

**LE SIDA ET LA FECONDITE**

Benoît FERRY

Communication aux Journées Démographiques de l'ORSTOM  
***"Maîtrise de la Fécondité et Planification Familiale"***  
Session sur Planification Familiale et Santé de la Reproduction  
Paris 28-30 septembre 1994

(VERSION PROVISOIRE)

## LE SIDA ET LA FECONDITE

Benoît FERRY

La récente Conférence du Caire sur la Population a débattu de concepts clés sur la santé et les droits sexuels et de reproduction (Sexual and Reproductive Health and Rights). A l'ère du SIDA, et dans un contexte de contrôle accru de la fécondité, ces notions revêtent une importance particulière pour bon nombre d'individus et de groupes, mais aussi pour l'élaboration des politiques de population et de santé publique.

La santé de la reproduction implique la capacité des hommes et des femmes à avoir une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sûre, et qu'ils aient la possibilité de se reproduire en ayant la liberté de décider si, quand et combien de fois ils veulent le faire.

La contraception et le planning familial ont constitué une révolution par une séparation de la sexualité des contraintes de la reproduction; le SIDA vient troubler le jeu en liant la sexualité à des contraintes de santé, voire même de survie. Dans la triade sexualité-reproduction-santé, le SIDA change radicalement notre perception de la sexualité, des comportements sexuels et de reproduction. On est loin d'en connaître les déterminants et les conséquences tant pour les conduites individuelles que pour les sociétés, les cultures et les politiques.

### *La situation globale du SIDA*

A la mi 1994 l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO 1994a) estime à plus de 16 millions les infections cumulées de VIH dans le monde depuis le début de l'épidémie. Plus de 13 millions sont des adultes. Les infections sont estimées à plus de 10 millions en Afrique, à plus de 2,5 millions en Asie du Sud et du Sud-Est, et autour de 2 millions en Amérique Latine et aux Caraïbes.

On estime qu'en l'an 2000 ce seront 30 à 40 millions de personnes qui auront été infectées par le VIH, dont 90 pour cent dans les pays en développement.

On ne s'attend pas à des traitements réellement efficaces dans un proche avenir; quant au vaccin contre le VIH, on n'ose plus se hasarder à indiquer quand on l'aura. Quoiqu'il en soit et quoiqu'on fasse, on devra vivre avec le SIDA et ses conséquences pour au moins les 30 prochaines années.

La transmission VIH provenant de rapports sexuels représente au niveau du monde environ les trois quarts des infections. La majorité a été acquise par des rapports hétérosexuels; Ce mode de transmission continue à croître rapidement.

## *Impact démographique du SIDA*

Beaucoup ont dit que le SIDA allait résoudre le problème des très forts taux d'accroissement naturels dans le monde et qu'il n'y avait pas à se préoccuper de l'avenir démographique de la planète. L'ensemble des analyses démontre que la population va continuer à s'accroître très rapidement dans les pays en développement; et le SIDA ne viendra que terriblement compliqué cette croissance en soulevant de nouveaux problèmes politiques, économiques et sociaux.

L'impact démographique du SIDA sera de diminuer l'espérance de vie et d'augmenter la mortalité des enfants et des jeunes adultes. Son impact sur la fécondité n'est pas clair, mais son effet restera sans doute globalement modeste.

On a pu calculer que pour aboutir à des accroissements négatifs, il faudrait que la moitié des habitants d'un pays soit infectée par le SIDA. 50 pour cent des jeunes ayant moins de 15 ans, cela voudrait dire que toute la population adulte soit infectée, ce qui est totalement invraisemblable à grande échelle.

Il y aura certains endroits ou certains groupes, en particulier quelques grandes villes, pour lesquels on constatera un accroissement négatif, mais ce ne sera que pour de courtes périodes et de façon très localisée.

Les pays en développement les plus touchés devraient voir leur accroissement naturel réduits dans une fourchette de 0,5 à 1 pour cent, passant pour certains d'entre eux, de plus de trois pour cent à 2-2,5 pour cent dans les décennies à venir.

Cela aura pour effet de ne ralentir que légèrement la croissance de la population mondiale et n'aura au total qu'un faible impact sur la taille de la population globale. Ce pourrait être au bout de 25 ans, une diminution de 5 pour cent de la population mondiale.

De façon beaucoup plus préoccupante, si les conséquences démographiques du SIDA ne resteront qu'assez limitées, son impact réel se fera sentir sur la structure des sociétés dans la mesure où il fait disparaître les personnes dans leurs années les plus productives entre 20 et 40 ans. On perdra des forces de travail productive, on augmentera de façon intolérable les charges sur les systèmes de santé, un nombre important d'orphelins apparaîtra; enfin les systèmes communautaires, et familiaux seront bouleversés. Tout ceci entraîne des effets dramatiques sur les fragiles stabilités sociales, économiques et politiques dans la plupart des pays en développement.

## *Impact du SIDA sur la fécondité*

Pour revenir à l'impact du SIDA sur la fécondité nous avons dit qu'il sera sans doute modeste. Cependant les mécanismes en

jeu étant particulièrement complexes on n'a pas aujourd'hui une idée claire de la façon dont il se fera sentir.

En effet dans la plupart des pays la majorité de ceux qui sont infectés ne connaissent pas leur statut VIH. De ce fait le statut n'aura que peu d'effet sur les décisions de reproduction. De plus du fait de la longue période d'incubation de la maladie, les opportunités pour les femmes séropositives d'avoir un enfant ne seront pas réduites. La plupart des adultes infectés mourront après avoir passé la période la plus féconde de leur vie.

Dans une population générale, même une épidémie forte de SIDA n'a qu'un faible effet sur le taux brut de reproduction, puisqu'une femme infectée peut concevoir de nombreux enfants avant de développer le SIDA et mourir (Brouard 1994).

Cependant l'épidémie a le potentiel de réduire la fécondité si une plus petite proportion de la population arrive en âge de procréer. De plus l'accroissement de la mortalité des adultes laissera un grand nombre de veufs et de veuves.

La perception du VIH et le risque d'infection pourront avoir des effets imprévus et sans doute non négligeables sur le désir d'enfant. On pourrait par exemple faire plus d'enfants pour s'assurer une survie et le remplacement des générations; ou bien au contraire en faire moins en se protégeant plus. L'augmentation de l'utilisation des préservatifs pourrait avoir comme effet secondaire de prévenir une partie des grossesses non désirées.

Les principales conséquences sur la fécondité seront surtout indirectes du fait du bouleversement des familles et des structures de reproduction et d'élevage des enfants. Les cellules de base de la reproduction, constituées par toutes les formes d'organisation de la vie en couple, mais aussi leur environnement seront perturbées; ce qui ne sera pas sans effet sur les mécanismes sociaux de la reproduction, et son corollaire, les niveaux de fécondité atteints.

L'impact sur la fécondité ne pourra donc s'envisager que dans le cadre plus large de l'impact du SIDA sur les sociétés, les cultures, les économies, les représentations et la reproduction sociale; autant de dimensions globales que les études sur la fécondité et le planning familial ont déjà abordées.

#### *La fécondité comme déterminant du SIDA*

Il est bien-sûr important d'envisager l'impact potentiel du SIDA sur la fécondité; mais la fécondité elle-même constitue un déterminant, un moteur puissant, de l'extension de l'épidémie. En effet la pyramide des âges, particulièrement jeune dans les pays en développement, ainsi que la structure des populations à risque d'infection VIH renforcent sensiblement les relations entre SIDA et fécondité.

## *La vulnérabilité des jeunes*

Dans la majorité des pays en développement près de la moitié de la population a moins de 15 ans. Ce sont ces jeunes qui alimentent massivement et de façon permanente la population qui devient à risque du fait même de leur entrée dans la vie sexuellement active. On peut estimer que chaque année dans le monde 105 millions de jeunes deviennent sexuellement actifs, dont par exemple 3,5 millions au Nigéria et 20 millions en Inde. D'ici l'an 2000 ce seront environ 650 millions de jeunes qui deviendront sexuellement actifs dans le monde dont 120 millions pour l'Inde seule. La majorité de ces jeunes ne sera sans doute pas capable de démarrer sa vie sexuelle dans les meilleures conditions, en particulier eu égard aux recommandations des pratiques sexuelles à moindre risque d'infection (safe sex).

En effet l'OMS estime qu'environ la moitié des infections ont eu lieu jusqu'à aujourd'hui dans le groupe d'âge 15-24 ans. Pour les nouvelles infections, on estime que les trois quart ont actuellement lieu avant 25 ans. Autour de 60 pour cent de toutes les infections chez les femmes ont actuellement lieu avant l'âge de 20 ans (Merson 1994).

Il existe une vulnérabilité particulière des jeunes avant l'entrée en union stable. Les rapports sexuels pré-nuptiaux, c'est à dire généralement avant qu'une relation stable ne soit installée, sont en effet importants à considérer. Selon les enquêtes sur les comportements sexuels de l'OMS (Cleland et Ferry 1994, Caraël 1994), la proportion de jeunes de 15 à 19 ans qui a eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, alors qu'ils n'étaient pas en union, peut varier selon les pays d'Afrique, pour les garçons de 10 à 70 pour cent, et pour les filles de 0 à 60 pour cent. En Amérique Latine Morris (1990) avait estimé ces proportions de 44 à 73 pour cent pour les garçons et de 15 à 25 pour cent pour les filles. Il ressort aussi de toutes ces études que l'activité sexuelle des garçons est plus précoce et plus intense que celle des filles.

## *Les hommes et les femmes*

Dans les pays développés les hommes ont été plus exposés au VIH que les femmes, principalement du fait des rapports homosexuels et de l'usage de drogues intraveineuses. A présent l'écart homme-femme dans les pays développés se réduit; actuellement 5 hommes séropositifs pour une femme. Il n'en est pas de même dans la majorité des pays en développement où la transmission hétérosexuelle a prédominé. La différence entre les sexes est beaucoup plus faible; en Afrique ce sont même 6 femmes pour 5 hommes qui deviennent séropositives. Actuellement au niveau du monde on estime que le ratio d'infection VIH est de 3 hommes pour 2 femmes. On prévoit qu'en l'an 2000 cette proportion approchera un pour un (WHO 1994a).

Dans le monde aujourd'hui l'OMS estime qu'au moins la moitié

des infections sont des femmes. Plus d'un million de femmes ont été infectées en 1993. En l'an 2000, 13 millions de femmes auront été infectées et quatre millions d'entre elles seront déjà décédées.

Le SIDA est maintenant la principale cause de mortalité des femmes en âge de procréer dans la majeure partie des grandes villes nord-américaines. Dans certaines villes africaines il est maintenant courant de voir des proportions de 30 pour cent des femmes fréquentant des centres de soins prénataux étant séropositives.

#### *La transmission de la mère à l'enfant*

L'augmentation des taux d'infection féminins a pour conséquence une augmentation du nombre d'enfants nés avec une infection VIH. On estime aujourd'hui à plus d'un million les enfants qui ont été infectés par une transmission mère-enfant; la majorité de ces cas ayant été enregistrés en Afrique. Ces enfants développent en général rapidement le SIDA et environ 80 pour cent d'entre eux n'atteignent pas l'âge de cinq ans (Chin 1990).

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut avoir lieu principalement pendant la grossesse ou lors de l'accouchement. On pense cependant que certaines infections peuvent avoir lieu pendant l'allaitement. Environ un tiers des enfants de mère séropositive sont infectés par le VIH (Dabis et al. 1994), laissant ainsi environ 70 pour cent non infectés d'une mère dont la survie est très limitée. On estime aujourd'hui qu'environ 5 millions d'enfants de moins de 10 ans seront orphelins de mère à la fin des années 90, du fait des décès de leur mère. Preble (1990) estime qu'en Afrique Centrale et de l'Est ce seront 6 à 11 pour cent de la population de moins de 15 ans qui sera dans cette situation.

On a découvert récemment que l'utilisation de l'AZT pendant la grossesse des femmes positives peut diminuer le risque de transmission à l'enfant. On pourra sans doute de ce fait éviter des milliers de transmissions périnatales dans les pays développés, mais ce sera sans effet pour les pays en développement où des millions sont à risque.

Il est important à ce stade de comprendre aussi que la majorité des femmes séropositives ne sont pas en mesure de connaître leur statut infectieux VIH, et n'ont en fait aucun choix à faire en fonction de leur séropositivité.

Pour celles qui sont informées de leur statut VIH il existe un désir légitime d'enfant malgré les risques de transmission. On constate cependant qu'elles sont en général moins fécondes, du fait que dans une plus large proportion il leur a été conseillé d'utiliser de la contraception ou d'avoir recours à l'avortement, et que souvent elles ont des maladies sexuellement transmissibles (MST) concomitantes.

Quoiqu'il en soit, compte tenu de la situation sociale et psychologique de la majorité des femmes des pays du tiers-monde, une femme séropositive n'est que rarement confrontée à un véritable choix de procréation. Elle considère que le risque relatif d'avoir un enfant séropositif n'est qu'un risque parmi d'autres tant pour elle-même que pour l'enfant à venir.

#### *Double vulnérabilité biologique et sociale des femmes*

Beaucoup de facteurs sociaux et biologiques, associés avec le sexe (gender), se combinent pour concentrer l'infection de SIDA chez les femmes jeunes en âge de procréer.

Les femmes sont biologiquement plus vulnérables que les hommes à la plupart des MST. Les femmes sont d'autant plus désavantagées que la même maladie qui manifeste des symptômes ou cause généralement des douleurs aux hommes sont souvent asymptomatiques pour les femmes et les laissent non informées de la nécessité d'un traitement (Dixon-Mueller et Wasserheit 1991).

Par ailleurs les jeunes filles sont biologiquement plus vulnérables à l'infection VIH que les femmes plus âgées. En effet leur appareil de reproduction immature et leur production relativement faible de mucus vaginal sont supposés mettre moins de barrière au VIH.

La transmission de l'homme vers la femme est sensiblement plus importante que l'inverse. Le ratio est estimé à 1.5 ou plus (Fontanet et Piot 1993).

Tant dans leur choix de procréation que dans leurs activités sexuelles la majorité des femmes des pays en développement se trouvent encore dans une situation de dépendance du fait des traditions, de la pression sociale, ou de l'attitude de leur partenaire.

Les jeunes filles ont des partenaires plus âgés qui ont eu en général une vie sexuelle plus longue, et qui de ce fait sont plus aptes à être devenus infectés. Les femmes se trouvent ainsi exposées plus fortement et plus longtemps que leur partenaire masculin (Brouard 1994, Caraël 1993 et 1994).

Il existe une large éventail de pratiques sexuelles non vaginales à but contraceptif (sodomie, fellation, masturbation...). Certaines sont contaminantes pour le VIH, d'autres pas. De ce fait la virginité qui est une garantie de non procréation n'est pas une garantie de non contamination. Dans certaines sociétés où la tendance des hommes est de rechercher des jeunes filles plus jeunes pour minimiser le risque de contamination VIH ne pourrait être qu'un leurre.

De même la monogamie et la fidélité, si elles ne sont exercées que par un seul des partenaires, s'avèrent particulièrement pernicieuses pour celui-ci. C'est en effet bien

souvent le cas d'épouses fidèles qui se trouvent contaminées du fait des activités sexuelles de leur conjoint. Il n'existe pas encore un filtre, ou un tamis biologique, qui laisserait passer les spermatozoïdes mais pas le VIH.

Toutes les méthodes actuellement disponibles pour protéger les femmes contre l'infection VIH requièrent la coopération de leur partenaire masculin. Cette coopération n'est pas toujours une réalité; et dans de nombreuses parties du monde les femmes ne sont pas en position pour contrôler ou négocier des comportements sexuels à faible risque infectieux (safe sex), y compris l'utilisation du préservatif.

Cela amène à la question clé: Qui décide, comment, quand et pourquoi avoir des relations sexuelles?

La mise à disposition de préservatifs féminins, mais surtout les recherches actuelles pour le développement de virucides anti-VIH pour usage vaginal (Elias et Heise 1993, WHO 1994b) constituent des démarches extrêmement importantes dans le contrôle de l'épidémie de SIDA, dans la mesure où ils offriraient à la femme la possibilité de se protéger par elle-même.

Cependant que l'on ne s'y trompe pas cela ne résoudra pas les problèmes majeurs de vulnérabilité sociale des femmes, et ne leur permettra pas d'avoir un contrôle total sur les relations de genre, leurs choix de procréation ou les négociations sexuelles. Il apparaît évident que le débat est ailleurs et qu'il s'agit de la position de la femme dans la société et de ses capacités à y exercer ses prérogatives qui sont en jeu. Le SIDA ne vient que s'ajouter aux dimensions de ce problème et que, comme l'a bien montré la récente conférence sur la population du Caire, les résistances de toutes sortes sont encore influentes dans les mentalités, les institutions et bon nombre d'hommes.

Dissocier la procréation des relations sexuelles, les relations sexuelles des risques de MST, y compris du VIH/SIDA, est un défi pour les femmes et les hommes d'une grande partie de l'humanité.

#### *Synergie des études sur la fécondité et sur les comportements sexuels*

Les études sur la fécondité constituent un bon outil pour appréhender le SIDA et ses déterminants. Parmi d'autres il est intéressant de constater les parallèles entre l'entrée dans la vie sexuellement active et l'entrée dans la vie féconde (Blanc 1990, Caraël 1994).

L'expérience accumulée dans le domaine de la fécondité et du planning familial a été déterminante dans les progrès accomplis pour mesurer les comportements sexuels. Il est en effet particulièrement intéressant de voir la parenté conceptuelle et méthodologique qui existe entre les phénomènes

et les analyses sur la fécondité et les comportements sexuels. On considère cependant généralement que les études sur ces derniers est beaucoup plus délicate dans la mesure où l'on pense que la population générale résiste à l'invasion de sa vie privée et a tendance à refuser de répondre à des questions sur des sujets aussi personnels et sensibles (Ferry 1993).

Ainsi face à l'épidémie de SIDA l'urgence absolue a été dans un premier temps de décrire et d'essayer de comprendre, puis très vite d'essayer d'agir. On a besoin de mesurer les comportements sexuels pour les mêmes raisons qui dans les années 70 et 80 nous ont amené à étudier la fécondité et ses déterminants pour améliorer les programmes de Planning Familial. Autrement dit pour agir sur les phénomènes, il faut développer des programmes d'actions pertinents et efficaces; et pour élaborer et renforcer ces programmes, il est absolument nécessaire de connaître mieux les phénomènes sur lesquels on veut intervenir, leur niveau, leur déterminants et leur tendance.

En fait on connaît très peu de chose sur les représentations qu'ont les individus et les couples de leurs stratégies sexuelles et de contraception dans une optique longitudinale, en fonction de différentes étapes ou événements dans leur vie, leur environnement social et leur mode de vie particulier.

On se doit aussi de situer l'étude des comportements sexuels dans des domaines plus larges que le SIDA. Elle permet en effet de renouveler notre savoir et nos approches dans nombre d'autres secteurs tels que la fécondité, le planning familial (Blanc 1991), les MST... etc.

Il a fallu des années pour comprendre que l'élaboration de programmes de planning familial nécessitait des données abondantes et de qualité sur la fécondité et ses déterminants; ce qui a été fait et s'est révélé extrêmement efficace. Espérons qu'il en faudra moins pour développer les bases de données nécessaires sur les comportements sexuels et leurs déterminants pour agir plus efficacement dans la lutte contre le SIDA.

#### *Synergie des programmes de planning familial et de prévention du SIDA*

Se prémunir contre la grossesse et se prémunir contre le VIH ont une certaine parenté. Cette convergence devrait amener à une intégration nécessaire par une synergie des approches et une synergie des programmes.

Cependant en l'état actuel des choses une tension entre ces deux objectifs s'est manifestée du fait que, pour schématiser, la pilule est la meilleure protection contre les grossesses non désirées, et le préservatif est la meilleure protection contre les MST y compris le VIH/SIDA. Clairement ce ne sont pas les mêmes messages; des difficultés sont rencontrées en IEC et avec

le personnel de santé qui a quelques difficultés à intégrer ces deux approches.

De plus les programmes de planning familial et de santé renforcent souvent les stéréotypes existant en matière de rôle des sexes; par exemple les campagnes publiques de santé des enfants s'appuient pour la plupart exclusivement sur les femmes; ou encore les matériels d'éducation pour le planning familial sont pour la plupart orientés sur les femmes. Du Guerny (1993), en examinant les relations de genre en matière de SIDA, suggère les implications d'une approche intégrée basée sur les relations entre les sexes pour l'élaboration des politiques et des programmes. Il apparaît en effet clairement qu'en matière de contraception comme de prévention du SIDA l'homme, et les relations homme-femme jouent un rôle déterminant qui a bien souvent été négligé. Green (1990) suggère de tirer les leçons apprises sur ce sujet dans les programmes de planning familial pour les appliquer au SIDA.

Il apparaît en effet que les initiatives de planning familial procurent des opportunités extrêmement importantes pour fournir de l'éducation en matière de SIDA et pour conseiller des comportements à moindre risque infectieux, pour faciliter la distribution de préservatif et pour encourager les individus à rechercher des traitements pour les MST.

Bon nombre d'enseignements sont encore à tirer des activités en matière de planning familial pour leur adaptation à la lutte contre le SIDA (Zabin et al. 1990, Pachauri 1993). Ils concernent les dimensions politiques et réglementaires, le contexte des comportements sexuels, la perspective des clients et les changements de comportement, les activités de service et ceux qui les procurent, les campagnes de communication et l'utilisation des mass média.

#### *En guise de conclusion*

Tout comme la contraception a changé radicalement notre perception de la sexualité en créant une distanciation entre la fonction de reproduction et l'activité sexuelle, on peut se poser la question sur la façon dont le SIDA prend place et s'installe dans nos représentations individuelles et collectives de la sexualité, de la fécondité, de la maladie et de la mort. Il s'agit là sans nul doute d'une mutation majeure dont on ne mesure pas encore les contours et les conséquences mais dont on peut imaginer certaines des dimensions et des enjeux en rapprochant le SIDA de la fécondité, comme nous avons tenté de le faire ici.

## Références bibliographiques

- Blanc A. and Rutenberg (1990) Assessment of the Quality of Data on Age at First Sexual Intercourse, Age at First Marriage and Age at First Birth in Demographic and Health Surveys. Demographic and Health Surveys Methodological Reports, No. 1. Columbia, MD, Institute for Resource Development.
- Blanc A., Rutenberg N. (1991) Coitus and Contraception: The Utility of Data on Sexual Intercourse for Family Planning Programs. Studies in Family Planning Vol 22 N°3, pp 162-176.
- Brouard N. (1994) Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de SIDA. In: Populations Africaines et SIDA. Vallin J. Ed. (A paraître, La Découverte).
- Caraël, M. (1993) Women's Vulnerability to STD/HIV in Sub-Saharan Africa: increasing evidence. Paper presented at a seminar on Women and Demographic Change in Sub-Saharan Africa, IUSSP, Dakar, 3-6 March.
- Caraël M. (1994) Sexual Behaviour. In: Cleland J. and Ferry B. (Eds) "Sexual Behaviour and Knowledge about AIDS in the Developing World: Findings from a Multisite Study". Scientific Report. WHO/GPA/SSB. Geneva. (Submitted for Publication).
- Chin J. (1990) Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children. The Lancet 336,221.
- Cleland J. and Ferry B. (Eds) (1994) "Sexual Behaviour and Knowledge about AIDS in the Developing World: Findings from a Multisite Study". Scientific Report. WHO/GPA/SSB. 311p. Geneva. (Submitted for Publication).
- Dabis F. et le Groupe International de Travail sur la Transmission Mère-Enfant du VIH (1994) Estimation du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant: problèmes méthodologiques et estimations actuelles. Cahiers Santé 4, 73-86.
- Dixon-Mueller, R., and Wasserheit, J. (1990) The Culture of Silence: reproductive tract infections among women in the third world. New York, International Women's Health Coalition.
- Elias C.J. and Heise L. (1993) The Development of Microbicides: A New Method of HIV Prevention for Women. Population Council. New York. Working Paper N°6.

- Ferry B. (1993) "Mesurer les comportements sexuels des populations générales des pays en développement - Leçons des études récentes". Communication pour le séminaire sur "L'impact du SIDA et sa prévention dans les pays en développement. La contribution de la démographie et des sciences sociales". UIESP, Fondation Mérioux, Annecy (France). 22p.
- Fontanet A. and Piot P. (1993) State of our knowledge: The epidemiology of HIV/aids. Paper prepared for the seminar on "AIDS impact and prevention in the developing world: the contribution of demography and social science" IUSSP and Fondation Mérioux. Annecy (France). 12p.
- Green C.P. (1990) Male involvement programs in family planning: Lessons learned and implications for AIDS prevention. Report prepared for WHO. Unpublished. 71p.
- du Guerny J. and Sjöberg E. (1993) Interrelationship between gender relations and the HIV/AIDS epidemic: some possible considerations for policies and programmes. AIDS 7:1027-1034.
- Merson M. (1994) Global Statistics of the HIV/AIDS Epidemic and the Responses. Presentation at the Xth International Conference on AIDS. Yokohama.
- Morris, L. (1990) Sexual Experience and Use of Contraception among Young Adults in Latin America. Presented at the Meeting of the Population Association of America, Toronto.
- Pachauri S. (1993) Relationship between AIDS and family planning programmes: a rationale for developing integrated reproductive health services. Paper prepared for the seminar on "AIDS impact and prevention in the developing world: the contribution of demography and social science" IUSSP and Fondation Mérioux. Annecy (France). 14p.
- Preble E. (1990) Impact of HIV/AIDS on African Children. Social Science and Medicine. 31(6), 671-680.
- UN/WHO (1991) The AIDS epidemic and its demographic consequences. United Nations/ World Health Organization. Doc. ST/ESA/SER.A/119. New York, Geneva.
- WHO 1994a The HIV/AIDS pandemic: 1994 overview. WHO/GPA/TCO/SEF/94. Geneva.
- WHO 1994b Report of a meeting on the development of vaginal microbicides for the prevention of heterosexual transmission of HIV. WHO/GPA/RID/CRD/94.1. Geneva. 24p.
- Zabin L.S., Piotrow P., Liskin L., Shadigian E., Weinick R. (1990) Lessons from Family Planning and their Applications to AIDS prevention. Report prepared for WHO. Unpublished. 220p.