

Santé de la reproduction dans les pays du Sud

Valérie Delaunay, LPED



Plan du cours

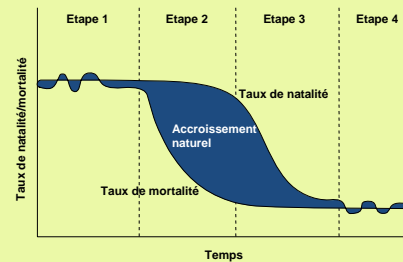
- Les préoccupations relatives à la population au cours du temps
- Les conférences sur la population
- Le concept de santé de la reproduction
- Les outils de mesure
- Evolutions des indicateurs
- Les préoccupations actuelles

Les préoccupations relatives à la population au cours du temps

- Fin 18ème :
 - Malthus → inadéquation population/ressources
- Milieu 19ème :
 - début de la transition démographique en Europe et Amérique du Nord
- Deuxième moitié du 20ème :
 - la transition démographique est achevée dans les pays du Nord
- Années 1970 :
 - Début baisse de la mortalité dans les pays du Sud → forte croissance → «catastrophisme démographique»



Transition démographique : étapes classiques

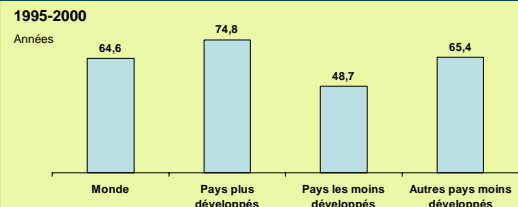


Note : L'accroissement naturel résulte de l'excès des naissances par rapport aux décès.

Évolution de la mortalité des enfants dans le monde



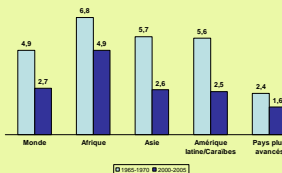
Espérance de vie à la naissance



Note : Selon la Division de la Population de l'ONU, les régions les plus développées incluent l'Australie, la Nouvelle Zélande, l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon. Les régions moins développées incluent l'Afrique, l'Asie (sauf le Japon), l'Amérique Latine et les Antilles; 49 pays dans ces régions sont classés comme étant les moins développés.

Source : Division de la Population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2002 Revision—Highlights*, consulté en ligne à l'adresse suivante : www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF le 17 juin 2003.

Niveaux de fécondité dans le monde



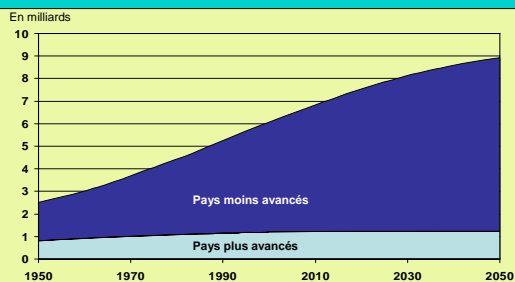
- Chaque région a connu une baisse de la fécondité, baisse plus sensible en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes. Toutefois, au début de ce siècle, seules les régions plus développées ont des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement de 2,1, qui est le niveau requis pour que la population cesse de croître et se stabilise à une taille donnée.
- Les femmes en Afrique ont le plus grand nombre d'enfants : en moyenne, environ cinq chacune, par rapport à presque sept il y a 30 ans.
- Les femmes dans les pays plus développés sont celles qui ont le moins d'enfants, avec un nombre moyen d'enfants de 1,6 aujourd'hui comparé à 2,4 à la fin des années 60. Ce faible niveau de fécondité, combiné à une population plus âgée, explique les déclinés de population dans de nombreux pays européens.

Source : Nations Unies, *Perspectives de la population mondiale*, Edition 2002 (scénario moyen), 2003.

Taux de croissance dans le monde



Croissance : pays plus et moins avancés



Source : Nations Unies, *Perspectives de la population dans le monde*, Edition 2002 (scénario moyen), 2003.

Les conférences sur la population

- 1974 : Conférence mondiale sur la population, Bucarest
- 1994 : Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire
- 1995 : Conférence mondiale sur les femmes, Pékin
- 2001 : Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Bucarest 1974

- Droits des individus à la santé
- Nécessité pour les états de contrôler leur croissance démographique
- Établissement d'un plan d'action mondial (engagement non unanime)
- Programmes soins de santé primaire et PF (SMI/PF)
- Outils de collecte (recensement, enquêtes nationales, EMF, EDS)

Le Caire, 1994

- Consensus qui rassemble les différents acteurs politiques du Nord et du Sud
- Droits de l'individu en matière de santé, de sexualité et de reproduction
- Apparition du concept de SR : « *bien être général, tant physique que mental et social* » laissant droit à une « *vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité* » et à une libre procréation

Pékin/Beijing, 1995

- Avortement
- Sexualité des adolescents
- Violence envers les femmes



Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), 2001

1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
4. Réduire la mortalité infantile (de 2/3 2015)
5. Améliorer la santé maternelle (réduction de 3/4 2015)
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
7. Assurer un environnement durable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

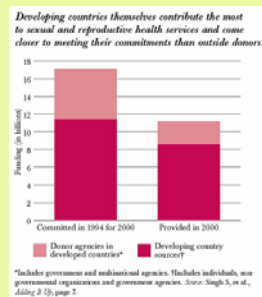
Conséquences

- les avancées obtenues lors de la conférence du Caire en 1994 sont aujourd'hui remises en cause par l'omission dans l'expression des OMD des questions relatives aux choix des femmes et des jeunes en matière de reproduction et d'accès universel aux services de santé reproductive (Crossette, 2005; Germain et Kilwell, 2005)

Coûts associés à la contraception, pays en développement

- De 1992 à 1996, les donateurs couvraient environ 41 % du coût des contraceptifs. En 2002, la part des donateurs était d'environ 30%, laissant un déficit de 71 millions de dollars à combler.
- La plupart des pays en développement ne disposent pas de devises étrangères et de capacités de production suffisantes pour répondre à leurs besoins en matière de contraception.

- La part des contributeurs extérieurs diminue dans le financement des programmes de SR



Définition du concept de SR (1)

- La santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état complet de bien être physique, mental et social

Définition du concept de SR (2)

- Droit à une sexualité sans risque
- Droit à une maternité sans risque (grossesse et accouchement sans risque)
- Survie des enfants
- Possibilité de réguler la fécondité (droit à la contraception et lutte contre la stérilité)

Les composantes de la santé de la reproduction

4 composantes :

- la santé de la mère
- la santé de l'enfant
- la santé sexuelle
- la régulation de la fécondité



Implications de cette définition

- une population concernée plus large: prise en compte des hommes
- une nouvelle dimension : la question de la santé sexuelle → Dissociation de la sexualité et de la procréation
- émergence d'un droit reproductif
- notion de responsabilité partagée, de sexualité responsable et de parenté responsable → question de la prévention

Les cibles de la SR

- Hommes et femmes à toutes les étapes de leur vie
 - Naissance
 - Enfance
 - Adolescence
 - Vie adulte
 - Ménopause

Mais parfois cibles théoriques, non prises en compte dans les programmes

Le droit reproductif

- Émane du droit à la santé et des droits de l'homme
- Impulsion des mouvements féministes
- Droit fondamental des couples et individus
 - de décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants
 - d'accéder à une meilleure santé en matière de reproduction et sexualité
 - => absence de coercition et de discrimination et équité entre hommes et femmes

Les outils de mesure

- EMF (1970s)
- EDS (1980s+)
 - Modules : mariage, fécondité, santé des enfants, soins préventifs, désir d'enfants ...
 - Introduction module avortement 19?? (certains pays)
 - Introduction module violence 1998-2000 (certains pays)
- Enquêtes spécifiques
- Approches ethnographiques

Evolutions des indicateurs

- Santé de la mère
- Santé de l'enfant
- Régulation de la fécondité
- Santé sexuelle (IST/sida)



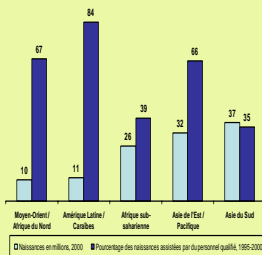
Santé des mères

- Accouchement
- Mortalité maternelle



Naissances et accouchements assistés, monde

Naissances en 2000 et naissances assistées par du personnel qualifié, 1995-2000

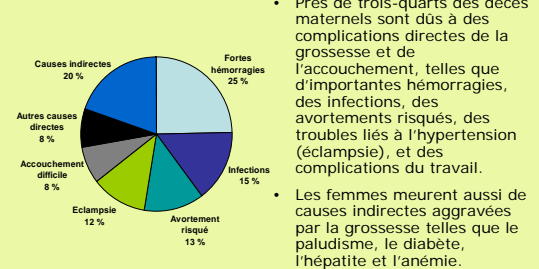


- Les zones du monde où les accouchements sont le moins fréquemment assistés par du personnel qualifié (l'Asie du Sud et l'Afrique sub-saharienne) représentent la moitié des naissances au monde (37 millions et 26 millions, respectivement, sur un total de 132 millions en 2000).

Source : Bases de données UNICEF de la fin de la décennie — aide à l'accouchement (www.childinfo.org/eddb/maternal/index.htm).

Causes de la mortalité maternelle

Grossesses et décès de femmes liés à l'accouchement, par cause, 1997

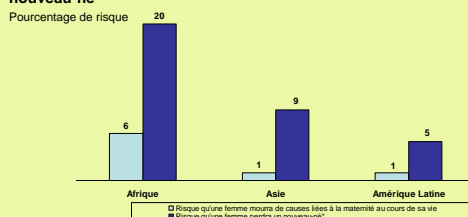


- Près de trois-quarts des décès maternels sont dus à des complications directes de la grossesse et de l'accouchement, telles que d'importantes hémorragies, des infections, des avortements risqués, des troubles liés à l'hypertension (éclampsie), et des complications du travail.
- Les femmes meurent aussi de causes indirectes aggravées par la grossesse telles que le paludisme, le diabète, l'hépatite et l'anémie.

Note : Le total excède les 100 % à cause des chiffres arrondis.
Source : Organisation mondiale de la Santé, *Réduction de la mortalité maternelle : Déclaration conjointe OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale*, Genève, 1999.

Risques pour les mères au cours de leur vie

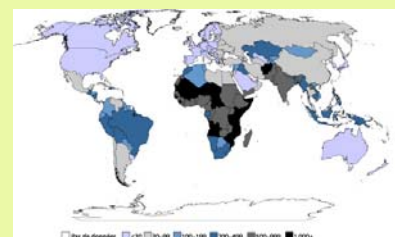
Risque de mourir de causes liées à la maternité ou de perdre un nouveau-né*



* Bébés morts avant l'âge de 28 jours.
Note : Basé sur les plus récentes données disponibles.
Source : Save the Children et Population Reference Bureau, *Des mères en bonne santé, des nouveau-nés en bonne santé : un lien vital* (avril 2002) ; et FNUAP, *Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (2003).

Carte de la mortalité maternelle, monde

Nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes, 2000

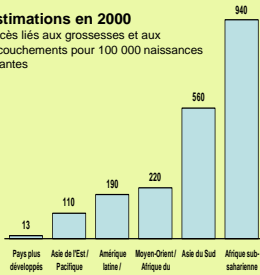


Source : OMS, UNICEF, et FNUAP, *Maternal Mortality in 2000 : Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*, 2003.

Mortalité maternelle, par région

Estimations en 2000

Décès liés aux grossesses et aux accouchements pour 100 000 naissances vivantes

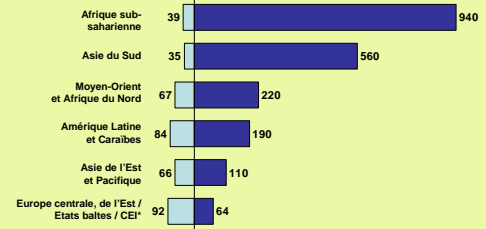


Source : OMS, UNICEF, et FNUAP, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA, 2003.*

- Plus de 99 % des décès maternels ont lieu dans les pays moins avancés, particulièrement en Asie et en Afrique.
- Alors que les soins de santé accessibles et de haute qualité ont rendu les décès maternels rares dans les pays plus développés, le manque de tels soins a des conséquences fatales pour les femmes enceintes dans les pays moins avancés.

Soins qualifiés à l'accouchement et décès maternels

Comparaisons régionales, 1995-2000



□ Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié, 1995-2000

■ Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 2000

* Communauté des Etats indépendants (ex-Union Soviétique).
Source : Bases de données UNICEF de la fin de la décennie — aide à l'accouchement (www.childinfo.org/eddb/maternal/index.htm) ; et OMS, UNICEF, et FNUAP, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA, 2003.*

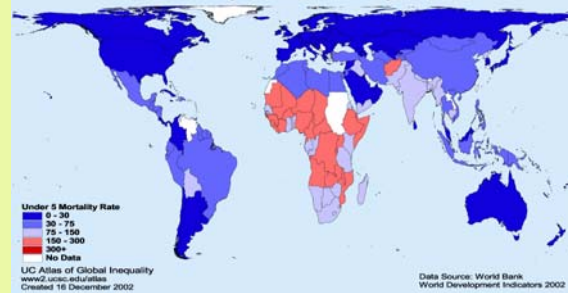
Santé de l'enfant

- Mortalité infantile et juvénile (niveaux et causes)



Mortalité infantile et juvénile

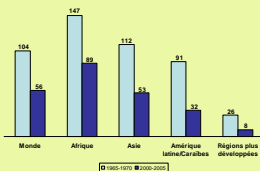
2000 Mortality Rates, under 5 years old



Mortalité infantile, par région

Enfants de moins de 1 an

Décès pour 1 000 naissances vivantes



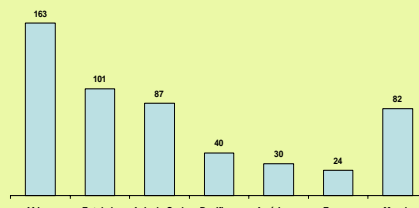
Note : Les régions sont celles utilisées par l'Organisation mondiale de la Santé (voir www.who.int/).
Source : Organisation mondiale de la Santé (www.who.int/child-adolescent-health/overview/child_health/mortality99-00.pdf, consulté le 19 juin 2003).

- Durant les trois dernières décennies, le taux mondial de mortalité des enfants de moins d'un an a baissé presque de moitié passant de 104 décès pour 1 000 naissances vivantes à la fin des années 60 à 56 décès au début du XXIème siècle.
- Le taux de mortalité infantile varie considérablement d'une région à l'autre. Par exemple, en Afrique le taux de mortalité infantile est 11 fois supérieur au taux dans les régions plus développées (89 par rapport à 8).

Mortalité des enfants, par région

Enfants de moins de 5 ans, 2000

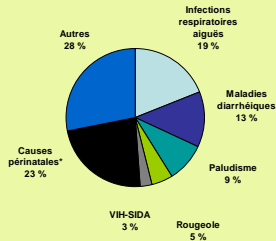
Décès pour 1 000 naissances vivantes



Note : Les régions sont celles utilisées par l'Organisation mondiale de la Santé (voir www.who.int/).
Source : Organisation mondiale de la Santé (www.who.int/child-adolescent-health/overview/child_health/mortality99-00.pdf, consulté le 19 juin 2003).

Causes de la mortalité infantile, monde

Décès d'enfants de moins de 5 ans, répartis par cause, 2000

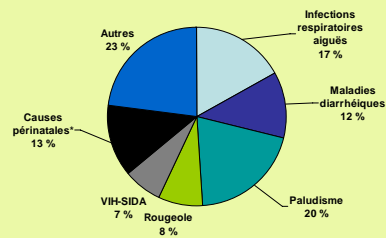


- Selon l'UNICEF, presque 11 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année.
- Presque un tiers de ces décès sont dus aux infections respiratoires aiguës ou aux maladies diarrhéiques.
- L'OMS estime que la malnutrition est associée à environ la moitié des décès infantiles dans les pays moins développés.

* Les causes périnatales incluent les infections, les traumatismes à la naissance, l'asphyxie, et les problèmes liés aux naissances prématurées.
Source : Organisation mondiale de la Santé, Evidence and Information for Policy Program, 2001.

Causes de la mortalité infantile, Afrique

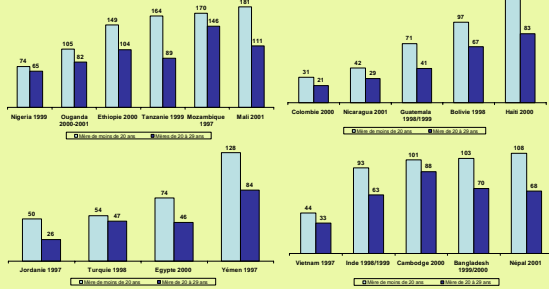
Décès d'enfants de moins de 5 ans, répartis par cause, 2000



* Les causes périnatales incluent les infections, les traumatismes à la naissance, l'asphyxie, et les problèmes liés aux naissances prématurées.
Source : Organisation mondiale de la Santé, Evidence and Information for Policy Program, 2001.

Mortalité des enfants selon l'âge de la mère

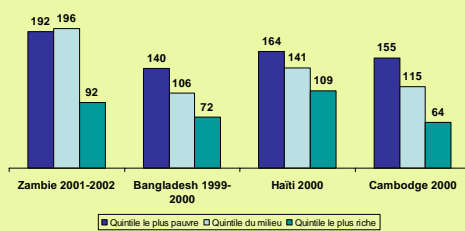
Décès avant l'âge d'un an pour 1 000 naissances vivantes sur une période de 10 ans



Source : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé.

Mortalité juvénile : Inégalités

Décès d'enfants de moins de 5 ans / 1 000 naissances



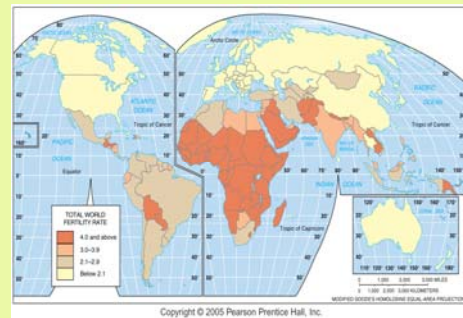
Source : D.R. Gwatkin, S. Rutstein, K. Johnson, E.A. Sulman et A. Wagstaff, *Initial Country-Level Information about Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population, Volumes I and II* (Washington, DC : Banque Mondiale, novembre 2003).

Fécondité

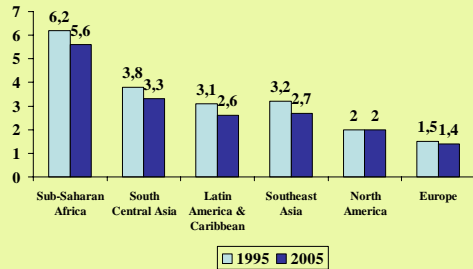
- Niveaux



Niveaux de fécondité, 2005



Births per Woman (Total Fertility Rate), Trends in Selected Regions

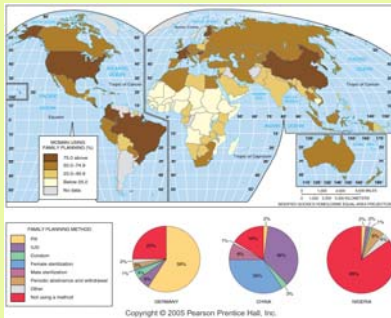


Source: PRB, *Women of Our World 2005*

Contraception

- Utilisation
- Méthodes

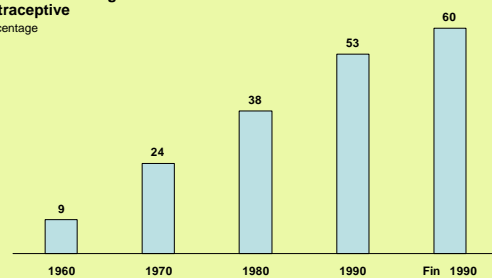
Usage de moyens contraceptifs



Utilisation croissante de la PF, pays en développement

Femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive

Pourcentage

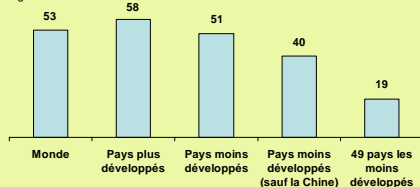


Source : Population Reference Bureau, *La planification familiale dans le monde, 2002*.

Utilisation de la contraception moderne

Femmes mariées de 15 à 49 ans utilisant des méthodes modernes

Pourcentage



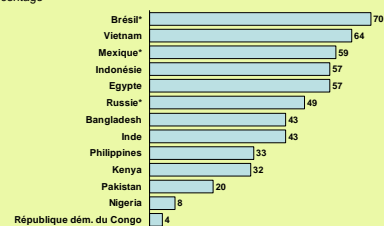
Note : Selon la Division de la population des Nations Unies, les régions les plus développées comprennent l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon. Les régions les moins développées comprennent l'Afrique, l'Asie (à l'exclusion du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes ainsi que les 49 pays parmi ces régions ayant été désignés par les Nations Unies comme étant les moins développés.

Source : Population Reference Bureau, *Fiche de données sur la population mondiale 2004* ; chiffres pour les pays les moins développés basés sur les calculs du PRB.

Utilisation de contraceptifs modernes, pays en développement

Femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant des méthodes modernes, fin des années 90

Pourcentage

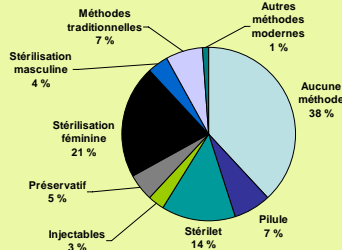


*Les données pour les années précédant 1997

Source : Population Reference Bureau, *Fiche de données sur la population mondiale 2004*.

Méthodes de planification familiale, monde

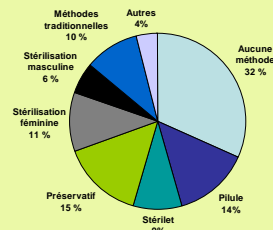
Femmes mariées ou en union libre en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive, 1998



Source : Nations Unies, Division de la population, *World Contraceptive Use 2003*.

Méthodes de planification familiale, pays plus avancés

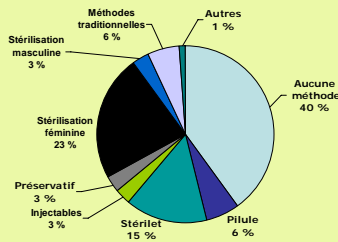
Femmes mariées ou en union libre en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive, 1996



Note : Le total excède 100 % car les chiffres sont arrondis.
Source : Nations Unies, Division de la population, *World Contraceptive Use 2003*.

Méthodes de planification familiale, pays en développement

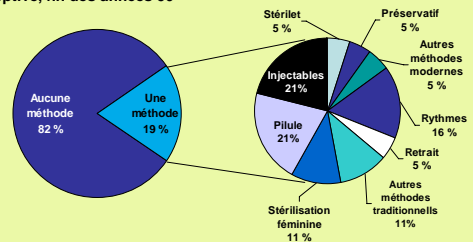
Femmes mariées ou en union libre en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive, 1998



Source : Nations Unies, Division de la population, *World Contraceptive Use 2003*.

Méthodes de planification familiale, Afrique sub-saharienne

Femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, fin des années 90



Note : Le total excède 100 % car les chiffres sont arrondis.

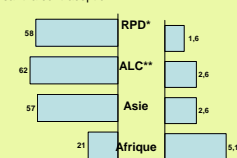
Source : Population Reference Bureau, *La planification familiale dans le monde, 2002*.

Utilisation des contraceptifs et reproduction

Taux de prévalence des contraceptifs et indice synthétique de fécondité

Pourcentage de femmes mariées de 15 à 49 ans utilisant la contraception

Nombre moyen d'enfants par femme



• Les taux de planification familiale les plus élevés sont associés aux taux de reproduction les plus faibles.

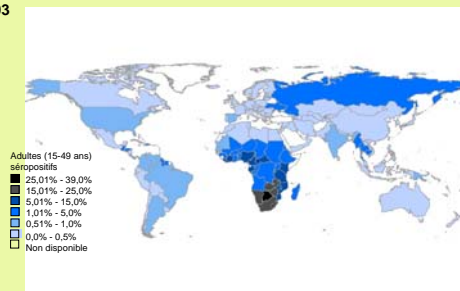
• En Afrique, où une faible proportion des femmes mariées en âge de procréer pratique la planification familiale (21 %), les femmes ont en moyenne plus de cinq enfants.

• En revanche, dans les régions plus développées, où un pourcentage bien plus fort de femmes mariées en âge de procréer utilisent la planification familiale (58 %), les femmes ont moins d'enfants (moins de deux en moyenne).

* RPD = Régions plus développées ; ** ALC = Amérique latine et Caraïbes.
Source : Population Reference Bureau, *Fiche de données sur la population mondiale 2004*.

Prévalence du VIH/sida

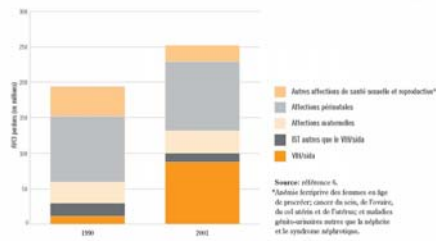
2003



Source : Onusida, 2004 *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*.

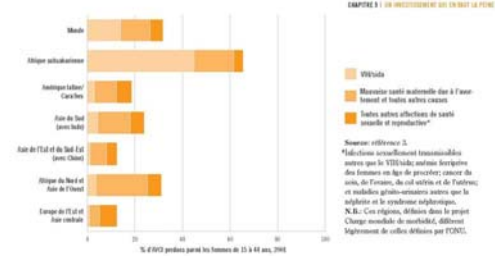
VIH/sida : cause majeure de mauvaise santé sexuelle et reproductive dans le monde

Années vécues corrigées de l'incapacité: mesurent le poids d'une pathologie dans la charge de morbidité



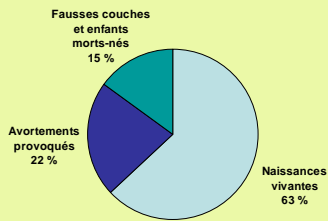
Les femmes d'ASS souffrent plus que celles des autres régions

Années vécues corrigées de l'incapacité

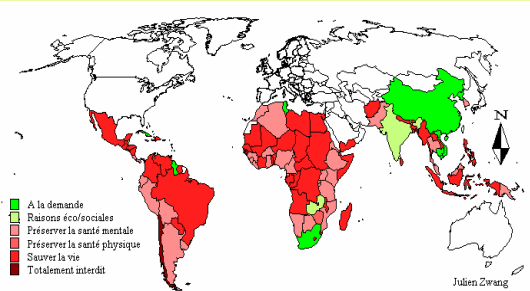


Avortements, monde

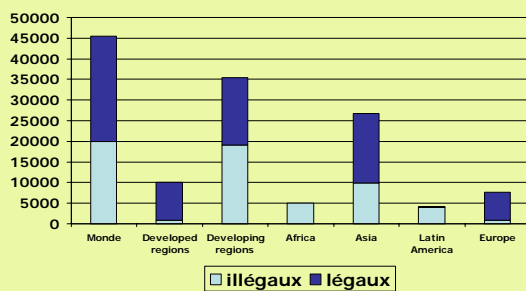
Avortements en pourcentage des grossesses, estimations pour 1999



Les législations de l'avortement dans les pays du sud



Nombre annuel (?) d'avortements selon leur légalité



Adolescents / Jeunes

- Les jeunes protègent mal leur sexualité :
 - Mauvaise perception du risque (manque de connaissance)
 - Problème d'accès à la prévention (offre insuffisante ou non adaptée, barrières culturelles, négociation difficile avec le partenaire ...)
 - Sexualité coercitive
 - Grossesse désirée



Préoccupations scientifiques actuelles

- Avortement
- Gestion des risques relatifs à la sexualité avant le mariage
- Stérilité / ménopause
- Violences
- Recours aux soins
- Hommes

Enquêtes spécifiques → vision incomplète (pas tous les pays, certains sous-groupes), résultats de nature différente (quali/quant) → éléments descriptifs et explicatifs

Préoccupations scientifiques actuelles

- Diffusion épidémie de sida
- Remontée de la mortalité des enfants en Afrique
 - Systèmes de santé publique
 - Maladies émergentes ou réurgentes
- Ralentissement de la baisse de la fécondité
 - Détérioration des services
 - Prise en compte des besoins spécifiques des jeunes
- Accès à la prévention et accès aux soins
- Respect du droit à la SR
 - Approche « genre »
 - Étude des violences

La santé sexuelle et reproductive reste essentielle à la réalisation des OMD