulière. Email. Washington, DC, le 23 août.
- 226 United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). 1959. *Declaration Of The Rights Of The Child*. Proclaimed By General Assembly Resolution 1386(XIV): UNHCR.
- 227 International Center of the Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW). 2001. *Youth Participation in The Netherlands*. Disponible à <http://www.nizw.nl/fr-zoek1.htm>; Internet; consulté le octobre 2001.
- 228 Du Bio-Reymond, M et autres (eds.). 1995. *Childhood and Youth: Rademakers, J. 1999. Cross-Cultural Differences in Adolescent Sexual Behavior and Attitudes to Contraception*. Utrecht, The Netherlands: NISSO.
- 229 Poelman, J, Reinders, J. 2000. "AIDS as Impetus for Sex Education." *STD Bulletin*. 20(4/98). Utrecht, the Netherlands Foundation for STD Control, January, 16-21.
- 230 AIDS Fonds. 2001. "Stichting AIDS Fonds." Disponible à <http://www.aidsfonds.nl>; Internet; consulté le 16 octobre 2001.
- 231 Stichting soa-bestrijding. 2001. "The Stichting soa-bestrijding." Disponible à <http://www.soa.nl>; Internet; consulté le 16 octobre 2001.
- 232 David, HP et J Rademakers. 1996. "Lessons from the Dutch Abortion Experience." *Studies in Family Planning* 27: 341-343.
- 233 Wijnberg, B, The Ministry of Health, Welfare and Sport. 2001. Interview par l'auteur. The Hague, The Netherlands, le 1 mai.
- 234 Reinders, J, NISSO. 2001. Communication particulière. Email. Washington, DC, le 9 octobre.
- 235 Hermans and Adelmund, Dutch Ministry of Education, Culture and Science, Information Department. 2000. "Giving Institutions Room to Deliver Quality." Disponible à <http://www.minocw.nl/english/p20000711.htm>; Internet; consulté le 13 decembre 2001.
- 236 Ketting, E. 1994. "Is the Dutch Abortion Rate Really That Low?" *Planned Parenthood in Europe* 23(3): 29-32. Utrecht, The Netherlands: NISSO.
- 237 Reinders, J. 2001. Communication particulière. Email. Washington, DC, le 9 octobre.
- 238 Trussell, J. 1998. "Contraceptive Technology Conference Coverage: Why Is Teen Pregnancy Rate in The Netherlands So Low?" *Contraceptive Technology Update* (May). Princeton, NJ: Office of Population Research, Princeton University.
- 239 Berne, L et B Huberman. 1999. *European Approaches to Adolescent Sexual Behavior & Responsibility*. Washington, DC: Advocates for Youth.
- 240 Reinders, J, NISSO. 2001. Communication particulière. 4 decembre.
- 241 Trussell, J. 1998. "Contraceptive Technology Conference Coverage."
- 242 Reinders, J, NISSO. 2001. Communication particulière. 4 decembre.
- 243 Trussell, J. 1998. "Contraceptive Technology Conference Coverage."
- 244 Reinders, J, NISSO. 2001. Communication particulière. 4 decembre.
- 245 The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 2001. *Halfway There: A Prescription for Continued Progress in Preventing Teen Pregnancy*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- 246 Youth Development Directions Project. 2000. *Youth Development: Issues, Challenges and Directions*. "Introduction and Overview." Philadelphia, PA: Public/Private Ventures, 10.
- 247 Ozer, EM et autres. 1998. *America's Adolescents: Are They Healthy?* San Francisco, CA: University of California, San Francisco, National Adolescent Health Information, 12
- 248 Ozer, EM et autres. 1998. *America's Adolescents*, 38; Dailard, Cynthia with Rachel Benson Gold. 2000. *Fulfilling the Promise: Public Policy and US Family Planning Clinics*. New York: AGI, 10.
- 249 US Census Bureau. 2000. *Resident Population Estimates of the United States by Age and Sex: April 1, 1990 to July 1, 1999 with Short-Term Projection to November 1, 2000*. Washington, DC: US Census Bureau.
- 250 Darroch, JE et S Singh. 1999. "Why is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use." *AGI Occasional Report* 1 (December); National Abortion and Reproductive Rights Action League (NARAL) Fact Sheet. 2001. "Online Newsroom: The Need for Comprehensive Sexuality Education." Disponible à http://www.naral.org/mediaresources/fact/sexed.html#N_11_; Internet; consulté le 15 mai 2001.
- 251 Gold, RB. 2001. "Title X: Three Decades of Accomplishment." *The Guttmacher Report on Public Policy* 4(1) (February), 6.
- 252 Office of Adolescent Pregnancy Programs. 2001. Disponible à <http://www.hhs.gov/opa/titlexx/oapp.html>; Internet; consulté le 4 juin 2001.
- 253 Saul, R. 1998. "Whatever Happened to the Adolescent Family Life Act?" *The Guttmacher Report on Public Policy* 1(2) (April).
- 254 Title V of the Social Security Act became a block grant as part of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989 (OBRA '89), PL 97-35.
- 255 Bernstein, J et M Greenberg. 2001. "Reforming Welfare Reform." *The American Prospect* 12(1), 1-15 January.
- 256 Gold, RB. 2000. "Adolescent Care Standards and State CHIP Efforts." *Issues in Brief*, 2000 Series (1). New York et Washington, DC: AGI, 1.
- 257 CRLP. 1995. *Women of the World: Formal Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives*. New York: CRLP, 36-37.
- 258 Satcher, D. 2001. "The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior." Washington, DC: Department of Health and Human Services. Disponible à <http://www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/call.htm>.
- 259 Lieberman, D et J Feierman. 1999. "Legal Issues in the Reproductive Health Care of Adolescents." *Journal of the American Medical Women's Association* 54(3).
- 260 American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. 1996. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion" [Policy Statement]. *Pediatrics* 97(5): 746-751.
- 261 NARAL. 1999. *Who Decides? A State-by-State Review of Abortion and Reproductive Rights*. Washington, DC: NARAL, pvii.
- 262 Gold, RB et A Sonfield. 2001. "Reproductive Health Services for Adolescents under the State Children's Health Insurance Program." *Family Planning Perspectives* 33(1).
- 263 Center for Health and Health Care in Schools. "School-Based Health Centers: Results from a 50-State Survey, School Year 1999-2000." Disponible à <http://www.healthinschools.org/sbhcs/survey2000.htm>; Internet; consulté le 2 mai 2001.
- 264 Fothergill, K et B Orlick. 1997. "The School-Linked Health Center: A Promising Model of Community-Based Care for Adolescents." *Issues at a Glance*. Advocates for Youth, Support Center for School-Based & School-Linked Health Care. Disponible à www.advocatesforyouth.org/publications/iag/SLHC_MDL.HTM; Internet; consulté le 2 mai 2001; National Assembly on School-Based Health Care News Release. 2000. "School-Based Health Centers Play an Increasingly Important Role in Children's Health, National Survey Shows", 11 August. Disponible à <http://nasbhc.org/censusnews.html>; Internet; consulté le 6 juin 2001; National Assembly on School-Based Health Care. 2000. *Creating Access to Care for Children and Youth: School-Based Health Center Census 1998-1999*. Washington, DC: NASBHC.
- 265 Dailard, Cynthia avec Rachel Benson Gold. 2000. *Fulfilling the Promise: Public Policy and US Family Planning Clinics*. New York: AGI, 16.
- 266 Gold, Rachel Benson. 2000. "Adolescent Care Standards," 2.
- 267 Hurley, T, American Academy of Pediatrics. 2001. Interview par l'auteur. Washington, DC, le 4 octobre.
- 268 The Commonwealth Fund. 1997. *The Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls: Facts on Access to Health Care*. Disponible à <http://www.cmfwf.org/programs/women/acesfact.asp>; Internet; consulté le 24 avril 2001.
- 269 Medenwald, J. 1998. "Legal Issues and School-Based and School-Linked Health Centers." *Issues at a Glance*. Advocates for Youth. Disponible à www.advocatesforyouth.org/publications/iag/SBHCSSLHC.HTM; Internet; consulté le 2 mai 2001.
- 270 Boonstra, H et E Nash. 2000. "Minors and the Right to Consent to Health Care." *The Guttmacher Report on Public Policy* 3(4).
- 271 *Ibid*.
- 272 Yawn, BP et RA Yawn. 1993. "Adolescent Pregnancies in Rural America: A Review of the Literature and Strategies for Primary Prevention." *Family and Community Health* 16: 36-45; eijoo, AN et AP Taylor. 2000. *Measuring Up: Assessing State Policies to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health, An Assessment of Policies in All 50 States* 1(3). Washington, DC: Advocates for Youth, xii-xiii.
- 273 Wolf, WC. 2000. "Using Title IX to Protect the Rights of Pregnant and Parenting Teens." *PPFY Network Newsletter: Pregnancy Prevention for Youth* (March).
- 274 NARAL Online Newsroom. 2000. "House Approves Additional \$50 Million for Abstinence-Only Programs Bush Supports Efforts to Censor Critical Information to Teens." 14 juin. Disponible à http://www.naral.org/mediaresources/press/pr061400_abstinence.html; Internet; consulté le 3 mai 2001.

ENDNOTES

- 275 CRLP. 1995. *Women of the World*, 38-39; Donovan, P. 1998. "School-Based Sexuality Education: The Issues and Challenges." *Family Planning Perspectives* 30(4): 188-193.
- 276 Porter, LE et L Ku. 2000. "Use of Reproductive Health Services among Young Men, 1995" *Journal of Adolescent Health* 27 (3): 186-194.
- 277 Sonenstein, FL (ed.) 2000. *Young Men's Sexual and Reproductive Health Toward a National Strategy: Framework and Recommendations*. Washington, DC: The Urban Institute, 14; Bernard, SN et JK Knitzer. 1999. *Map and Track State Initiatives to Encourage Responsible Fatherhood*. New York: National Center for Children in Poverty.
- 278 National Assembly on School-Based Health Care. 2000. "School-Based Health Centers"; National Assembly on School-Based Health Care. 2000. *Creating Access*.
- 279 Juszczak, L, Division of Adolescent Medicine, North Shore University Hospital. 2001. Interview par l'auteur. Washington, DC, le 24 juillet.
- 280 H.R. 3469. Disponible à <http://thomas.loc.gov>. Internet; consulté le 21 décembre 2001.
- 281 National Youth Development Information Center, National Collaboration for Youth. "The Younger Americans Act Fact Sheet." Disponible à <http://www.nydic.org/nydic/YAA.html>; Internet; consulté le 5 juin 2001.
- 282 Partee, G, American Youth Policy Forum. 2001. Interview par l'auteur. Washington, DC, le 4 mai.
- 283 Kirby, D et K Coyle. 1997. "Youth Development Programs." *Children and Youth Services Review* 19(5/6): 437-54 [journal on-line]. Disponible à <http://www.aei.org/sw/swkirbycoyle2.htm>; Internet; consulté le 3 mai 2001.
- 284 Sawhill, I. 2001. "What Can Be Done to Reduce Teen Pregnancy and Out-of-Wedlock Births?" *Welfare Reform and Beyond Policy Brief 8* (October). Washington, DC: The Brookings Institution.
- 285 UNICEF. 2001. *Early Marriage, Child Spouses. Innocenti Digest 7*. Florence, Italy: UNICEF.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Constance Spahn, *Présidente du Conseil d'administration*

Victoria P. Sant, *Première Vice-présidente*

William H. Draper, III, *Second Vice-président*

Robin Chandler Duke, *Présidente Emeritus*

Scott M. Spangler, *Trésorier*

Phyllis Tilson Piotrow, *Secrétaire*

William H. Draper, Jr., *Président d'honneur (1965-1974)*

Amy Coen, *Présidente*

Vincent Anku

Vicki-Ann E. Assevero

Harriet Babbitt

Kenneth H. Bacon

Anthony C. Beilenson

Pouru P. Bhiwandi

Marnie Dawson Carr

William Clark, Jr.

Melissa Draper

Bill Green

Kaval Gulhati

Jonathan Lash

Yolonda Richardson

Barbara Roberts

Allan Rosenfield

Fred T. Sai

Isabel V. Sawhill

Timothy L. Towell

Joseph C. Wheeler

William D. Zabel

CONSEIL CONSULTATIF

Joseph D. Tydings, *Président*

C. Payne Lucas, *Vice-président*

Robert Fearey, *Secrétaire*

Norman E. Borlaug

Sharon L. Camp

A.W. Clausen

Barber B. Conable

Julia J. Henderson

Lawrence R. Kegan

Robert S. McNamara

Wendy B. Morgan

Thomas H. Roberts, Jr.

Nafis Sadik

Elmer Boyd Staats

Equipe des publications : Sally Ethelston, Brian Hewitt, Julie Witherell

Conception artistique : Hasten Design Studio, Washington, DC

Imprimeur: Image Graphics Incorporated

Photos : Page couvert © Jim Daniels

Imprimé sur papier recyclé avec des encres soy.



Population Action
INTERNATIONAL

1300 19th Street, NW, Second Floor

Washington, DC 20036 USA

www.populationaction.org